

## Medicina de acto único?

Jorge Amil Dias (Pediatra)  
Armando Carvalho (Internista)

Todos, ou quase todos, nos encantámos durante anos com magníficas séries televisivas sobre a vida de quem trabalha em “Emergency Room” em hospitais americanos ou ingleses. Todavia, devemos ter em atenção que essas visões “românticas” do exercício médico em algumas situações extremas, não visavam mostrar uma forma de organização da Medicina, mas tão só entreter-nos com os dramas e paixões individuais das personagens. Mesmo que queiramos “importar” alguns daqueles modelos, devemos também ter em mente que a nossa realidade de utilização das “urgências” é muito diferente da maioria dos países que tentamos usar como referência para copiar uma “especialidade de Medicina de Urgência e Emergência”.

A característica principal do atendimento nas nossas urgências é tratar-se de uma consulta isolada no tempo, sem passado nem futuro. Os médicos que cumprem longos turnos de urgência geralmente não têm confirmação do diagnóstico que presumiram ao observar o doente no SU. Mesmo que o doente lá volte, com toda a probabilidade será objecto de outro “acto único” desconexo do primeiro. E, se tiver a “sorte” de encontrar um médico atencioso e interessado, voltará lá para ser visto por ele, criando-se uma nova população de “clientes regulares da urgência”, com mais uma perversão no sistema.

E isto é bom ou mau?

Para o doente, tem uma ou várias consultas com vários lotes de “exames” e de prescrições avulsas. Seguramente, uma parte dos “escândalos” dos jornais decorrem desta falta de continuidade de cuidados que deveria ter sido prestada pelo médico assistente. Se as equipas de urgência forem asseguradas por especialistas que também atuam no internamento e na consulta externa, esse problema pode ser minorado. Se forem especialistas apenas de Medicina de Urgência, será agravado.

Assim, para os médicos, pode ser um exercício de Medicina sintomática de agudos, com lote limitado de exames disponíveis e sem investigação sequencial, como fazemos nas consultas ou no internamento. Pior ainda, pode ser um exercício médico sem história clínica detalhada, sem observação detalhada, sem confirmação diagnóstica e correção de hipótese inicial. Se isso ocorre episodicamente (semanalmente ou por sequência de poucos meses), a restante prática médica permite manter as competências holísticas da Medicina e da relação médico-doente, tão cara à Ordem dos Médicos. Se esse exercício for convertido em “especialidade”, passa a ser a actividade “normal”. Isso vai fazendo perder as outras competências que ficam “adormecidas”. Como o SU é um trabalho muito duro e pesado (física e emocionalmente), é previsível que uma boa parte dos médicos dessa Especialidade venham a saturar-se e desejem voltar a outra prática, se puderem, mas entretanto terão perdido experiência e visão de conjunto, podendo passar a exercer uma medicina limitada no seu âmbito e qualidade.

De facto, o conceito de Especialidade tem sido usado para definir exercício profissional em aparelho, órgão ou técnica específica. Ora, no SU exercem-se competências e

conhecimentos doutras especialidades já existentes (Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria), apenas em contexto diferente. Por tal motivo parece-nos que a designação de “Especialidade” é inadequada por princípio.

Claro que se pode argumentar que essas competências profissionais devem ser optimizadas para exercício em alguns cenários extremos – Medicina de guerra ou de catástrofe - mas essas são, felizmente situações raras que não devem fundamentar a criação duma nova Especialidade. A atuação no pré-hospitalar - INEM - tem sido assegurada, e bem, por médicos com formação adequada provenientes de várias especialidades e não nos parece que por si só justifique uma nova especialidade.

Mas então, como ajudar a melhorar o drama diário dos SU hospitalares e dotá-los de profissionais mais habilitados a situações extremas? Com melhoria da capacidade assistencial dos Cuidados de Saúde Primários, com recrutamento dos médicos e outros profissionais necessários, que impeçam a “fuga” recorrente para os Serviços de Urgência. Depois de se ter modificado esse fluxo anómalo, será importante a incorporação de médicos com Competência de Medicina de Urgência tanto em Medicina de Adultos como também em Pediatria (a partir de Especialistas das respectivas áreas naturais) nas equipas de SU para a gestão das situações mais complexas.

Se nada disso for feito, será possível, sem custos, chamar as coisas pelos seus nomes: os SU poderão passar a chamar-se “Sala de Emergência hospitalar” ou simplesmente “Consulta hospitalar de acto único sem vigilância ou confirmação do diagnóstico”. Não será uma nova especialidade que solucionará o problema.