

Modelo de Curso Teórico-Prático em Abdômen Agudo: Uma Proposta de Capacitação



Rinaldo Antunes Barros^{1*}, Gustavo Costa Marques de Lucena^{2*}, Thomaz Sampaio Passos^{2*}

¹Docente do curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

²Discentes do curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

* Autores para correspondência: rinaldobarros@bahiana.edu.br; gustavocmlucena@gmail.com; thomaz.passos@hotmail.com

RESUMO

A experiência do médico é um dos fatores mais importantes para o manejo do abdômen agudo. Torna-se imperativo que escolas médicas abordem com mais propriedade o tema, visto que médicos recém-formados iniciam suas carreiras em unidades de emergência e a inexperiência no manejo dessa síndrome pode causar falhas de atendimento. A Liga Bahiana de Clínica Cirúrgica ministra curso de quinze horas, com capacidade para 45 alunos divididos em quinze trios. Têm-se quinze casos com *checklists* construídos por ligantes e apresentados aos demais membros e orientador científico para ajustes. Na primeira atividade, ligantes realizam conferência sobre semiologia do abdômen. Em seguida, os alunos vão para a prática do exame físico em “paciente simulado” sob a supervisão de ligantes. No sábado subsequente, ocorre uma sessão interativa sobre abdômen agudo ministrada pelo especialista, utilizando o *Team Based Learning*. No segundo sábado, os trios atendem casos simulados de abdômen agudo em esquema de rodízio, com cada integrante do trio atendendo cinco pacientes simulados das cinco diferentes síndromes de abdômen agudo. O Curso Teórico-Prático em Abdômen Agudo reproduz uma situação de urgência/emergência, buscando promover a redução de desfechos desfavoráveis e gastos desnecessários que oneram o Sistema Único de Saúde e hospitais através de um *debriefing* e *checklist* acerca do atendimento e quantidade de exames desnecessários solicitados. Inserir o aluno em práticas de simulação permite a construção de um raciocínio em que possíveis falhas não acarretam danos reais ao paciente.

Palavras-Chave: Simulação; Abdômen Agudo; Capacitação.

ABSTRACT

The experience of the doctor is one of the most important factors for the management of the acute abdomen. It is imperative that medical schools take a more appropriate approach to the subject, since newly trained physicians begin their careers in emergency units and the inexperience in managing this syndrome can cause service failures. The “Liga Bahiana de Clínica Cirúrgica” has a 15-hour course with a capacity of 45 students, divided into fifteen trios. There are 15 cases with checklists built by binders, and presented to the other members and scientific advisor for adjustments. In the first activity, ligants hold a conference on semiology of the abdomen. Then students go on to practice physical examination in “simulated patient” under the supervision of binders. On the following Saturday there is an interactive session on acute abdomen given by the specialist using Team Based Learning. On the second Saturday, the trios attend simulated cases of acute abdomen in a rotation scheme, with each member of the trio attending 5 simulated patients from the 5 different acute abdomen syndromes. The Practical-Theoric Course on Acute Abdomen reproduces an urgency/emergency situation and seeks to promote the reduction of unfavorable outcomes and unnecessary expenses that burden the Unified Health System and hospitals through a debriefing and checklist about the care and number of unnecessary exams requested. Placing the student in simulation practices allows the construction of reasoning where possible failures do not cause real damages to the patient.

Keywords: Simulation; Acute Abdomen; Training.

Introdução

O abdômen agudo é definido como uma das patologias intra-abdominais (incluindo patologias

extra-abdominais, torácicas e sistêmicas) com apresentação de quadro menor que uma semana e que requer intervenção cirúrgica de emergência

(MAYUMI *et al.*, 2015, p. 4). Trata-se de um quadro que atinge aproximadamente 7,5% dos pacientes atendidos em emergências e que por muitas vezes apresenta ameaça imediata à vida, necessitando de intervenção rápida para reduzir mortalidade (BRUNETTI & SCARPELINI, 2007, p. 358).

