

Serviço de Urgência: A Necessidade de Novos Modelos de Organização *Emergency Department: The Need for New Organization Models*

Sofia Lourenço

Resumo

Foram muitas as razões apontadas para explicar a crise dos Serviços de Urgência (SU) que se verificou em Janeiro de 2015. Certo é que este foi um Inverno particularmente difícil e que o Serviço de Urgência é um local onde o trabalho é sempre complicado e caótico. No entanto os Internistas devem tentar ajudar na solução dos problemas reais que existem nos nossos Serviços de Urgência. Os modelos que funcionam actualmente levaram à fractura de cada hospital em dois hospitais distintos, o da equipa fixa e o do internamento. As equipas fixas, inicialmente compostas por profissionais competentes e motivados, esgotaram-se num trabalho difícil e desgastante, levando em muitos casos à sua própria destruturação, com conseqüente redução da qualidade do funcionamento das mesmas. As equipas do internamento, actualmente confinadas aos períodos noturnos e fins de semana, passaram a tomar o SU como um local de trabalho obrigatório e não grato. Neste contexto também os internos deixaram de entender o SU como um local preferencial de aprendizagem. A reorganização das equipas hospitalares pode melhorar o desempenho do SU. A criação de um modelo misto, com médicos das equipas fixas e médicos do internamento pode ser vantajosa para ambas as partes e para os internos. É necessário discutir e implementar medidas agora, de modo a preparar o próximo Inverno.

Palavras-chave: Equipa de Cuidados ao Doente; Serviço de Urgência Hospitalar

Abstract

Many reasons were pointed out trying to explain the crisis seen in the Emergency Services on January 2015. Surely this was a hard winter and the work at the Emergency Services is always difficult and chaotic. However, Internal Medicine doctors should work on the solution for actual problems in the Emergency Services. The organization models currently working at the Emergency Services have led to the breakup of each hospital into two different ones, one by doctors working on the emergency room and another by doctors working at the wards. Emergency Services teams, initially composed with competent and motivated doctors, have been worn-out by the difficult and exhausting work, leading many times to the rupture of their own teams, with the consequent loss of quality on their work. Ward teams are currently confined to night and weekend shifts and have learned to see the Emergency department has a non pleasant place to work. Resident doctors have also lost the feeling that the Emergency Services is a place to learn. Reorganization of hospital teams can lead to a better performance of Emergency Services. The implementation of a mix model, including doctors of emergency and ward teams, may have advantages for both groups of doctors and for residents. It is necessary to discuss and implement new measures, preparing for the next winter.

Keywords: Emergency Service, Hospital; Patient Care Team

Muito se tem dito, escrito, discutido e filosofado sobre aquela que foi chamada de Crise no Serviço de Urgência de 2015. Durante este período ouvi as mais diversas vozes falarem sobre culpas deste ou de outro governo em particular, sobre redução de camas, redução de equipas, redução de orçamentos. Ouvi Administradores Hospitalares dizerem que o problema está na limitação dos contratos e das renumerações oferecidas nas ditas equipas dedicadas do Serviço de Urgência (SU). Ouvi que o problema é que os doentes estão cada vez mais envelhecidos (sendo que a mim me parece que cada um deles tem só mais um ano que o anterior...).

De tudo o que foi dito existem dois factos, antes de mais nada, que necessitam de ser clarificados:

1º. O inverno de 2014/2015 foi, de facto, no que diz respeito ao SU, um dos piores invernos de que há memória. Quem acha que

os invernos são todos iguais nunca trabalhou num SU ou nunca lá passou mais de 3 ou 4 invernos. Não sei se a razão foi a vaga de frio ou a cobertura vacinal aquém do desejável, mas este facto foi evidente, não só no nosso país.

2º. O SU é um serviço difícil e caótico por excelência. Sempre. Digam os teóricos do assunto o que quiserem, venham as vozes de cara encoberta desvendar as condições deploráveis e os artigos sensacionalistas de qualquer jornal mostrar os exemplos que lhes aprouverem. É no SU que entram os doentes em condições limite e, às vezes (já agora, na maioria, felizmente), conseguimos ajudá-los e algumas não. Então, morre-se no SU.

Mas a aceitação destes pressupostos não implica que não tenhamos nada a fazer e que o que aconteceu seja um fado que temos que suportar. Claro que não! Os nossos SU e os nossos hospitais

estão doentes e se nós somos os médicos hospitalares por excelência temos que os curar, ou pelo menos, contribuir para a sua cura. O problema começa, no entanto, no timing... Todas as acesas discussões sobre este tema se davam nos meses de Janeiro e Fevereiro, no calor do momento, a maioria impulsionadas pelas notícias de abertura dos telejornais. No entanto o Sol que nos lava a alma lava também a recordação dos maus momentos no SU. E agora que estamos a iniciar o Verão, que as urgências fluem no seu ritmo habitual e que o vírus da gripe hibernou, estamos no momento idóneo para nos sentarmos novamente de cabeça fria e discutirmos o tema no sentido de percebermos o que está mal e quais são as soluções. Onde estão agora as discussões institucionais e as propostas de medidas para enfrentarmos o próximo Inverno?

