

Dissertação – Case Report
Mestrado Integrado em Medicina

**VÁRIAS ABORDAGENS, O MESMO DOENTE –
O PAPEL DA ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE**

Ana Carolina Tavares Estima Santos da Cunha Fleming

Orientador:

Maria da Conceição da Costa Outeirinho

Unidade de Saúde Familiar Garcia de Orta

Porto, Julho de 2016

Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Conceição Outeirinho, pela disponibilidade em aceitar a orientação científica deste trabalho e por todo o apoio na sua realização.

Ao ICBAS-UP, por me acolher durante estes anos.

À minha família.

Resumo

Introdução: Os cuidados de saúde prestados a cada doente exigem regularmente a colaboração de vários profissionais de saúde, de áreas diversas de formação, como por exemplo, Medicina, Enfermagem, Serviço Social, entre outros. Dentro da área da Medicina, é frequente o doente necessitar da abordagem de diversas especialidades. A comunicação regular entre todos os profissionais é uma potencial mais-valia para os intervenientes, permitindo um tratamento integrado do doente. De facto, é consensual que a articulação dos vários profissionais de saúde conduz a uma melhor prestação de cuidados centrados no doente, com melhores resultados clínicos e rentabilização dos recursos.

Objetivos: O presente trabalho consiste na apresentação de um caso clínico em que o doente necessitou da intervenção de vários profissionais de saúde, mas centrado no médico de família como elemento integrador dos cuidados. Pretende-se uma reflexão não só do caso clínico em si mas sobretudo sobre a articulação dos vários tipos de cuidados necessários para abordar o doente e na premência da eficácia da comunicação interprofissional.

Descrição do caso: A doente selecionada para o presente estudo é do sexo feminino e nascida em 1926. Desde 2010, que apresenta uma patologia ulcerosa crónica dos membros inferiores que exigiu cuidados primários, hospitalares e continuados.

Conclusão: A articulação de cuidados de saúde, nomeadamente o registo e a correta transferência de informação clínica, é essencial para uma boa prática clínica. Ainda que pareça evidente que os vários tipos de cuidados de saúde têm de estar interligados e não ser blocos estanques, existem barreiras de diversas naturezas que impedem um fluxo de informação que resulte numa abordagem totalmente integrada.

Palavras-chave:

Articulação de Cuidados; Comunicação em Saúde; Medicina Geral e Familiar; Relato de Caso; Registo Clínico

Abstract

Introduction: The collaboration of several health professionals, such as physicians, nurses, social workers, among others, is regularly needed to treat each patient. Within Medicine, most often, management of the patient requires the approach of several medical specialties. Regular communication between all health professionals is a potential asset for everyone involved, allowing an integrated treatment of the patient. In fact, it is consensual that the articulation between several health professionals leads to better patient-centered healthcare, with better clinical results and appropriate use of healthcare resources.

Objectives: This work will present a case report where the patient benefited of the intervention of several health professionals, but it is focused in the family physician as the potential case manager. Not only the clinical case itself will be analyzed but also the different kind of care needed to approach the patient and the urgency of establishing an effective interprofessional communication will be studied.

Case presentation: The selected patient was a woman, born in 1926. Since 2010, the patient exhibits chronic lower extremities ulcers that required primary, secondary and continuing healthcare.

Conclusion: Healthcare integration, namely accurate medical records and clinical information transition, is essential for good clinical practice. Although it might seem obvious that all types of healthcare should be interconnected, barriers of many kinds prevent an effective flow of information and thus frustrate a fully integrated approach.

Keywords:

Integrated Care; Communication in Healthcare; Family Medicine; Case Report; Health Record

Abreviaturas

CHP – Centro Hospitalar do Porto

EACH – European Association for Communication in Healthcare

ECCEI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MF – Médico de Família

MGF – Medicina Geral e Familiar

SU – Serviço de Urgência

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

Índice

Introdução	1
Descrição do Caso.....	3
Discussão e conclusão.....	9
Referências bibliográficas	15

Introdução

Os cuidados de saúde prestados a cada doente exigem regularmente a colaboração de vários profissionais de saúde, de áreas diversas de formação, como por exemplo, Medicina, Enfermagem, Serviço Social, entre outros. Dentro da área da Medicina, é frequente o doente necessitar da abordagem de diversas especialidades. A comunicação regular entre todos os profissionais é uma potencial mais-valia para os intervenientes, permitindo um tratamento integrado do doente. De facto, é consensual que a articulação dos vários profissionais de saúde conduz a uma melhor prestação de cuidados centrados no doente, com melhores resultados clínicos e rentabilização dos recursos.