Diversas etiologias podem resultar em um abdômen agudo, o que torna esta uma das síndromes mais desafiadoras da prática médica no que concerne à condução diagnóstica e terapêutica (MAYUMI *et al.*, 2015, p. 4). Um fator que eleva a periculosidade da síndrome é a escassez de protocolos específicos, o que torna a experiência do médico um dos fatores mais importantes para o correto manejo dessa entidade (MAYUMI *et al.*, 2015, p. 4). Dessa forma, torna-se imperativo que as escolas médicas abordem com mais propriedade o tema, visto que os médicos recém-formados costumam iniciar suas carreiras por atendimentos em unidades de emergência e que a ausência de experiência no raciocínio propedêutico e no manejo do abdômen agudo pode causar falhas de atendimento (AGGARWAL *et al.*, 2010, p. 40).

A chamada “curva de aprendizado” baseada em erros e acertos nos atendimentos reais é responsável pela elevação de mortalidade e complicações por parte de médicos inexperientes, sendo, assim, inaceitável (THE SOUTHERN SURGEONS CLUB, 1991, p. 1077). Dessa maneira, a implementação de modelos de aprendizado que permitam o crescimento da “curva de aprendizado” sem exposição do paciente ou do profissional de saúde é necessária, sendo o treinamento baseado em simulações um exemplo desse modelo (REZNICK, 2006, p. 2666).

Este relato tem como objetivo apresentar a formatação do Curso Teórico Prático em Abdômen Agudo realizado pela Liga Bahiana de Clínica Cirúrgica (LBCC) na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Relato de Experiência

A duração do curso é de quinze horas distribuídas em dois finais de semana, ocorrendo em

uma sexta-feira e dois sábados. O curso possui capacidade para 45 alunos, os quais são divididos em trios (cada trio é identificado por numerais arábicos), e a associação de três trios recebe a identificação com uma letra grega, totalizando quinze trios (trio 1 até trio 15) e cinco grupos (grupo alfa até grupo ômega) (Figura 1).

Um total de quinze casos e seus respectivos *checklists* são construídos pelos ligantes responsáveis, sob supervisão pedagógica de docentes, e, posteriormente, são apresentados internamente em uma sessão semanal fechada da LBCC com o propósito de que os demais membros realizem contribuições efetivas e critiquem o caso e o respectivo *checklist*. Dessa forma, possíveis erros na confecção do caso são filtrados para a seguinte e derradeira discussão dos casos com o docente orientador científico da liga especialista em cirurgia do aparelho digestivo. Na discussão dos casos, os atores que irão representar os pacientes nas simulações estão presentes e são instruídos pelo referido professor acerca de como devem atuar e manifestar o quadro sindrômico de acordo com sua respectiva etiologia, permitindo que o cenário se torne o mais próximo possível do real.

A confecção dos casos permite contemplar a triangulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes, sendo rigorosamente contextualizados para abranger as necessidades da nossa população acadêmica, acrescentados de confrontos éticos que permeiem o eixo humanístico. Para tal, os casos-problema contêm a identificação do paciente (nome, idade, sexo, procedência, profissão e estado civil), queixa principal (QP), composta pelo principal sinal ou sintoma associado ao tempo de início do mesmo, história da moléstia atual (HMA), antecedentes pessoais (AP), histórico familiar (HF), hábitos de vida (HV), interrogatório sistemático (IS), exame físico, ordem da suspeita sindrômica, exames laboratoriais e exames de imagem (Figura 2). Os dois últimos itens são solicitados e disponibilizados de acordo com a suspeita sindrômica para aquele caso, de forma que apenas os exames exclusivamente necessários para a elucidação do caso estejam acessíveis ao acadêmico.



Figura 1 – Fluxograma ilustrativo da divisão funcional dos grupos práticos.

