

Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares *Activity of Hospital Emergency Services*

Maria da Luz Brazão¹; Sofia Nóbrega¹; Gil Bebiano²; Elisabete Carvalho³

Resumo

O serviço de urgência é, muitas das vezes, a linha da frente no que diz respeito ao contato do doente com o serviço de saúde, verificando-se uma afluência crescente e um aumento das exigências de qualidade a par da necessidade da redução de custos.

A implementação de estratégias em prol da sustentabilidade do sistema não se pode focar apenas na contenção de custos *per se*. Há, necessariamente, que entender o conjunto, do ponto de vista do utente que o procura, com todas as suas expectativas e emoções, de acordo com as suas condições de acessibilidade físicas e económicas; e do ponto de vista do profissional de saúde, como elemento de equipa de trabalho multidisciplinar, num domínio dinâmico em constante permuta, com ambições e frustrações, sujeito a pressões, a conflitos e à necessidade de uma comunicação permanente, universal e eficaz. Todo o sistema está ainda sujeito à política dos seus gestores, que devem ter um papel proativo e não reativo, assumindo as suas inseguranças perante esta porta de entrada hospitalar de difícil controlo.

Qualquer intervenção neste campo tem sempre que ter em consideração a implantação física dos serviços de urgência, acessibilidade, capacidade de resposta em situações críticas e condições de trabalho, pilares que vão determinar o nível de cuidados lá prestados e conseqüente procura.

Neste ambiente caótico, é fundamental uma boa liderança, em que o líder não se limita a ser exemplo de caráter, respeito e justiça, mas é também um gestor e um comunicador, que cria condições a uma aprendizagem adaptativa e expansiva, que possa contribuir para a melhoria da prestação de cuidados.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Serviço de Urgência Hospitalar

Introdução

Os serviços de urgência estão a receber cada vez mais doentes e, para que a sua sobrevivência não seja posta em causa,

¹Serviço de Medicina Interna, Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

²Serviço de Neurocirurgia, Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

³INA - Direção Geral para a Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas, Lisboa, Portugal

Abstract

The emergency department is often the front line in the patient's contact with the health service, with a growing affluence and increased quality requirements along with the need for cost reduction.

The implementation of strategies for the sustainability of the system cannot focus only on cost containment itself. It is necessary to understand the big picture by the user's point of view, with all its expectations and emotions, according to its conditions of physical and economic accessibility; and from the standpoint of health professionals as multidisciplinary work team elements, in a dynamic area in constant exchange, with ambitions and frustrations, under pressure and conflicts and with the need for constant, universal and effective communication. The entire system is subject to the policy of the managers who must have a proactive and not reactive role, accepting their insecurities towards this, difficult to control, hospital entryway.

Any intervention in this field must always take into account the physical deployment of emergency services, their accessibility, responsiveness in critical situations and working conditions, pillars that will determine the level of care provided there and consequent demand.

In this chaotic environment, good leadership is essential, in which the leader is not only an example of character, respect and justice, but also a manager and a communicator, which creates conditions for an adaptive and expansive learning, which can contribute to improving care.

Keywords: Emergency Service Hospital; Health Services Accessibility; Quality of Health Care

é importante reduzir custos ao mesmo tempo que se assegure a qualidade dos cuidados.¹

O nível de exigência requerido é cada vez maior dado o crescimento e o envelhecimento populacional, e assim, a manutenção de um alto nível de qualidade e a prestação de cuidados atempados em infraestruturas antigas, não projetadas para abarcar com as necessidades atuais, não é tarefa fácil.²

Os serviços de urgência são ambientes de trabalho caóticos em que o número de doentes vistos pode ser obtido a partir dos registos eletrónicos, mas a carga de trabalho por

eles gerada não pode ser tão linearmente calculada.³ Várias entidades têm tentado construir modelos que permitam prever qual o orçamento, equipamento e profissionais necessários, mas essas estratégias têm sempre limitações, e não são aplicáveis transversalmente.³

Os profissionais de saúde são uma das partes centrais neste processo, tendo que desempenhar funções administrativas, de gestão, diagnóstico de casos difíceis, supervisão e formação dos mais novos, cooperação e resolução de conflitos com utentes, familiares, forças de segurança pública, entre outros. Segundo Kee *et al.*,² os profissionais de saúde desempenham um elevado número de tarefas por hora, com grande percentagem desse tempo dedicada à comunicação e atividade clínica. Seria importante uma estratégia dirigida à criação de mais tempo para a atividade clínica e formação dos mais novos, com divisão de tarefas e divergência para outros sistemas de suporte, de modo a evitar a sobrecarga e a exaustão.²