Segundo Shoemaker et al. (2016), os cuidados de saúde baseados em equipas multidisciplinares é uma característica importante da abordagem de cada doente, de forma a providenciar uma maior qualidade e eficiência das intervenções, particularmente mas não só nos cuidados de saúde primários. A abrangência da Medicina Geral e Familiar (MGF) é uma das características da especialidade, tal como a necessidade de abordar o doente e não a doença, situação frequente em outras áreas médicas. De facto, ser médico é algo que une os membros desta classe profissional mas cada especialidade exige diferentes capacidades e desenrola-se segundo diferentes princípios. Assim, o médico de família (MF) é um elemento essencial na integração dos cuidados de saúde. O trabalho em equipa exige a realização de ações que não produzem bens, mas sim um trabalho imaterial, derivado do contacto entre organizações, equipas, profissionais e pacientes, e das ações e interações que constituem essas relações (Araújo e Galimberti, 2013).

A importância da comunicação entre todos os profissionais de saúde torna-se uma realidade a ter em conta a nível internacional, já que se constatou que as falhas dessa comunicação são um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de erros no contexto da prestação de cuidados de saúde (Scotten et al. 2015). A *European Association for Communication in Healthcare* (EACH) é uma associação europeia dedicada à comunicação em cuidados de saúde que tem o objetivo de promover a investigação e o ensino da comunicação em cuidados de saúde, e potenciar a troca e disseminação de informação sobre esta temática entre investigadores, docentes, profissionais de saúde, doentes e seus familiares, criando uma rede cujo principal objetivo é melhorar a eficácia das intervenções e baseá-las numa abordagem

centrada no doente, partilhando a responsabilidade das decisões. De facto, atualmente, a integração do doente na decisão clínica é cada vez mais parte da prática médica. Tratar doentes e não doenças requer a colaboração dos primeiros de forma a atingir o potencial máximo do tratamento. Este facto revela-se ainda mais evidente quando se fala de promoção de saúde e prevenção de doença, a vários níveis. A consciência do utente do reflexo das suas ações na sua saúde abre uma janela de intervenção única. Assim, a sua colaboração é de suma importância.

Relativamente ao ensino de competências de comunicação no contexto da saúde, a EACH desenvolveu o *Health Professions Core Communication Curriculum* que lista uma seleção de tópicos considerados essenciais para o ensino de competências de comunicação em unidades curriculares integradas em cursos de ensino superior pré-graduado de profissionais de saúde. Esta iniciativa reflete o consenso de 121 especialistas europeus e está organizado em 3 temas centrais: (a) a comunicação com doentes, a comunicação intra- e interpessoal (profissionalismo e reflexão) e a comunicação em equipas de saúde (comunicação profissional) (Bachman et al. 2013).

O presente trabalho consiste na apresentação de um caso clínico em que o doente necessitou da intervenção de vários profissionais de saúde, mas centrado no MF como elemento integrador dos cuidados. Pretende-se uma reflexão não só do caso clínico em si mas sobretudo sobre a articulação dos vários tipos de cuidados necessários para abordar o doente e na importância da eficácia da comunicação interprofissional.

Descrição do Caso

Descreve-se o caso de uma senhora, de raça caucasiana, nascida em 1926, viúva, dona de casa, com o 9º ano de escolaridade e inserida numa família da classe II da Escala de Graffar. Teve a primeira consulta com o MF atual em Julho de 2010. Nessa consulta, a doente tinha 84 anos e apresentava como única patologia crónica conhecida, hipertensão arterial medicada e controlada com indapamida (1,5 mg/dia – comprimidos de libertação prolongada). Vivia sozinha mas convivia habitualmente com os seus cinco filhos e netos e tinha o hábito de ir à missa com as suas amigas. Nessa data, a doente apresentou-se na consulta, portadora de uma nota de alta de uma Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de média duração. Esse internamento tinha durado cerca de 2 meses e vinha na sequência de uma fratura trocânica direita, ocorrida em 13 de Abril de 2010, que implicou internamento hospitalar até 2 de Junho de 2010, dia em que passou para a UCC para cumprir um plano de Medicina Física e Reabilitação (MFR). O principal objetivo deste plano de MFR era a recuperação da marcha, competência perdida durante o alectuamento pós-osteossíntese, necessária para tratamento da fratura. À data de alta, a doente saiu a deambular apoiada em tripé e a precisar de ajuda nas transferências. No índice de Barthel, que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária, a doente pontuou 70/100. A doente, que morava sozinha até este internamento, passou a viver em casa dos filhos alternadamente, dada as limitações nas atividades de vida diária. Em relação ao apoio familiar, a família da doente cuida da doente e responde positivamente às solicitações dos profissionais de saúde. Contudo, são pessoas com vidas agitadas, que trabalham, têm filhos menores, e com escasso tempo disponível, tendo optado por contratar uma cuidadora que apoia a doente todas as manhãs dos dias úteis.

