

Departamentação: a propósito de uma experiência

*Pedro Ponce**, *Álvaro Carvalho***

A eclosão das várias especialidades tem sido ditada e justificada pela introdução de novos instrumentos e capacidades técnicas, a que Lewis Thomas chamou "halfway technologies"¹. Nas últimas décadas as especialidades evoluíram segundo um modelo horizontal centrado à volta do órgão ou sistema em causa, o que originou um afastamento da disciplina mãe, um certo isolamento ou apenas uma relação fechada com as especialidades afins: o cardiologista dialoga com o cirurgião cardíaco, o nefrologista com o urologista ou com o cirurgião de transplante, etc.

Se é verdade que as subespecialidades produziram avanços diagnósticos e terapêuticos notáveis em vários campos, também é verdade que sem a intervenção coordenadora da medicina interna com as suas novas vertentes de avaliação crítica e racionalização de actos médicos, análise de decisão, cálculos de custo-eficácia^{2,3}, se pode estar a comprometer a capacidade de aplicar esses avanços de forma eficaz, integrada e com rentabilidade máxima.

Mais recentemente, com a melhor compreensão das bases celulares e moleculares das várias patologias, vamos apercebendo dos múltiplos elos de ligação na patogénese de doenças de órgãos diferentes, o que volta a aproximar as subespecialidades e as ferramentas, tal como a genética molecular, que todos vamos partilhar.

À medida que esta nova biologia progride, impregnando a praxis de medicina, o futuro internista pode, por exemplo, estar mais apto a prevenir ou a tratar precocemente a aterosclerose substituindo o esforço dos vários subespecialistas que tratam as consequências da mesma aterosclerose nos seus órgãos alvos, especialistas estes que entretanto desenvolveram novas tecnologias para resolver novos problemas que alguém identificou no departamento de medicina. É este fluir de necessidades e aproveitador de capacidades que só pode ser gerido com a integração num departamento. Como afirma Braunwald, a medicina interna é como um rio de grande caudal, em

que à medida que surgem mais informações sobre novas patologias aparecem novas ramificações do rio, mas se olharmos mais adiante no horizonte vários destes ramos regressam ao leito do rio ainda antes da foz⁴.

Muito se tem falado nos últimos anos sobre a implementação dos departamentos nos nossos Serviços Hospitalares e há grande consenso em torno desta forma de organização, como meta a atingir. Contudo, na prática, os progressos têm sido poucos e lentos, para o que terá contribuído, a par da inércia, algum conservadorismo reinante nos Hospitais, que levantará sempre dificuldades à teórica diluição das fronteiras do tradicional Serviço Hospitalar. Assim, não admira que entre nós as experiências sejam escassas, envergonhadas e conseqüentemente pouco divulgadas.

Aos novos Hospitais, onde não existem essas barreiras, cabe um papel inovador e importante neste campo organizativo.

No nosso ponto de vista, de internista e de subespecialista de uma disciplina da medicina interna, o conceito de Departamento de Medicina onde todas as especialidades se integram, tem vários atractivos de tipo pedagógico, profissional e logístico que analisaremos.

No modelo de hospital geral de média dimensão (400 a 700 camas) actualmente prevalente na nossa rede hospitalar, não mais veremos os megaserviços de subespecialidade independentes e autónomos de algumas das instituições mais antigas na cidade, sempre com uma tendência quase mórbida, mas compreensível no quadro da inexistência de multidisciplinaridade, para se equiparem para a autosuficiência.

Estes serviços, em geral com 20 a 30 camas de internamento geridas com independência e com quadro médico muito numeroso e hierarquizado, facilmente se isolam da dinâmica comum do hospital, perdendo um dos aspectos mais atractivos e pedagógicos da prática médica destas subespecialidades, a consultadoria a outros serviços.

Nos novos hospitais, estes mesmos serviços dispõem em algumas especialidades, de 2 a 4 especialistas, ocupando em média 5 a 12 camas, necessitando absolutamente de estarem integrados com outros serviços que aumentam o seu espaço de intervenção, para sobreviverem em termos de volume de casuística, capacidade de formação pós-graduada, cobertura de urgência interna, etc.

Por outro lado, para o hospital e o seu departamento de medicina, estrutura agregadora de todas estas especialidades, apesar de uma dimensão razoável, no nosso caso 110 camas, perde grande parte da capacidade de gerir e rentabilizar a sua ocupação se estiver pulverizado em pequenos serviços de internamento autónomo de 5 a 12 camas.

No nosso Departamento de Medicina coexistem harmoniosamente 10 Especialidades: Medicina Interna,

* *Assistente Graduado de Nefrologia e Director do Serviço de Nefrologia*

** *Assistente Graduado de Medicina Interna e Director do Departamento de Especialidades Médicas*

Hospital Garcia de Orta



Hospital Garcia de Orta

Cardiologia, Gastreenterologia, Nefrologia, Pneumologia, Infecçologia, Endocrinologia, Hematologia, Dermatologia e Oncologia Médica.

A este Departamento está ainda afecto um bloco onde se executam as técnicas de gastroenterologia, pneumologia, cardiologia e ainda a unidade de hemodiálise, a unidade de diálise peritoneal crónica ambulatoria (DPCA) e a sala de provas de endocrinologia.

Na área de internamento funciona também uma unidade de internamentos rápidos, utilizada por todas as especialidades e destinada a doentes cuja estadia no Hospital se preveja não superior a 24h, e a unidade de oncologia médica com internamento e hospital de dia, dimensionada para tratar os doentes oncológicos existentes na área de referência do Hospital Garcia de Orta.