CHECKLIST CURSO TEÓRICO-PRÁTICO EM ABDÔMEN AGUDO



- **Identificação:** FCL, 52 anos, sexo masculino, natural e procedente de Salvador, empresário e casado.
 - **Queixa principal:** Dor abdominal difusa, há 48h.
 - **HMA:** Paciente relata dor abdominal em cólica que iniciou gradualmente no dia anterior com intensidade 3/10, com uma piora súbita para uma dor difusa de intensidade 8/10 no dia da admissão após café da manhã, nega fator de melhora e refere que piora ao comer. Associado a isto, refere uma sensação de corpo quente – sem confirmar febre – náuseas e 1 episódio de vômito e não evacuou desde o início do quadro.
 - **Antecedentes Médicos:** Paciente refere histórico de herniorrafia inguinal aos 4 anos e cirurgia bariátrica há 1 ano.
 - Em uso de Sinvastatina 20mg/dia.
 - **Antecedentes Familiares:** Mãe e pai obesos, hipertensos e diabéticos. Avô paterno com diverticulose e avó materna com polipose adenomatosa familiar.
 - **Hábitos de Vida:** Etilista há 37 anos de 3 garrafas de cerveja no fim de semana. Nega tabagismo.
- EXAME FÍSICO
- **Geral:** REG, LOTE, taquipneico, febril, alerta, fácies de sofrimento agudo;
 - **Dados Vitais:** T: 38,5°C. FC: 120 bpm. FR: 24 ipm. TA: 100x80 mmHg;
 - **Pele:** Pele quente e sudoreica.
 - **Aparelho Respiratório:** Paciente taquipneico, sem alterações palpáveis, som claro pulmonar à percussão, MV presente.
 - **Aparelho Cardiovascular:** BRNF em 2T, sem sopros.
 - **Abdômen:** Abdômen semi-globoso às custas de pâncreo adiposo, presença de cicatriz em FID (herniorrafia), mediana supra-pública (bariátrica); RHA diminuídos; abdômen difusamente timpânico; paciente refere dor de moderada intensidade à palpação profunda em meso e epigastro com irradiação para hipocôndrio esquerdo, ausência de visceromegalias. Descompressão brusca, Giordano, Rovsing, Psoas e Murphy ausente.

LISTA SINDRÔMICA

- 1) **Obstrutivo** (Bridas, neoplasia, doença diverticular, hérnia interna, fecaloma)
- 2) **Isquêmico** (Hérnia interna, embolia de AMS, Trombose de AMS)
- 3) **Inflamatório** (Diverticulite aguda)
- 4) **Hemorragico**
- 5) **Perfurativo**

Figura 2 – Caso clínico modelo do Curso Teórico Prático em Abdômen Agudo.

Na primeira atividade para os alunos, que acontece na sexta-feira, com duração de três horas, dois membros da Liga Bahiana de Clínica Cirúrgica (LBCC) realizam uma conferência com duração de quarenta minutos abordando a semiologia do abdômen. Em seguida, os 45 alunos seguem para um laboratório com quinze macas onde são separados em quinze grupos com três componentes cada. Todos os trios terão um ligante e um “paciente” à disposição para praticarem o que foi abordado de exame físico na conferência de semiologia do abdômen, para a sedimentação do conteúdo, sendo monitorados por um ligante responsável pelo trio.

No sábado subsequente, ocorre uma sessão interativa com duração de quatro horas sobre abdômen agudo, com intervalo de trinta minutos. Essa conferência é ministrada pelo docente especialista, utilizando o método *Team Based Learning* (TBL), no qual os 45 participantes são divididos em cinco grupos. Cada um dos alunos recebe um controle para responder as perguntas feitas durante a apresentação, e as respostas são analisadas e discutidas logo após o tempo reservado para cada pergunta (aproximadamente cinco minutos).