O principal motivo que trouxe a doente à consulta em Julho de 2010, foi a identificação, durante os internamentos, de úlceras varicosas com tecido de granulação, consideravelmente extensas, que ocupavam as faces internas dos terços distais de ambos os membros inferiores. Estas úlceras de tratamento difícil tornaram-se crónicas, continuando patentes até à data do presente estudo e a implicar inúmeros cuidados de diferentes profissionais de saúde. Este trabalho irá privilegiar o relato dos cuidados de saúde decorrentes do tratamento associado a estas úlceras, muito embora se refira todas as patologias identificadas no decurso destes seis anos.

Na tabela 1, enumeram-se as consultas de MGF, Cirurgia Plástica e Cirurgia Vascular

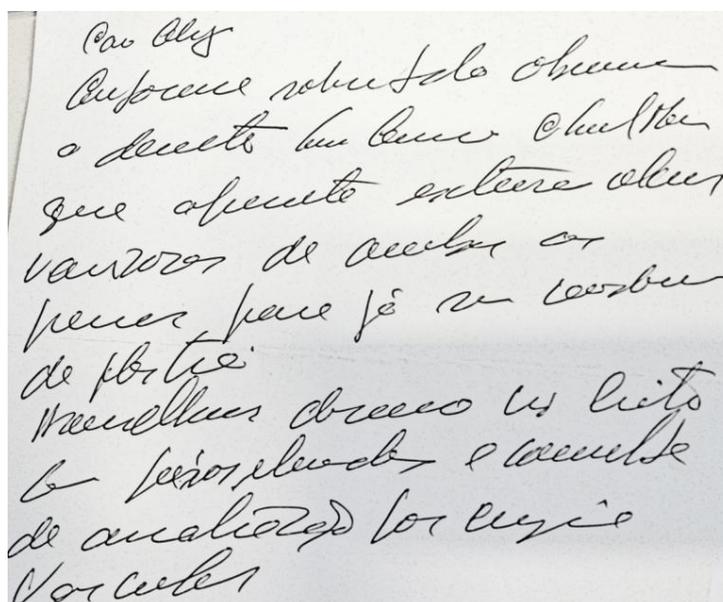
e os eventos com recurso a cuidados hospitalares (serviço de urgência e internamento) entre Julho de 2010 e Julho de 2016 para o tratamento desta doente. Outra informação sumarizada na tabela 1 refere-se à extensão das úlceras (moderada, extensa e extrema) avaliadas em todas as consultas de MGF.

Relativamente às consultas de MGF (28 no total), de referir que todas foram visitas domiciliárias, dada a dificuldade de deslocação da utente, derivada do sofrimento e constrangimento relativo às úlceras. Inicialmente, a abordagem terapêutica da doente passou por medidas farmacológicas (prescrição de diosmina, 500 mg, 2 comprimidos por dia) e outras medidas, como aconselhamento de higiene e drenagem postural com elevação dos membros, dada a componente de insuficiência venosa subjacente às úlceras. Outra patologia identificada nas primeiras consultas, foi uma onicomicose das unhas dos pés, associada a uma onicogribose, que mereceu tratamento podológico e farmacológico. As medidas implementadas melhoraram esta patologia mas sem resolução completa. Nessas primeiras consultas, foi também identificado um pulso arritmico e um sopro sistólico grau III/IV.

Desde logo, foi evidente a dificuldade de adesão à terapêutica por parte da doente, já que inicialmente não realizou nenhum dos exames complementares de diagnóstico prescritos na sequência da identificação das várias patologias e ficou a dúvida quanto ao cumprimento das medidas terapêuticas instituídas. No decurso das consultas, a doente foi avisada frequentemente das consequências da ausência de investimento na investigação das suas patologias, nomeadamente de poderem levar à introdução não atempada de medidas terapêuticas. O contacto com os familiares foi feito de forma regular com o intuito de ajudar a doente a encontrar motivação para o seu tratamento. A intervenção da família levou a uma melhoria da adesão terapêutica, com execução de alguns exames complementares de diagnóstico e aparente toma da medicação prescrita; no entanto, algumas medidas recomendadas iam sendo alteradas sem indicação médica e outras simplesmente não realizadas. Por exemplo, a elevação dos membros inferiores foi uma das medidas não farmacológicas recomendadas. A dado momento, ficou claro que a doente não realizava esta medida por motivos culturais, pois considerava que uma senhora não deve elevar as pernas na presença de outras pessoas, inclusive familiares. Esta dificuldade mantém-se até à data de hoje.