No nosso sistema, cada subespecialidade tem atribuída um número médio de camas previamente estabelecido e preferencialmente localizado num sector da enfermaria, mas mantemos total flexibilidade no número de camas e localização ocupados pelos doentes de cada tipo de patologia, em resposta à pressão da procura de camas de internamento com variações sazonais nas várias especialidades.

A importância desta flexibilidade e da gestão das camas como um todo, compreende-se melhor quando quantificarmos a rentabilidade do serviço, em que para além da

demora média e da taxa de ocupação devemos considerar a chamada taxa de disponibilidade, que mede o número de camas mantidas livres diariamente para a admissão de doentes, parâmetro fundamental quando se tem permanentemente um serviço de urgência superlotado.

Esta taxa de disponibilidade depende do número de camas de um serviço e do censo médio diário do serviço obtido multiplicando o número de internamentos mensais pela demora média, e dividindo o produto por 30 dias. Por esta expressão é fácil concluir que a taxa de ocupação e a taxa de disponibilidade, que gostaríamos de maximizar simultaneamente, são inversamente interdependentes: quanto mais baixa a primeira mais elevada é a segunda e vice-versa, e quanto maior o número de camas geridas em comum maior a taxa de disponibilidade possível para uma determinada taxa de ocupação, sempre muito elevada no nosso caso.

As subespecialidades continuam a dispôr do seu próprio espaço físico e autónomo para a prática das técnicas específicas: a unidade de hemodiálise e a sala de DPCA na nefrologia, a unidade coronária e a sala de hemodinâmica da cardiologia, a unidade de endoscopia da gastroenterologia, a unidade de fisiologia respiratória e broncologia da pneumologia, a unidade oncológica, etc., mas a área de internamento, essa é comum sem fronteiras rígidas tal como a própria patologia dos doentes que as ocupam.

Riscos do sistema incluiriam a possibilidade de se perder o rasto de um doente, por exemplo o doente com hemorragia digestiva ter sido internado pela urgência numa cama longe do sector habitual da gastroenterologia ficando numa espécie de terra de ninguém. Este problema resolve-se atribuindo aos internos do internato geral e complementar de medicina interna a responsabilidade de camas fixas, o que lhes permite controlar as admissões de doentes e convocar os especialistas pertinentes, esses sim com fronteiras de internamento algo flutuantes, e receberem formação pela visita clínica diária da ou das várias especialidades envolvidas.

Esta metodologia reduz a necessidade de criação de excesso de posições para o internato complementar das subespecialidades, que são "inventadas" com o intuito de arranjar a mão de obra necessária para o trabalho corrente do serviço e não atendendo às necessidades da comunidade ou à capacidade das instituições de empregarem esses médicos após o período de formação, que assim é em geral desaproveitada. Conseguimos assim racionalizar a pirâmide do internato hospitalar, que deverá ter muito maior número de clínicos em formação como clínicos gerais e como internistas e um número mais reduzido de subespecialistas.

Um instrumento fundamental do sistema é a chamada "reunião matinal" no início de todos os dias, em que o director do departamento, que nesta filosofia pode ser qualquer dos directores de serviço das especialidades e não necessariamente um internista, tem oportunidade de tomar conhecimento e discutir criticamente todos os doentes admitidos ou saídos do departamento, interactuar com todos os internos do departamento, e estimular a com-

participação das várias especialidades pertinentes para cada doente.

Para a unidade do Departamento em muito contribui a visita conjunta e semanal a todos os doentes internados e a sessão clínica com a mesma periodicidade e para a qual se escolhem preferencialmente temas que interessam a várias especialidades.

No Hospital Garcia de Orta, num departamento de 110 camas, registamos uma taxa de ocupação global de 90,2%, com uma demora média de 10,8 dias, e uma taxa de disponibilidade de 1,13 camas. Com o nosso sistema conseguimos que as 60 camas atribuídas em princípio às subespecialidades atinjam uma taxa de ocupação de 90,9% com uma demora média de 11,3 dias e uma taxa de disponibilidade de 1,13, isto é, uma grande homogeneidade na rentabilização das camas que se compara favoravelmente com os poucos serviços de especialidade do hospital, por razões logísticas não integrados na departamentação, e que não ultrapassam taxas de ocupação de 65%.

Por outro lado, favorecendo a colaboração de mais do que um especialista em cada doente, a departamentação permite que, serviço a serviço, as taxas de ocupação relativas ao número médio de camas que lhes são atribuídas sejam em média 120 a 145%, o que expande consideravelmente a casuística e o potencial de internamento de cada um.

Presentemente consideramos, que o sistema já implementado tem ainda aspectos que requerem aperfeiçoamento e revisão permanente, mas sentimos que constitui uma alternativa com mérito próprio, contra a qual gostaríamos de confrontar outros modelos organizativos.

Bibliografia

1. Reitemeir R. The Leadership Crisis in Internal Medicine: what can be done. *Ann Intern* 1991; 114: 169.
2. Thomas L. Notes of a biology watcher: the technology of Medicine. *N Eng J Med* 1971; 285: 1366.
3. The task force on the future internist: the future internist. *Ann Intern Med* 1988; 108: 145.
4. Braunwald E. Subspecialist and internal medicine: a perspective. *Ann Intern Med* 1991; 114: 176.