O serviço de urgência é muitas vezes o primeiro contato com os serviços de saúde de um doente com patologia aguda e a qualidade dos cuidados desempenha papel fundamental na formação da sua opinião sobre o hospital e os seus profissionais. Segundo Limbourn⁴ a satisfação do doente com o serviço de urgência vai influenciar quer o seu próprio *outcome* quer o dos profissionais, uma vez que pode facilitar a comunicação, a abordagem dos problemas, a adesão à terapêutica e contribuir para a satisfação profissional, autoestima, sentimento de valorização e melhoria do ambiente no trabalho.⁴

Apesar da sobrelotação dos serviços de urgência, Limbourn⁴ refere que os doentes podem ficar satisfeitos com o atendimento se se sentirem valorizados enquanto pessoas, sentirem cortesia, preocupação, respeito, interesse e partilha de informação. O que mais motiva descontentamento são os longos períodos de espera, o ouvir falar sobre outros doentes enquanto estão a ser atendidos e a falta de privacidade, que poderiam ser amenizados se fossem disponibilizados panfletos explicativos dos tempos de espera previstos e fossem aprofundadas as competências em comunicação. Claro que tudo isto vai depender do tempo disponível para cada doente, que vai ser influenciado pelo número de profissionais a trabalhar, sobrelotação de doentes e consequente fadiga.⁴

Exploração conceptual

CLARIFICAÇÃO DE CONCEITOS

O ambiente nos Serviços de Urgência: Segundo Seow,⁵ todos os profissionais do serviço de urgência (SU) funcionam em diferentes níveis de organização e interação com os doentes. No primeiro nível, por norma na triagem, existe uma relação profissional/doente de um para um. Porém, cada profissional não acompanha o doente desde que entra até que sai do SU, sem que, entretanto, tenha observado outro doente. No segundo nível, os profissionais prestam cuidados a muitos doentes simultaneamente, ou seja têm uma multitarefa, tendo de fazê-lo de forma eficiente para garantir a segurança não só do

doente que está a observar naquele instante, mas de todos os outros doentes em atendimento no SU. A qualquer momento, e já no terceiro nível, o SU terá um líder, geralmente um médico que irá direcionar as atividades de toda a equipa e priorizar quais os doentes e tarefas que devem ser atendidos em primeiro lugar, e em que momento, determinando que normas podem ser enfatizadas ou ignoradas.⁵

Entretanto e enquanto o doente interage e é cuidado por uma equipa composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica e administrativos, é da responsabilidade dos dirigentes e gestores do SU (quarto nível) garantir que as suas equipas de saúde trabalhem num ambiente que proporcione o melhor atendimento aos seus doentes. Assim, este ambiente é definido por pessoas (utentes e profissionais), política, sistemas, local, liderança e gestão.⁵

As pessoas

O UTENTE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALAR (SUH):

Qualidade e grau de satisfação: Numa altura em que a população está cada vez mais informada e com poder de decisão para escolher o prestador dos cuidados de saúde, a perceção e satisfação dos doentes perante os serviços prestados afeta cada vez mais a utilização futura dos mesmos. Assim, para o sucesso a longo prazo é crucial a prestação de um serviço de saúde de qualidade e um alto nível de satisfação do doente.⁶

As expectativas, as emoções, o valor económico atribuído ao serviço prestado e a imagem, influenciam o grau de satisfação e as intenções comportamentais futuras dos doentes, nomeadamente a lealdade com o serviço e/ou prestador de cuidados. O tempo de espera é também uma variável a ter em conta, uma vez que influencia as emoções e a adesão ao tratamento.⁶ Para melhorar a qualidade do SU é necessário estreitar o *gap* entre as expectativas e as perceções do doente, aumentando assim a sua satisfação e facilitando a transmissão de impressões positivas, fidelização de utentes prévios e atração de novos.⁶

Os determinantes mais significativos da qualidade do SU são: a sua acessibilidade, as condições físicas, qualidade técnica, o nível de informação prestado, o conhecimento e experiência dos profissionais, a coordenação entre profissionais e serviços e a comunicação com os doentes e família. Com um elevado nível de qualidade surge um elevado grau de satisfação, que é um importante determinante da lealdade e *compliance* com a terapêutica.⁶

O porquê da escolha pelos SUH: Existem vários estudos, tanto nacionais como internacionais, que abordaram diferentes aspetos de padrões de afluência ao SU com resultados comuns. Por exemplo, no Reino Unido a política governamental é dirigida ao desenvolvimento dos serviços locais por duas razões. Em primeiro lugar, na crença de que a acessibilidade seria mais conveniente e que um único ponto de acesso para um leque variado de serviços de cuidados de saúde levaria a

uma experiência mais eficaz e coerente. Em segundo lugar, há um objetivo claro em atrair os utentes para longe dos serviços hospitalares, que ficariam com os casos mais sérios e que consomem mais recursos.⁷