Tendo em conta o agravamento da extensão das úlceras e três episódios de infeção das mesmas, com necessidade de antibioterapia, em Julho de 2011, é realizada uma referenciação à especialidade de Cirurgia Plástica. Nesta data, as úlceras apresentavam as seguintes

características: na perna direita, na região supra-maleolar, a úlcera apresentava uma grande destruição dos tecidos profundos, em todo o perímetro da perna, com um largura de quinze centímetros, estando salvaguardados três centímetros na face posterior; à esquerda, a úlcera apresentava características semelhantes com a da outra perna, e media vinte e dois por oito centímetros, com tecido necrótico em mais de dois terços da sua extensão. Um ano depois, em Julho de 2012, a doente entregou ao MF uma carta proveniente da uma consulta de Cirurgia Plástica. A figura 1 mostra o texto patente nessa carta; embora o seu conteúdo não seja totalmente legível, afirmava a impossibilidade de plastia das úlceras e recomendava a referenciação à consulta de Cirurgia Vascular.



Caro Dr. [illegible]
Depois de ver a foto da úlcera
o decto da perna da direita
que apresenta extensa ulcera
variosa de aculm e
peneu pare se a comben
de platic
Wenellus obreco us lito
e seioriludo e aculle
de amaliado for euje
Vocubel

Figura 1. Carta de consulta da Cirurgia Plástica.

Após o conhecimento da decisão da Cirurgia Plástica, fez-se a referenciação para Cirurgia Vascular. Na mesma altura, a extensão das úlceras era extrema, com infeções recorrentes das mesmas. Em Agosto de 2012, a doente foi internada no Centro Hospitalar do Porto (CHP), no serviço de Cirurgia Vascular. Durante esse internamento, a doente foi submetida a estudo arteriográfico, que revelou que as úlceras tinham uma etiologia mista, arterial e venosa. O caso foi levado a consulta de grupo de Cirurgia Vascular e a decisão resultante foi a ausência de possibilidade de revascularização dos membros inferiores. Na nota de alta, onde é comunicada a decisão da consulta de grupo, não são explicados os motivos da mesma. A doente teve alta no final de Agosto de 2012, com melhoria clínica das úlceras e resolução da infeção.

Após este internamento a doente foi seguida em consulta externa, pela Cirurgia Vasculuar, tendo sido realizadas 10 consultas. Numa destas consultas, em Setembro de 2013, o cirurgião vascular voltou a referenciar a doente para a consulta de Cirurgia Plástica. Desde então, a doente teve 4 consultas marcadas para esta especialidade (duas em 2014, uma em 2015 e outra em 2016) tendo faltado ou desmarcado todas elas. Atualmente, tem nova consulta marcada para Outubro de 2016.

Na sequência do internamento em Cirurgia Vasculuar, em Agosto de 2012, perante a impossibilidade de intervenção cirúrgica e a necessidade de cuidados de pensos com periodicidade apertada, a doente é referenciada à UCC, que assume os cuidados de enfermagem ao domicílio, substituindo os cuidados previamente assegurados pelo enfermeiro de família. Entre 2012 e 2014, a situação das úlceras manteve-se constante, impondo-se a necessidade de inúmeros contactos entre a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e o MF. Tendo em conta o conforto e a qualidade de vida da doente nos cuidados prestados, foram implementadas várias medidas terapêuticas, merecendo particular destaque o controle da dor. Em meados de 2014, houve novo agravamento clínico das úlceras crónicas associada a maior extensão da dor ao toque, exsudação intensa e cheiro fétido, sendo identificada infeção por *Proteus mirabilis* e *Pseudomona aeruginosa* multirresistente, que levou a internamento no serviço de Cirurgia Vasculuar do CHP, durante uma semana. Desde então, sem intercorrências infecciosas, com melhoria da dor associada, e necessidade de inúmeras intervenções da ECCI e do MF. A ECCI manteve contacto regular com o MF permitindo a intervenção do mesmo sempre que necessário, para além das consultas de vigilância. Em 11 de Julho de 2016, a UCC deu alta à doente, por ter atingido os objetivos de tratamento, com orientação para a equipa de família para continuidade de cuidados. Atualmente, o enfermeiro de família realiza cuidados de penso três vezes por semana. Na nota de alta da UCC, o enfermeiro responsável considerou que existiram algumas dificuldades de comunicação com a equipa da Cirurgia Vasculuar, já que estes não tiveram em conta a intolerância da doente a determinados materiais e tendo sido exercida, em consultas de Cirurgia Vasculuar, a lavagem vigorosa das úlceras, com aumento da dor e retrocesso nos resultados obtidos anteriormente por destruição de tecidos viáveis.