No segundo sábado do curso, com duração de oito horas e com intervalos para *coffee-break* e almoço, os trios previamente definidos atendem

casos simulados de abdômen agudo com manequins reais. Cada caso possui trinta minutos de duração com um ligante responsável. Um componente do trio realiza a anamnese, exame físico, suspeitas sindrômicas e etiológicas, além da solicitação de exames, tendo dez minutos reservados para essa atividade. Os outros dois constituintes do trio realizam comentários críticos sobre o atendimento, com duração máxima de cinco minutos cada. Os dez minutos finais são destinados para uma análise do atendimento feita pelo membro da LBCC, guiado por um *checklist* padrão. Esta situação se repete três vezes por sala e quinze vezes no total, em esquema de rodízio, de forma que cada integrante do trio obrigatoriamente irá atender cinco pacientes simulados das cinco diferentes síndromes de abdômen agudo (Figura 3).

Discussão

O Curso Teórico Prático em Abdômen Agudo se mostra inovador por atrelar à sua metodologia os quatro pilares da educação: o aprender a conhecer, em que por meio de duas explicações teóricas

o aluno aprende a compreender e construir o conhecimento em abdômen agudo de forma prazerosa; o aprender a fazer, em que o aluno exercita seu conhecimento durante uma hora e vinte minutos de prática em exame físico do abdômen e oito horas de simulação de atendimento a casos de abdômen agudo; o aprender a conviver, desde o momento da prática em exame físico, no transcorrer da qual os alunos são reunidos em trios até as simulações, além da aula expositiva de abdômen agudo com uso do método TBL; e, por último, o aprender a ser, em que o aluno desenvolve seu pensamento autônomo e crítico tanto no momento em que comenta o atendimento do colega como ao receber o *feedback* por parte do ligante (RODRIGUES & DELORS, 1998, p. 1).

Além de vincular os quatro pilares da educação, o Curso Teórico Prático em Abdômen Agudo, em sua sistemática de quinze simulações, reproduz ao aluno participante uma situação de urgência / emergência através de atores reais que respondem a anamnese e simulam a dor abdominal. Estudos apontam que 70% dos eventos adversos ocorridos