Para este fim, foram feitas campanhas publicitárias para educar e esclarecer as pessoas sobre as alternativas que têm consoante as suas necessidades. Não existem provas empíricas que sugiram que estas campanhas tenham surtido algum efeito na afluência à urgência. Seria útil repetir este estudo em diferentes locais, rurais e urbanos.⁷

Já Lobachova *et al*⁸ estudaram as perspetivas dos doentes relativamente ao porquê da escolha dos SUH para receber tratamento ou, se for o caso, o porquê destes serem enviados ou aconselhados a procurar estes serviços por indicação dos profissionais de cuidados de saúde primários (CSP).⁸

Neste trabalho os autores concluíram que a maioria dos doentes que procuram cuidados num SUH acredita que o seu problema é grave, enquanto quase metade dos sujeitos investigados faz esta escolha a conselho de um familiar, amigo ou até de um prestador de cuidados de saúde. Uma minoria considerável de doentes escolhem o SUH a conselho de um profissional de CSP. Os profissionais de CSP concordam que a razão mais comum dos seus doentes escolherem o SUH é sentirem que estão demasiado doentes para serem vistos num gabinete.⁸

Os profissionais

A equipa de trabalho: Os cuidados de saúde prestados em ambiente de urgência são multidisciplinares, requerendo médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica, administrativos e, por vezes, pessoas exteriores ao SU, trabalhando em conjunto. É reconhecido que a *performance* da equipa é crucial para a prestação de cuidados em segurança.⁵

As equipas dos SU trabalham num domínio dinâmico, uma vez que funcionam em condições que mudam com frequência, estão sujeitas a mudança dinâmica dos seus elementos e têm de integrar diferentes culturas profissionais. Uma das responsabilidades dos chefes, líderes e gestores dos SU é promover o trabalho em equipa.⁵

É importante assegurar o número adequado de profissionais neste ambiente complexo, uma vez que um número demasiado elevado de doentes por profissional pode levar a piores *outcomes* clínicos, incluindo mortalidade e incapacidade, e associar-se a exaustão profissional, insatisfação e absentismo. Deve ser garantido um número mínimo de profissionais por turno, mas ter abertura para eventual necessidade de mais profissionais em casos de maior afluência, uma vez que no ambiente do serviço de urgência pode ser sempre necessária alguma flexibilidade.⁹

A comunicação: Na construção de equipas de sucesso, é fundamental a comunicação dentro das mesmas, sendo mais importante a forma como esta é feita do que o seu conteúdo. A forma mais valiosa de comunicação, é a presencial, seguindo-

se-lhe por ordem decrescente de importância, por telefone, videoconferência, por *e-mail* e escrita.⁵

A maioria dos funcionários dos SU reconhecem a importância do trabalho em equipa e da comunicação na melhoria da segurança do doente. A comunicação dentro do SU é um desafio. De facto, os profissionais trabalham num ambiente com uma alta velocidade, com multitarefas e em que as interrupções são a norma. Estes autores, identificaram quatro processos de comunicação de rotina no SU, que são cruciais na qualidade do atendimento e na probabilidade de eventos adversos: a) triagem, b) observação e avaliação, c) mudança de turno e d) admissão. De todos, o mais importante é a mudança de turno, ou seja, quando a informação é transferida de um funcionário para outro, sendo conhecido que é nesta fase onde há maior probabilidade de ocorrência de erros.⁵

Apesar de tudo isto, pouca atenção tem sido dada à percepção das vias através das quais os profissionais de saúde, doentes e familiares comunicam, especialmente nos pontos de transição de cuidados. Grande ênfase tem sido dada ao processo de alta hospitalar, mas muitas famílias expressam desconhecimento sobre os planos à data da alta, o que se deve, por um lado, à falta de tempo dos profissionais num ambiente em que têm que desempenhar multitarefas, e por outro, à sobrevalorização ou ausência de avaliação das capacidades de gestão da sua própria doença por parte do utente.¹⁰

A pressão para uma rápida circulação de doentes no serviço de urgência muitas vezes dificulta a individualização de cuidados e o envolvimento ativo do doente no processo de decisão, uma vez que neste contexto de cuidados, a prioridade vai para a estabilização dos doentes em situação crítica.¹⁰

É necessária uma responsabilização de cuidados que muitas vezes falha pela incapacidade de contato com familiares que documentem a medicação tomada pelo doente e por lacunas na comunicação interpessoal que nem sempre é fácil de alcançar, quer seja por barreiras contextuais, temporais ou físicas, como a idade avançada, alterações cognitivas, problemas visuais, auditivos ou na linguagem.¹⁰