Relativamente a outras patologias, a doente iniciou um quadro de infeções recorrentes do trato urinário com 7 intercorrências a necessitar de antibioterapia entre Fevereiro de 2013 e Maio de 2016. A primeira intercorrência levou a internamento no Serviço de Urologia do CHP. Nessa altura, foi também identificado um prolapso uterino de grau IV que foi corrigido pela

Ginecologia. Em Fevereiro de 2013, foi identificada uma anemia hipocrômica em análises de rotina. Embora com prescrição de medidas terapêuticas, a doente mais uma vez teve dificuldade em cumprir o planeado. Em Janeiro de 2015, a situação agravou-se, tendo sido identificados níveis de hemoglobina de 5,6 g/dL, o que motivou ida ao Serviço de Urgência do CHP, com realização de transfusão sanguínea, não tendo sido disponibilizada a nota de alta desta intercorrência. Em Maio de 2014, a doente realizou uma tomografia computadorizada cranioencefálica que revelou extensas alterações de leucoencefalopatia isquémica e múltiplos enfartes lacunares estriato-capsulares bilaterais no tálamo e protuberância. Em Dezembro de 2014, a doente é também internada no CHP, no Serviço de Ortopedia, por fratura do úmero esquerdo.

Atualmente a doente tem os seguintes problemas: arteriopatia periférica grau IV e insuficiência venosa crónica a cursar com úlceras crónicas dos membros inferiores, hipertensão arterial controlada, arritmia cardíaca, sopro cardíaco, infeções urinárias de repetição, anemia crónica normocítica normocrômica, doença cerebrovascular, osteoporose, perigo de queda e incumprimento terapêutico.

Resumindo, entre Julho de 2010 e Julho de 2016, a doente foi consultada pelo MF 28 vezes, foi vista pela Cirurgia Vascular 10 vezes, recorreu ao CHP 8 vezes e teve a necessidade de inúmeras visitas do enfermeiro de família e da ECCI (na ordem das centenas). A extensão das úlceras variou, entre extensão moderada a extrema; atualmente a sua extensão é moderada e a profundidade das úlceras é menor, fruto das atitudes terapêuticas instituídas. No decurso destes anos e sobretudo pela patologia ulcerosa, a doente perdeu significativamente qualidade de vida, ao ver-se confinada ao domicílio, com perda de autonomia e vida social. Não obstante, a adesão aos planos terapêuticos foi consideravelmente baixa, com incumprimento de medidas farmacológicas, e sobretudo medidas não farmacológicas e execução de exames complementares de diagnóstico.

Discussão e conclusão

De todos os intervenientes na aplicação dos cuidados de saúde, o doente é um dos mais importantes. A capacidade de comunicação entre os profissionais de saúde e o doente é crucial. Se a transmissão de informação for ineficaz e o doente não cumprir o plano definido, todo o tratamento fica comprometido. De facto, cada doente é um doente e a sua interpretação sobre o profissional de saúde e a informação disponibilizada, é determinada pelo seu contexto social, económico, cultural e até religioso. Aliás, nos últimos anos, tem havido um movimento de tendências, pressões e mudanças políticas no sentido de promover a inclusão do doente nas decisões clínicas (Coulter et al. 2008). E, embora inúmeros estudos se tenham focado nos vários métodos possíveis de envolvimento do doente, pouca atenção tem sido dada à vontade do doente em participar nessas decisões (Thompson 2007). Os fatores que influenciam a participação do doente incluem a relação médico-doente, a capacidade de reconhecer o nível de conhecimento do doente, tempo suficiente em consulta, capacidade física e cognitiva do doente e todo o seu contexto emocional, cultural e experiências passadas (Vahdat et al. 2004).

O incumprimento terapêutico (medidas farmacológicas e não farmacológicas e de exames complementares de diagnóstico) por parte da doente aqui apresentada foi provavelmente decisivo para o seu estado de saúde atual. Será possível saber o porquê deste incumprimento? Existirá por parte da doente, vivências prévias, crenças ou dificuldades cognitivas que induzam, por exemplo, falta de confiança nos profissionais que a seguem? Se, sim, a confiança no profissional de saúde é um fator importante no cumprimento terapêutico? Quando se conhece novos doentes é necessário reconhecer que a confiança não está estabelecida e é necessário desenvolvê-la. Trifiletti (2015) pergunta-se como se pode desenvolver uma relação interpessoal profunda de confiança, entre um doente e um médico, tendo em conta as restrições de tempo impostas, a rotatividade das responsabilidades clínicas e outra forças externas que limitam a relação doente-médico, e conclui que ainda está a aprender a responder a esta difícil pergunta na sua prática clínica, como muitos profissionais de saúde tentam todos os dias.

No decurso do presente caso clínico, foi necessária a colaboração de vários profissionais de saúde para tratar a doente, como por exemplo, o MF, o enfermeiro de família, o cirurgião plástico, cirurgiões vasculares, pessoal do serviço de urgência e dos serviços em que a doente esteve internada e a ECCI, entre outros. A comunicação entre todos eles é de extrema importância para uma abordagem do doente como um todo. O especialista de MGF pode/deve

assumir o papel de elemento integrador de todos estes cuidados. Já em 1987, Donald Watt previa a evolução das funções do MF como *gatekeeper* dos cuidados de saúde. Será essa a realidade dos dias de hoje? A verdade é que para cumprir esse papel torna-se indispensável uma comunicação interprofissional clara e objetiva que, por um lado deve partir do MF, mas também de todos os restantes profissionais de saúde.