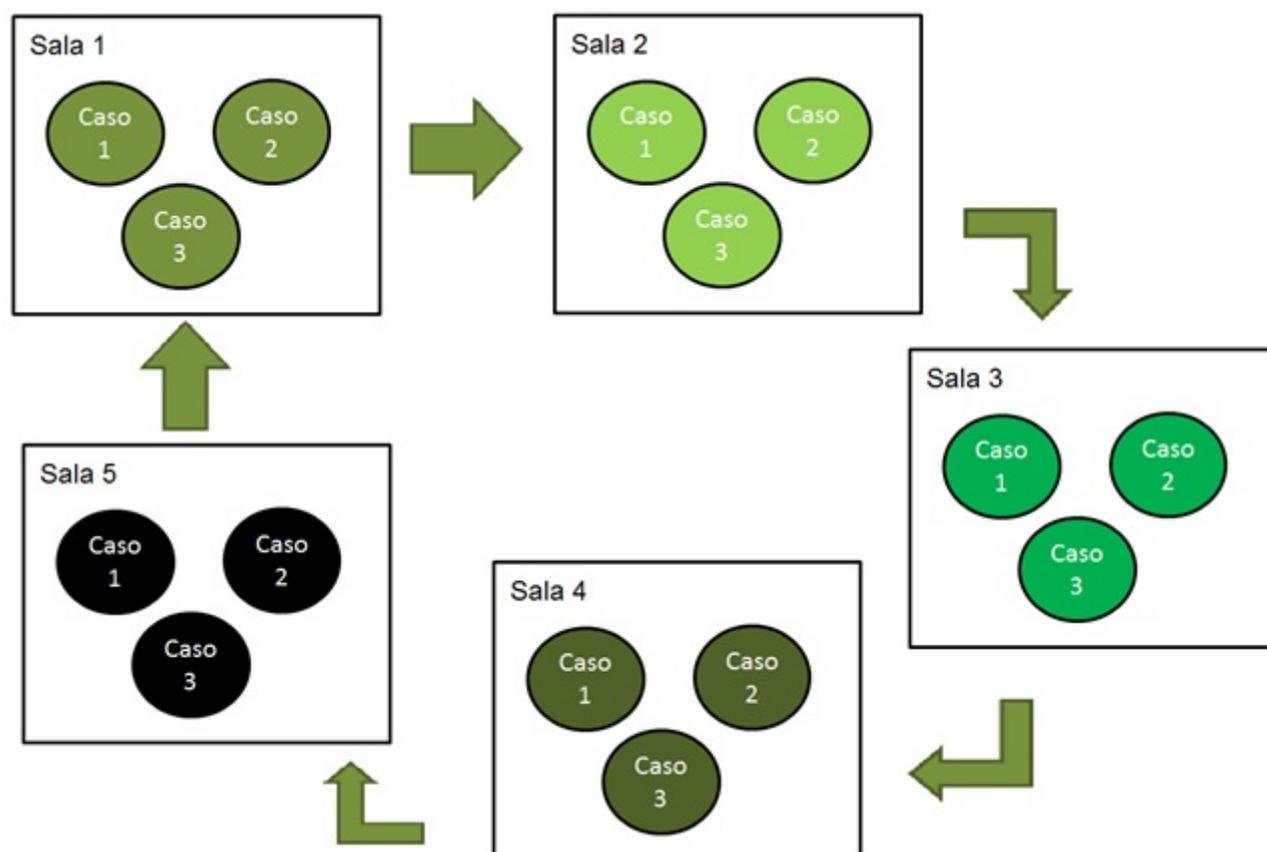


Figura 3 – Dinâmica dos atendimentos.

em ambiente hospitalar estão relacionados a fatores humanos e que este valor pode se elevar em situações de urgência ou emergência, exatamente como no abdômen agudo, equívocos estes que podem levar à morte de até 98 mil pacientes por ano (RODRIGUES & DELORS, 1998, p. 1; BION *et al.*, 2010, p. 27). No momento em que o estudante de Medicina é exposto a uma situação semelhante na qual – em caso de erro – o paciente real não sofrerá as consequências, e logo em seguida recebe um *feedback* da situação, tal discente poderá “transferir” esse conhecimento para sua prática real, evitando situações mórbidas ao paciente, como diagnósticos, condutas e tratamentos incorretos (FLATO & GUIMARÃES, 2011, p. 362; FRASER *et al.*, 2011, p. 376; FRASER *et al.*, 2009, p. 785; BRENNAN *et al.*, 1991, p. 373; KARDONG-EDGREN *et al.*, 2010, p. 34). Dessa maneira, o Curso Teórico Prático em Abdômen Agudo busca não só a redução de desfechos desfavoráveis como a diminuição dos gastos desnecessários, que oneram o Sistema Único de Saúde (SUS) e hospitais através de um *debriefing* e *checklist* com tópicos acerca do atendimento e da quantidade de exames desnecessários solicitados que ocorrem logo após a simulação (FLATO & GUIMARÃES, 2011, p. 362; BAKER *et al.*, 2004, p. 1678).

Abdômen agudo é uma situação complexa e com alta morbidade e mortalidade, que exige intrincado raciocínio patológico. A grande quantidade de etiologias possíveis e, por conseguinte, a grande quantidade de manejos prováveis, aliadas à alta frequência da síndrome em emergências, tornam determinantes para os cursos médicos a solidificação e o refinamento dos conhecimentos. Inserir o aluno em práticas de simulação permite a construção de raciocínio no qual possíveis falhas não acarretam danos reais ao paciente. O Curso Teórico-Prático em Abdômen Agudo possibilita a construção do conhecimento teórico, estruturação de raciocínio lógico para diversas etiologias possíveis e destreza para trabalhar em grupo em um ambiente seguro e controlado, sendo que, dessa forma, o aluno pode cometer erros e a partir disso

reconstruir o pensamento e otimizar suas habilidades gradativamente (AGGARWAL *et al.*, 2010, p. 40; SALAS *et al.*, 2008, p. 904). O treinamento intensivo permite a solidificação do conhecimento por meio das repetições exaustivas, gerando competências diversas de forma eficiente e por tempo mais prolongado (BRIM *et al.*, 2010, p. 76).