Segundo Manias¹⁰ a comunicação pode ser feita de uma forma síncrona ou assíncrona. A comunicação síncrona requer que duas ou mais partes estejam a interagir simultaneamente enquanto na assíncrona uma única parte é visada, como ocorre quando se efetuam registos médicos, prescrição de fármacos em papel ou notas de alta, que depois serão interpretados e colocados em prática por outrem, sem que haja contato direto, o que pode levar a alguns erros.¹⁰

Resolução de conflitos: Num ambiente como o SU, onde muitos profissionais estão envolvidos nos cuidados prestados a um doente e cada profissional presta cuidados a vários doentes, com interação constante entre profissionais, gera-se um contexto propício ao conflito.⁵

Assim, a resolução de conflitos e as competências para o fazer tornam-se fundamentais neste contexto. O processo come-

ça com a comunicação efetiva entre as partes, a capacidade de escutar e o respeito. A abordagem mais eficaz, segundo Garmel¹¹ é a colaborativa, em que, apesar de complexa, normalmente há uma resposta satisfatória para ambos os lados. Caracteriza-se por uma elevada assertividade e um elevado espírito de cooperação, em que há uma exploração das questões em profundidade e abordagem dos diferentes pontos de vista, resultando em compromissos mútuos e relações melhoradas, contudo requer tempo.¹¹

A criação de equipas no serviço de urgência, unidas e motivadas, reduz a quantidade e a probabilidade de conflitos. Algumas estratégias passam por estabelecer objetivos comuns, comunicar eficazmente, não tomar os conflitos como pessoais, evitar acusações e confrontos públicos, estabelecer compromissos específicos, aceitar opiniões diferentes e aceitar a presença de um elemento neutro em situações de tensão.¹¹

Dinâmica da equipa: A estrutura organizacional de um SU tem impacto na interação entre diferentes profissionais da equipa de saúde. Seow⁵ descreve 3 tipos de estruturas organizacionais que as suas equipas de saúde dos SUH experimentaram: silo, *matrix*, and *business unit center* bem como os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças (SWOTs) de cada um. O autor ainda salienta o facto de que as relações entre as chefias médicas e de enfermagem influenciam muito o ambiente das equipas de urgência.⁵

O encargo emocional: O trabalho no serviço de urgência é por si só uma tarefa exigente a vários níveis. Do ponto de vista psíquico, quanto menor for o tempo dedicado à livre atividade do profissional e à descarga de energia pulsional acumulada, maior será o sofrimento e mais perigoso o trabalho. Nalgumas situações, esse sofrimento pode advir do choque entre a personalidade e projeto individuais e a pressão imposta pela organização da empresa, que não tem em conta essa subjetividade. Por outro lado, o trabalho em serviço de urgência também pode ser fonte de prazer se a relação entre os profissionais e a organização for harmoniosa, se as exigências da atividade forem ao encontro das necessidades de cada um e se os profissionais puderem participar no processo de escolha do ritmo de trabalho e da estrutura organizacional.¹²

O serviço de urgência pode ser considerado uma das áreas do hospital com maior complexidade de assistência e com maior fluxo de atividades de profissionais e utentes, exigindo uma capacidade de pensar rápido, agilidade, competência e capacidade de resolução de problemas emergentes. Este ambiente de extrema dinâmica, com funcionamento ininterrupto e de livre acesso por todos os utentes, com consequente sobrelotação, é um meio em que os profissionais estão sujeitos a maior sofrimento psíquico, tendo que lidar com o imprevisível, a frustração perante situações incontroláveis e a ausência de condições e instrumentos de trabalho.¹²

A questão dos recursos humanos inadequados e consequente relação complexa com a qualidade dos serviços de saúde é também uma problemática, com resultante desgaste físico e emocional.¹³

A somar a tudo isto surge a elevada afluência de doentes com situações não urgentes que poderiam ser atendidos em estruturas de menor complexidade, interferindo com o processo de trabalho e na qualidade dos cuidados prestados, por prejudicarem a assistência aos casos graves e agudos, levando a acumulação de tarefas, aumento dos custos e sobrecarga profissional.¹⁴

O lado positivo da atividade em serviço de urgência advém do facto dos profissionais terem a possibilidade de aliviar a dor e o sofrimento dos doentes, salvar vidas e assim sentirem-se realizados, estimulados, confortáveis e satisfeitos.¹²

Para que seja feito um bom trabalho, para além da adaptação às condições existentes, é necessária também uma boa integração com a unidade e toda a equipa de profissionais.¹⁵