Concretamente neste caso, se avaliarmos o meio de comunicação utilizado pelo cirurgião plástico – suporte em papel, a informação que conseguimos obter daí torna-se escassa. Primeiro, a leitura de uma letra dificilmente legível limita o acesso à informação. Por outro lado, dois pequenos parágrafos serão suficientes para esclarecer o doente e os médicos que o seguem? É de referir que não está em causa a decisão clínica mas sim a forma de transmissão e o seu nível de clareza e esclarecimento inerente. O primeiro parágrafo apenas afirma a ausência de condições para plastia naquele momento, sem qualquer comentário relativo ao possível tratamento não cirúrgico das úlceras ou a uma eventual avaliação no futuro. Seria pertinente obter estas informações? Será viável o cirurgião fazê-lo em cada consulta que realiza? Bastará apenas a informação veiculada naquela pequena carta? São perguntas com uma resposta complexa, se tivermos em conta todos os constrangimentos temporais a que os médicos são sujeitos, hábitos instituídos em cada especialidade, ou até mesmo vícios na sua formação superior, entre outros. No entanto, poderá especular-se que, para esta doente em concreto, mais informação desta especialidade poderia ser necessária para um tratamento eficaz. O mesmo se poderá dizer em relação às notas de alta da Cirurgia Vasculuar. Muito embora a informação nesses documentos seja mais abrangente, a ausência de justificação para as decisões tomadas é uma realidade. Uma decisão de uma consulta de grupo de não revascularizar deverá estar justificada numa nota de alta? É essa a prática corrente? Deveria ser? O tratamento da doente sofreria alguma alteração? Provavelmente, o registo da justificação não teria implicações diretas no tratamento da doente mas será que tem implicações indiretas? A compreensão dos motivos de não tratar cirurgicamente um problema que diminui consideravelmente a qualidade de vida do doente melhoraria o seu seguimento pelos restantes profissionais de saúde? Será que a informação disponibilizada pelo MF sobre o doente como um todo, nomeadamente a sua autonomia prévia, foi suficiente para o grupo de especialistas tomar a sua decisão? E a doente? A opinião da doente foi ouvida após uma discussão dos benefícios/prejuízos de uma abordagem mais agressiva? Mais uma vez, estas são perguntas de resposta complexa no cômputo geral mas, é provável que uma informação clínica de retorno mais completa fosse útil para todos. Aliás, a transferência de informação entre cuidados de saúde hospitalares e primários é considerado um momento crítico,

com vulnerabilidade inerente ao seu processo e maior probabilidade de ocorrência de erros, especialmente quando a complexidade do doente aumenta e existe uma fragmentação dos cuidados (Jones et al. 2105).

Sobre a relação interprofissional entre médicos dos cuidados primários e médicos hospitalares, Jones et al. (2015) concluíram que ambos encontram desafios semelhantes na articulação dos cuidados de saúde, muito embora a postura que advém da experiência clínica de uns e outros seja consideravelmente diferente. Assim, os esforços que visam a melhoria desta articulação deveriam contemplar as perspetivas de cada especialidade em cada ambiente (Jones et al. 2015). O benefício dessa ação conjunta melhoraria a segurança da prática clínica, já que a prevenção de eventos adversos requiere o desenvolvimento de procedimentos que visem, especialmente mas não só, registos da avaliação clínica adequados e a transferência eficaz de informação (Jylhä et al. 2016). Esta transferência de informação é também uma peça fundamental na relação entre o MF e a ECCI que mantém um contacto muito regular com os doentes. No presente caso, esta equipa desempenhou um papel ativo importante na comunicação interprofissional, já que em diversas ocasiões deu informação de retorno e alertou para a necessidade de intervenção do MF. A ECCI considerou que a articulação com a equipa da Cirurgia Vascular, relativa aos cuidados de penso, foram ineficazes. O que se poderá fazer para melhorar esta comunicação?