Referências Bibliográficas

AGGARWAL, Rajesh; MYTTON, O. T.; DERBREW, M.; HANANEL, D.; HEYDENBURG, M. & ISSENBERG, B. “Training and Simulation For Patient Safety”. *Quality & Safety in Health Care*, vol. 19, Suplemento 2, 2010, pp. 34-43.

BAKER, George Ross; NORTON, P. G.; FLINTOFT, V.; BLAIS, R.; BROWN, A. & COX, J. “The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events among Hospital Patients in Canada”. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n. 11, 2004, pp. 1678-1686.

BION, Julian; ABRUSCI, T. & HIBBERT, P. “Human Factors in the Management of the Critically Ill Patient”. *British Journal of Anaesthesia*, vol. 105, n. 1, 2010, pp. 26-33.

BRENNAN, Troyen; LEAPE, L. L.; LAIRD, N. M.; HEBERT, L.; LOCALIO, A. R. & LAWTHERS, A. G. “Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients”. *The New England Journal of Medicine*, vol. 325, n. 3, 1991, p. 210.

BRIM, Nancy; VENKATAN, S. K.; GORDON, J. & ALEXANDER, E. K. “Long-Term Educational Impact of A Simulator Curriculum on Medical Student Education in an Internal Medicine Clerkship”. *Simulation in Healthcare*, vol. 5, n. 2, 2010, pp.75-81.

BRUNETTI, Adriano & SCARPELINI, S. “Abdômen Agudo”. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, vol. 40, n. 4, 2007, pp. 358-367.

FLATO, Uri & GUIMARÃES H. “Educação Baseada em Simulação em Medicina de Urgência e Emergência: a Arte Imita a Vida”. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, vol. 9, n. 5, 2011, pp. 5-9.

FRASER, Kristin; PEETS, A.; WALKER, I.; TWOREK, J.; PAGET, M. & WRIGHT, B. “The Effect of Simulator Training on Clinical Skills Acquisition, Retention and Transfer”. *Medical Education*, vol. 43, n. 8, 2009, pp. 784-789.

_____; WRIGHT, B.; GIRARD, L.; TWOREK, J.; PAGET, M. & WELIKOVICH, L. “Simulation Training Improves Diagnostic Performance on a Real Patient with Similar Clinical Findings”. *Chest*, vol. 139, n. 2, 2011, pp. 376-381.

KARDONG-EDGREN, Suzie; ADAMSON, K. A. & FITZGERALD, C. A. “Review of Currently

Published Evaluation Instruments for Human Patient Simulation”. *Clinical Simulation in Nursing*, vol. 6, n. 1, 2010, pp. 25-35.

MAYUMI, Toshihiko; YOSHIDA, M.; TAZUMA, S.; FURUKAWA A.; NISHII O. & SHIGEMATSU K. “The Practice Guidelines for Primary Care of Acute Abdomen”. *Japanese Journal of Radiology*, vol. 23, 2015, pp. 1-36.

REZNICK, Richard & MACRAE, H. “Teaching Surgical Skills: Changes in the Wind in The Wind”. *The New England Journal of Medicine*, vol. 355, 2006, pp. 2664-2669.

RODRIGUES, Zuleide Blanco & DELORS, S. *Os Quatro Pilares de uma Educação para o Século XXI e Suas Implicações na Prática Pedagógica*. São Paulo: Cortez, 1998.

SALAS, Eduardo; DIAZGRANADOS, D.; KLEIN, C.; BURKE, C. S.; STAGL, K. C. & GOODWIN, G. F. “Does Team Training Improve Team Performance? A Meta-Analysis”. *Human Factors and Ergonomics Society*, vol. 50, n. 6, 2008, pp. 903-933.

THE SOUTHERN SURGEONS CLUB. “A Prospective Analysis of 1518 Laparoscopic Cholecystectomies”. *The New England Journal of Medicine*, vol. 324, n. 16, 1991, pp. 1073-1078.

Publicado em 04/07/2018.