De acordo com Almeida,¹² o aumento de complexidade do trabalho nos serviços de urgência decorrente do desenvolvimento tecnológico, da evolução de conhecimentos e da exigência das situações clínicas não se fez acompanhar por uma evolução nas condições materiais, humanas e espaço físico. Assim, os profissionais de saúde são expostos a elevadas cargas de trabalho, com espaços físicos inadequados, impossibilitando a sua livre expressão e gerando sofrimento e conflitos. Contudo, a recompensa surge com a capacidade de exercerem a sua profissão em pleno ao aliviar o sofrimento de outrém e ao conseguirem uma reanimação bem-sucedida. Esta dualidade de emoções é uma constante no serviço de urgência e a sua compreensão e aceitação são parte importante para o alcançar de um equilíbrio que permita a manutenção da saúde e bem-estar no local de trabalho.¹²

A política

O SUH é a porta de entrada do hospital, uma porta crítica, que gera insegurança nos gestores quando denotam dificuldades em controlar esta área do hospital.⁵

As políticas envolvem as relações entre pessoas que vivem e trabalham numa organização ou sociedade. Os gestores hospitalares devem estar alerta para sinais de jogos de políticos, bem como certos comportamentos que possam interferir negativamente nos cuidados de saúde. É importante que estes gestores saibam quem são os decisores na sua organização e tenham relativamente a eles uma ação mais proactiva do que reativa. A relação dos gestores com o seu hospital terá influência nos recursos que o SU receberá, o que acaba por ter impacto no ambiente de trabalho da urgência.⁵

Em Portugal, nos últimos anos o acesso aos cuidados de saúde tem-se tornado mais dispendioso, com aumentos tanto nos custos diretos como indiretos. Em 2012, as taxas moderadoras no acesso ao serviço de urgência foram revistas e aumentadas, mas ao mesmo tempo também foram aumenta-

dos os critérios de elegibilidade para isenção dessas taxas. Foram também revistos os critérios para acesso a sistemas de transporte gratuitos, contudo a sobrelotação nos serviços de urgência continua a ser um problema atual.¹⁶

Ramos *et al*¹⁶ verificaram que o aumento destas taxas moderadoras não teve efeito significativo no acesso ao serviço de urgência pelos doentes que não estavam isentos, não se refletindo assim numa diminuição da sobrelotação e redireccionamento para os cuidados primários. Contudo, a alteração nos critérios de transporte gratuito, com regras de elegibilidade mais apertadas, teve efeitos significativos na procura dos serviços de urgência polivalentes, com grande parte dos doentes a escolher instituições com níveis de cuidados básicos, onde os custos de transporte são menores.¹⁶

Desta forma, os gestores devem ter em conta que os custos indiretos podem ser mais importantes do que os custos diretos na determinação do acesso aos cuidados de saúde, principalmente em países onde as taxas não são muito elevadas e existem vários mecanismos de isenção, especialmente na população idosa.¹⁶

O sistema

Contrariamente aos primórdios da prática de medicina de urgência onde se falava de exceções, atualmente a literatura tem explorado os resultados da adoção de normas de orientação, que suportam a decisão clínica, e a sua aceitação pelos profissionais. A existência de procedimentos, protocolos, e suporte à decisão clínica são especialmente atraentes para os gestores, uma vez que constituem uma forma de fornecer um pouco de ordem num ambiente caótico como o da urgência.⁵

No entanto, é necessário que os gestores percebam que o SUH é um sistema complexo sendo difícil prever todos os eventos que lá podem ocorrer, sendo mais prudente manter metas simples e claras, estabelecer três ou quatro objetivos fundamentais e permitir que os profissionais se auto-organizem na sua execução.⁵

Uma outra função dos gestores é controlar muito bem a logística e os fornecimentos ao SU, assegurando-se de que a equipa de urgência tem todo o equipamento e consumíveis necessários às suas funções, tendo em atenção que o local onde este equipamento e consumíveis se situam tem impacto na eficiência dos seus funcionários.⁵

Elaborar indicadores de desempenho são outra das tarefas dos gestores hospitalares. No entanto, segundo Gottfredson e Schaubert (2008), citados por Seow,⁵ antes de elaborá-los, é aconselhável diagnosticar o ponto de partida de sua organização e, em seguida, saber para onde se está indo, ou seja, mapear o seu ponto de chegada e fazer um plano.⁵

O local

Implantação do espaço físico: Quando os gestores planeiam numa planta as diferentes áreas de trabalho de um SU, devem ter em consideração a composição da população de utentes

e o circuito dos vários subgrupos de doentes fora e dentro do SU. Se a planta das áreas de trabalhos não pode ser alterada, o trajeto até elas, dentro e para fora delas, deve ser planeado com o objetivo de evitar cruzamentos de trajetos de entrada e saída (*crisscrossing*). Estas medidas são importantes para manter doentes e pessoal em segurança, não só nos surtos de doenças como também em situações da presença de visitantes agressivos.⁵