Em Portugal, existe uma preocupação crescente com a temática de articulação de cuidados. O estudo “Integração e Continuidade de Cuidados” (Dias e Queirós, 2010) do Plano Nacional de Saúde de 2011-2016, é o reflexo dessa preocupação, muito embora o estudo incida mais na articulação de cuidados a nível de gestão do que nas capacidades de comunicação entre pares. Da mesma perspetiva, o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários do Ministério da Saúde desenvolveu, em 2012, um documento, em que se reflete sobre a interligação e integração de cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, e avança recomendações no sentido da melhoria contínua (Nunes et al. 2012). A primeira recomendação incide sobre sistemas de informação partilhados, realidade que já está implementada com resultados positivos, muito embora careça de melhorias operacionais. As recomendações mais relevantes para a discussão do presente caso são aquelas que privilegiam a comunicação entre pares (2ª, 5ª e 6ª). A recomendação 2 admite que é indispensável desenvolver a utilização de canais de comunicação, como por exemplo, telemóvel ou e-mail, nomeadamente contactos diretos sem ter de passar pelo filtro de uma telefonista ou de uma secretária. Esta medida seria

sem dúvida uma mais-valia na prática clínica para esclarecimento de dúvidas, por exemplo. A recomendação 5 passa pelo desenvolvimento de consultorias especializadas, prática já instituída em alguns centros de cuidados primários, com o apoio de especialidades hospitalares, que permitem um contacto direto entre os vários profissionais de saúde, com claro benefício do doente. Por fim, a recomendação 6 propõe a revalorização e reforço da presença de médicos generalistas, como os MF, os pediatras e os internistas de forma a que possam atuar como gestores de caso, tornando-se coordenadores dos cuidados. Esta recomendação vai ao encontro do proposto por Watt, em 1987, como referido acima, em que o MF se assume como um *gatekeeper*, e provavelmente será uma das medidas mais importantes para a gestão eficaz dos doentes mais complexos, como por exemplo idosos com múltiplas patologias e polimedicados, situação cada vez mais frequente no cenário clínico. A implementação em pleno destas medidas melhoraria com toda a certeza os cuidados prestados às populações e, particularmente, à doente aqui discutida.

Em 2014, o grupo de trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental elaborou um relatório extenso sobre esta temática que, entre outros, compilou estudos prévios realizados em Portugal e propôs medidas para a melhoria da integração (Lopes et al. 2014). Nesse relatório é também relatada a reforma de integração de cuidados em curso nos Estados Unidos da América e a reforma em implementação no Reino Unido que poderão servir de exemplo a Portugal identificando-se estratégias com resultados positivos - a implementar - e estratégias com resultados negativos - a evitar. A apresentação pelo grupo de trabalho de medidas consideradas promotoras de integração de cuidados de saúde estão organizadas segundo uma estrutura que contempla as dimensões clínica, financeira, administrativa e sistémica. Na dimensão clínica é mais uma vez enfatizada a necessidade de um gestor de caso do doente. A doente aqui descrita teria sem dúvida beneficiado desta medida. Uma medida importante da dimensão administrativa é a formação específica em integração de cuidados de saúde (Lopes et al. 2014). A necessidade de formação específica é descrita por Howarth et al. (2006) que considera que uma comunicação efetiva entre grupos profissionais e uma consciência do papel de cada um contribui para o sucesso de serviços integrados. Parece consensual que a capacidade de comunicação com os colegas de profissão é uma competência que deve ser ativamente desenvolvida. Como? Quando? A EACH considera que um dos momentos apropriados para o desenvolvimento desta competência é o ensino pré-graduado, ou seja, durante a faculdade. Um estudante de Medicina tem inúmeras unidades curriculares que versam sobre uma multitude de factos, orientações e

conhecimentos. Mas, parecem existir poucas unidades curriculares cujo principal objetivo é adquirir determinadas competências e não determinados conhecimentos. Contudo, em Portugal, a faculdade de Medicina da Universidade do Porto tem uma unidade curricular opcional intitulada “Comunicação em Equipas de Saúde” que visa precisamente o desenvolvimento de competências nesta área. Possivelmente, todos os cursos de Medicina deveriam ter uma unidade curricular dedicada a esta temática, de forma obrigatória, algo que parece estar ausente em todos os currículos obrigatórios das faculdades de Medicina portuguesas. E poder-se-á ir ainda mais longe: quais deveriam ser os objetivos destas unidades curriculares? Como referido anteriormente, a EACH desenvolveu um documento em que enumera 61 tópicos a ser desenvolvidos na área da comunicação relacionada com a saúde. Relativamente à comunicação em equipas de saúde, são enfatizadas três áreas: (a) o trabalho em equipa, (b) a capacidade de liderança e (c) a comunicação profissional e gestão. Os tópicos referentes à primeira área identificam importantes competências a ser desenvolvidas, como compreender os princípios da dinâmica do trabalho em equipa, com respeito pela individualidade, perceção subjetiva, e perícia de cada membro da equipa (Bachman et al. 2013). A capacidade de liderança passa por ser capaz de dar instruções claras, assegurar que toda a informação relevante está disponível e valorizar a diferença de opinião em equipas. As aptidões de apresentar informação de forma efetiva, de manter registos clínicos apropriados e como referenciar doentes para outros profissionais de saúde fazem parte do necessário para boas estratégias de gestão e comunicação (Bachman et al. 2013). Embora alguns tópicos possam parecer óbvios, na realidade, se estas matérias não forem alvo de discussão e reflexão, dificilmente são introduzidas no dia a dia de um profissional de saúde. O ensino de práticas eficazes de comunicação no ensino pré-graduado, e até mesmo pós-graduado, de um profissional de saúde poderia resultar numa maior eficiência dos cuidados.