O ambiente físico do SU é um local de vulnerabilidades comunicativas, pelo que é importante existir uma área onde se pode completar informações, mitigar preocupações e evitar mal entendidos. Em todos os SU deve existir também uma zona sossegada para colocar doentes agitados ou suas famílias, vítimas de abuso e para transmitir más notícias.⁵

A própria localização do serviço de urgência merece destaque e vários estudos têm mostrado a importância da distância às instituições de saúde como fator modelador da procura de cuidados pelos doentes. Em Portugal, Vaz *et al*¹⁷ verificaram que um aumento de 10% na distância ao serviço de urgência resulta numa diminuição de 10 a 20% na utilização do mesmo, sendo que naqueles casos de menor gravidade se verifica uma maior elasticidade em termos de distância, sendo o inverso verdade para os casos de maior gravidade.¹⁷

Outra conclusão importante foi o facto de se verificar uma menor afluência ao serviço de urgência em áreas com maior acesso aos cuidados de saúde primários, reforçando a importância da disponibilização destes cuidados a todos os doentes.¹⁷

Capacidade em surtos: Uma parte do plano de contingência, é planejar a área ou áreas para acomodar doentes em alturas de surtos como o surto de H1N1 que ocorreu em 2009 ou em situações de sobrelotação.⁵

Ambiente físico: Pelo facto dos SU operarem 24 horas por dia, os setores de apoio têm um papel crucial nos SUH nomeadamente, funcionários de limpeza e outras facilidades. Os gestores devem assegurar que as equipas de urgência recebem o mesmo nível de suporte dentro ou fora das horas de trabalho, durante a semana e aos fins-de-semana. Devem também estar atentos à limpeza dos seus SU uma vez que esta é uma das primeiras impressões do público e desempenha papel importante no controle da infeção.⁵

Liderança e gestão

A eficácia organizacional depende da existência de liderança e habilidades de gestão, num equilíbrio adequado. Um bom gestor deve liderar e gerir garantindo que as suas equipas ofereçam o melhor atendimento possível aos doentes mesmo durante os eventos raros de emergência.⁵

A capacidade dos líderes e gestores em inspirar e motivar as suas equipas é fundamental para um trabalho eficaz e eficiente. Quando os líderes e gestores falham nesta função, pode haver problemas com a retenção de pessoal, *burnout*,

mau desempenho, serviço de má qualidade e ineficiências. Ao contrário da crença popular, não são só as habilidades de liderança que são obrigados a inspirar e motivar nas equipas, mas também as de gestão.⁵

O ambiente no SUH pode mover-se desde a ordem até à complexidade e ao caos e em seguida, voltar novamente à ordem dentro de um período muito curto de tempo, mas também pode ficar cronicamente no caos.⁵

Uma das mais importantes atividades de liderança e gestão é ajudar as equipas a gerir o desafio da mudança que se acompanha sempre de algum desconforto. A qualidade dos líderes e gestores do SU vai determinar se as suas equipas de trabalho vão ou não oferecer o melhor atendimento aos seus doentes.⁵

Um líder deve ser visionário e reconhecer que existem outras opções no processo de tomada de decisão, saber comunicar e informar os membros sobre a natureza das mudanças e a direção a seguir e ser capaz de criar o ambiente para que os processos ocorram, tudo isto tendo em conta as competências interpessoais e a importância de cada elo na cadeia. Como líder, o caráter, o respeito e a capacidade de comunicação são fundamentais, bem como a noção de justiça.¹⁸

No caso particular da urgência, os líderes, para além da sua atividade de gestão, frequentemente continuam a exercer atividade clínica, ouvindo, intervindo, responsabilizando-se e trabalhando rumo à melhoria dos cuidados.¹⁸

O ensino

Os serviços de urgência são ambientes de tensão, não só pela gestão de recursos, mas também de doentes e das condições clínicas. A juntar a tudo isto surge a questão do ensino de alunos/internos nestes ambientes. Não é fácil para um tutor conseguir gerir todo o caos e pressão intrínsecos ao serviço de urgência, com situações emergentes, conflitos familiares, gestão de recursos físicos e humanos e ainda dedicar atenção a formandos que ali se iniciam e precisam de apoio. Por outro lado, é inegável que os formandos necessitam da formação e experiências práticas que só o ambiente de urgência pode proporcionar. Segundo Couser¹⁹ é também neste ambiente que se treinam competências no trabalho em equipa, na comunicação interpessoal, processo de decisão e gestão de prioridades.¹⁹

Torna-se importante, por isso, redefinir o ensino neste contexto. A medicina de urgência continua a ser desafiante e inovadora, exigindo dedicação, entrega e responsabilidade, que se partilhada entre tutores e alunos, irá contribuir para o aprofundar de conhecimentos e a criação de melhores profissionais no futuro, capazes de responder às necessidades da população.¹⁹

Neste contexto surge a simulação como forma de inovação e revolução no ensino médico, sendo atualmente considerada o *gold standard* da formação. Constitui uma forma de articulação plena das tecnologias com a Medicina, permitindo

o enriquecimento dos processos formativos e a melhoria da atuação prática em áreas críticas dos cuidados e da organização das equipas de saúde. Pode funcionar como ponte e processo facilitador da formação em serviço de urgência, como se constata pela quantidade crescente de centros de simulação criados e pelo destaque que têm vindo a merecer.²⁰

Este treino em ambientes de simulação realistas é fundamental para o aperfeiçoamento do trabalho em equipa, de competências técnicas e não técnicas, sendo uma forma de abordar problemas de erro médico e treino em contextos críticos, complexos ou raros e assim preparar os profissionais para as exigências do dia-a-dia no serviço de urgência.²⁰

Serviços de urgência, que futuro?

Alguns estudos têm sido feitos numa tentativa de perceber quais as condições que facilitam ou restringem a promoção da saúde nos serviços de urgência, de forma a podermos capacitar-nos no futuro de melhores armas.²¹

A promoção da saúde pode ser vista, segundo Gustavsson,²¹ como um processo que capacita a pessoa individual e coletivamente para assumir o controlo e melhorar o seu estado de saúde através da adaptação ou mudança do meio ambiente. No contexto da urgência, apresenta-se como uma abordagem holística que enfatiza o papel de cada um na mudança do local de trabalho em prol de um bem superior. Assim, a promoção da saúde assenta em valores como o direito à participação, a equidade e companheirismo, e em condições físicas, sociais e organizacionais.²¹

É importante a existência de um ambiente de aprendizagem quer seja adaptativa – em que se aprende a fazer o trabalho, mas a fazê-lo de uma forma cada vez melhor; quer seja expansiva – que diz respeito ao lado inovador da aprendizagem, com vista à aplicação prática.²¹

Um estudo sueco elaborou um modelo de ambientes de aprendizagem expansivo-restritivos, no qual os ambientes expansivos eram caracterizados por oportunidades de participação em várias comunidades, acesso a recursos de aprendizagem, reconhecimento institucional e suporte para a progressão de conhecimentos. Por outro lado, em ambientes restritivos não havia lugar à partilha de conhecimentos entre comunidades, à utilização de novos meios e não havia incentivo organizacional à aprendizagem. Contudo, nem um ambiente nem outro asseguram que vá ou não haver aprendizagem expansiva, uma vez que isso também depende das características individuais, e os dois tipos de ambiente podem estar presentes na mesma instituição e ser percebidos e utilizados de variadas formas.²¹

Gustavsson²¹ constatou que o espaço físico de trabalho e as suas constantes mudanças, apesar de necessárias, se não bem programadas, levam ao desgaste e à desmotivação perante a vivência de projetos nunca finalizados. Da mesma forma, o impedimento da disponibilização para formação por carga de trabalho e questões organizacionais constituem prá-

ticas restritivas da melhoria dos cuidados. Por outro lado, a criação destes ambientes de discussão de práticas, leva à formação de uma estrutura legítima na qual os profissionais através de um método estruturado, baseado nos problemas, desenvolvem competências na mudança para a saúde, com melhor organização do trabalho, criação de estratégias de reconhecimento e validação de conhecimentos, que se traduz numa melhoria da prestação de cuidados.²¹

Claro que todas estas mudanças vão depender da aceitação por parte dos gestores e da sua priorização de objetivos.²¹

Conclusão

O serviço de urgência é uma das áreas hospitalares com maior afluência, onde a procura e o grau de complexidade são elevados e imprevisíveis, o acesso é irrestrito e as exigências são crescentes, assim como a necessidade de gestão de recursos para evitar o colapso das instituições.

Por um lado, temos o acesso dos utentes, motivados pelas suas preocupações e exigências, movidos por crenças pessoais e sociais, com determinadas patologias e expectativas, procurando empatia e respostas por parte dos profissionais de saúde, que devem assegurar uma boa comunicação e prestação de informação e cuidados de qualidade, que contribuam para o grau de satisfação do doente, adesão ao tratamento, procura adequada de cuidados e confiança.

Por outro lado, mas não oposto, temos os profissionais de saúde, que têm que ser capazes de se integrar num ambiente dinâmico, multitarefa, em constante mutação, com múltiplas exigências e pressões, que devem ser trabalhadas em equipa, com capacidade de resolução de conflitos, mas que pode ser fonte de prazer se a relação entre os profissionais e a organização for harmoniosa e cada um tiver a oportunidade de ver supridas as suas necessidades e se sentir parte da estrutura organizacional.