Ainda que pareça evidente que os vários tipos de cuidados de saúde têm de estar interligados e não ser blocos estanques, existem barreiras de diversas naturezas que impedem um fluxo de informação que resulte numa abordagem totalmente integrada. Goodwin et al. (2011) identificam as principais barreiras à integração de cuidados, nomeadamente a nível de organização e de políticas, e refletem sobre o porquê da dificuldade em implementar a mesma. Recomendam também um conjunto de medidas como por exemplo, a definição urgente de objetivos concretos da integração de cuidados, a permissão da inovação a nível local, a permissão de flexibilidade financeira, o atingimento de um equilíbrio entre competição e integração, e a avaliação do impacto da integração de cuidados.

Em conclusão, a articulação de cuidados de saúde, nomeadamente o registo e a correta transferência de informação clínica, é essencial para uma boa prática clínica. Diversos autores têm-se dedicado à definição de medidas de integração e à reflexão sobre a sua aplicação. No entanto, a implementação destas medidas ainda constitui um desafio, dado o seu carácter preliminar, e prevê-se um longo percurso até atingir em pleno as suas potencialidades. Neste trabalho, pretendeu-se uma reflexão sobre esta temática, a partir de um caso clínico que exigiu/exige a intervenção de vários profissionais de saúde. Essa reflexão despertou um conjunto de perguntas de difícil resposta e à medida que cada interrogação parece encontrar uma solução, esta conduz a novas questões.

Referências bibliográficas

- Araújo EMD, Galimberti PA. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicologia & Sociedade*. 2013;25(2):461-8.
- Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, Loureiro E, Ratajska A, Silverman J, Winterburn S, Rosenbaum M. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns*. 2013 Oct;93(1):18-26.
- Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? WHO Policy Brief. 2008; disponível em <http://www.who.int/management/general/decisionmaking/WhereArePatientsinDecisionMaking.pdf>
- Dias A, Queirós A. Estudo “Integração e Continuidade de Cuidados” Plano Nacional de Saúde de 2011-2016. 2010; disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/ICC3.pdf>
- Goodwin N, Smith J, Davies A, Perry C, Rosen R, Dixon A, Dixon J, Ham C. Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together. Report to the Department of Health and NHS Future Forum from The King’s Fund and Nuffield Trust. 2011; disponível em <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/integrated-care-patients-populations-paper-nuffield-trust-kings-fund-january-2012.pdf>
- Howarth M, Holland K, Grant MJ. Education needs for integrated care: a literature review. *J Adv Nurs*. 2006 Oct;56(2):144-56.
- Jones CD, Vu MB, O'Donnell CM, Anderson ME, Patel S, Wald HL, Coleman EA, DeWalt DA. A failure to communicate: a qualitative exploration of care coordination between hospitalists and primary care providers around patient hospitalizations. *J Gen Intern Med*. 2015 Apr;30(4):417-24.
- Jylhä V, Bates DW, Saranto K. Adverse events and near misses relating to information management in a hospital. *HIM J*. 2016 Aug;45(2):55-63.
- Lopes H, Carlos JS, Rodrigues M, Mestre R, Santana R, Matias T, Ribeiro V. Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. 2014; disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RelIntegracaoCuidadosSaude.pdf>
- Nunes C, Correia C, Ribeiro C, Santos C, Marquês L, Barbosa M, Pereira ML, Pardal P, Seixas T, Ramos V. Interligação e integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares. Grupo técnico para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. 2012; disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/26-interligaocsp-hosp_gt-csp_2012.09.30.pdf

Scotten M, Manos EL, Malicoat A, Paolo AM. Minding the gap: Interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care. *Patient Educ Couns*. 2015 Jul;98(7):895-900.

Shoemaker SJ, Parchman ML, Fuda KK, Schaefer J, Levin J, Hunt M, Ricciardi R. A review of instruments to measure interprofessional team-based primary care. *J Interprof Care*. 2016 Jul;30(4):423-32.

Thompson AG. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Soc Sci Med*. 2007 Mar;64(6):1297-310.

Trifiletti DM. Patient Trust-Keeping It in the Family. *JAMA Oncol*. 2015 Jun;1(3):279-80.

Vahdat S, Hamzehgardeshi L, Hessam S, Hamzehgardeshi Z. Patient involvement in health care decision making: a review. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 Jan;16(1):e12454.

Watt WD. The family physician: gatekeeper to the health-care system. *Can Fam Physician*. 1987 May;33:1101-4.