Várias intervenções a nível político têm sido feitas numa tentativa de diminuir o acesso indiscriminado e inapropriado ao serviço de urgência, mas é preciso ver mais além, considerando a importância dos custos indiretos para os utentes, as falhas do sistema e a importância de um bom acesso aos CSP.

Nenhuma intervenção será eficaz se a liderança e a gestão do sistema não for una e equilibrada. Um líder tem que ser capaz de motivar e inspirar as suas equipas, ser capaz de ouvir as suas preocupações e ambições, e implementar um ambiente de partilha e pertença, levando a um trabalho eficaz, redução do *burnout* e prestação de cuidados de qualidade. ■

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.

Correspondência: Maria da Luz Brazão - mlbrazao@hotmail.com

Diretora Serviço de Medicina Interna, Hospital Central do Funchal

Recebido 1/8/2016

Aceite 1/9/2016

REFERÊNCIAS

- Dyas SR, Greenfield E, Messimer S, Thotakura S, Gholston S, Doughty T, et al. Process-Improvement Cost Model for the Emergency Department. *J Health-care Manag.* 2015; 60: 442-58.
- Kee R, Knott JC, Dreyfus S, Lederman R, Milton S, Joe K. One hundred tasks an hour: An observational study of emergency department consultant activities. *Emerg Med Austr.* 2012; 24: 294-302.
- Gedmintas A, Bost N, Keijzers G, Green D, Lind J. Emergency care workload units: A novel tool to compare emergency department activity. *Emerg Med Austr.* 2010; 22: 442-8.
- Limbourm S, Celenza A. Patient perceptions of caring and association with emergency department activity and access block. *Emerg Med Austr.* 2011; 23: 169-80.
- Seow E. Leading and managing an emergency department – A personal view. *J Acute Med.* 2013; 3: 61-6.
- Qin H, Prybutok V. A quantitative model for patient behavioural decisions in the urgent care industry. *Socio-Econ Plann Sc.* 2013; 47: 50-64.
- Land L, Meredith N. An evaluation of the reasons why patients attend a hospital Emergency department. *Int Emerg Nurs.* 2013; 21: 35-41.
- Lobachova L, Brown D, Sinclair J, Chang Y, Thielker K, Nagurney J. Patient and provider perceptions of why patients seek care in emergency departments. *J Emerg Med.* 2014; 46: 104-12.
- Wise S, Fry M, Duffield C, Roche M, Buchanan J. Ratios and nurse staffing: The vexed case of emergency departments. *Australasian Emerg Nurs J.* 2015; 18: 49-55.
- Marians E, Gerdtz M, Williams A, Dooley M. Complexities of medicines safety: communicating about managing medicines at transition points of care across emergency departments and medical wards. *J Clin Nurs.* 2014; 24: 69-80.
- Garmel GM. Conflict Resolution in Emergency Medicine. Section XXI, Chapter 209. In: Adams JG, Barton ED, Collings J, DeBlieux PM, Gisondi MA, Nadel ES, editors. *Emergency Medicine, Clinical Essentials.* London; Saunders; 2012.p. 1743-8.
- Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Rev Eletr Enf.* 2007; 9: 617-29.
- Dubeux LS, Freese E, Reis YC. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26: 1508-18.
- Garlet ER, Lima MS, Santos JL, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18: 266-72.
- Andrade LM, Caetano JA, Soares E. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. *Rev RENE.* 2000; 1: 91-7.
- Ramos P, Almeida A. The impact of an increase in user costs on the demand for emergency services: the case of Portuguese Hospitals. *Health Econ.* 2015 (in press)
- Vaz S, Ramos P, Santana P. Distance effects on the accessibility to emergency departments in Portugal. *Saúde Soc.* 2014; 23: 1154-61.
- Bohan JS. Leadership and Emergency Medicine. Section XXI, Chapter 207. In: Adams JG, Barton ED, Collings J, DeBlieux PMC, Gisondi MA, Nadel ES, editors. *Emergency Medicine, Clinical Essentials.* London: Saunders; 2012.p. 1727-30.
- Couser G. Teaching medical students in emergency departments: time to reinvent a core activity. *Emerg Med Austr.* 2015; 27: 69-71.
- Brazão ML, Nóbrega S, Correia JP, Silva AS, Santos D, Monteiro MH. Simulação Clínica: Uma Forma de Inovar em Saúde. *Rev Soc Port Med Int.* 2015; 22: 146-55.
- Gustavsson M, Ekberg K. Learning to promote health at an emergency care department: identifying expansive and restrictive conditions. *Stud Contin Educ.* 2015; 37: 1: 18-9.