Começamos então a pensar naquelas que nos são mais próximas... Pertencemos a uma geração que cresceu a ver o "ER- Emergency Room". O SU era retratado na série como um local de acção onde poucos eram os casos que não despoletavam uma subida rápida de adrenalina em médicos cheios de estilo que corriam (literalmente) de maca em maca. Porém nos SU reais de Portugal não só não nos cruzamos com o George Clooney na máquina do café como não vivemos situações excitantes e emergentes a cada 5 minutos. A grande maioria dos doentes são idosos com as suas pluripatologias mais ou menos descompensadas e as intercorrências comuns que todos conhecemos ou doentes com situações de relativa ou pouca gravidade.

Mas reconheço que esta lógica de só recebermos doentes graves e termos equipas preparadíssimas para os receber era apelativa. Penso, no entanto que não foi essa ou outra série mas factos mais economicistas que levaram à ideia da criação das chamadas equipas fixas. Criaram-se assim equipas motivadas de Internistas e outros profissionais competentes que se depararam com um trabalho desgastante, em condições que muitas vezes distavam de ser os ideais, todos os dias. Provavelmente essa é a razão pela qual se foram cansando, procurando outras opções de vida, ou simplesmente baixando os braços, permitindo assim que a resposta aos doentes e a qualidade do atendimento fosse diminuindo.

E os internistas "do hospital" onde estavam entretanto? Viviam durante o dia nas suas enfermarias, olhando cada vez mais de longe um SU onde só tinham que fazer uma noite por semana e um fim de semana de quando em quando. Não é fácil gostar de um serviço que apenas nos "rouba" os nossos períodos de descanso e que ainda por cima é o local de trabalho primordial de outros. O SU passou a ser, na maior parte dos casos, um local de sacrifício, tornando a actividade desmotivante. Mais grave, a maioria das equipas do internamento deixou de ter qualquer responsabilidade na decisão de admissão da maioria dos seus doentes.

Por outras palavras, criaram-se em cada hospital dois hospitais distintos. E é neste estranho ambiente que começamos a fazer crescer as novas gerações. Custa-me entender a forma como muitos dos nossos internos se posicionam em relação ao SU hoje em dia, encarando-o como uma obrigação quando não, como um suplício. O SU é, a par da enfermaria, o local primordial de formação para um Internista e deveria ser também o local onde estávamos mais a gosto. Lembro-me de, enquanto interna, fazer no mínimo, 24 h por semana no SU. Era um longo dia de trabalho e era duro, mas nunca deixei de perceber o quanto cada banco me fazia crescer enquanto médica e o muito que aprendia.

É preciso assumir que neste assunto erramos todos. Erraram os nossos governos quando acreditaram que era possível fechar indes-

criminadamente camas de agudos. Erraram quando ao longo dos anos não souberam privilegiar a organização dos Cuidados Primários. Erraram quando acharam que era possível cortar nos orçamentos dos hospitais, permitindo que o espaço físico dos mesmos se degradasse e não se adequasse às necessidades de cada local. Erraram as nossas administrações quando acreditaram que enfermarias que têm lotações de 95% durante o Verão conseguem "esticar" para acomodar o acréscimo de doentes com que inevitavelmente temos que lidar todos os Invernos. Erramos nós, Internistas, quando nos afastamos e afastamos os nossos internos do SU. Erramos nós quando permitimos que nos dividissem em equipas fracturadas. E continuamos a errar quando, absorvidos todos pelo trabalho que temos todos os dias, permitimos que todos estes erros persistam.

Vivemos tempos difíceis, tempos de crise, de cortes orçamentais. De uma população simultaneamente carente de cuidados mas cada vez mais exigente em relação à qualidade dos mesmos. São muitas as vertentes deste problema cuja solução não está nas nossas mãos. Mas há muito que podemos fazer. Talvez um tema que está ao nosso alcance seja a reorganização das equipas hospitalares.

A gestão inteligente de recursos não passa só por bons ordenados. Passa por darmos condições e estímulo às equipas. É urgente pensarmos em novos modelos de equipas integradoras. Permitir que os SU sejam geridos por equipas mistas que integrem durante as 24 h dos 7 dias da semana, os actuais médicos da enfermaria e os médicos das equipas dedicadas ao SU. Devolvendo aos médicos da enfermaria os horários diurnos (a par dos nocturnos) estamos a envolvê-los no cuidado inicial e na selecção dos doentes que serão internados e tratados por eles mesmos nas enfermarias. Mantendo os elementos que nos últimos anos têm estado a assegurar o SU permitirá usar todo o conhecimento e *know how* que adquiriram na urgência e aliviá-los do peso da gestão diária e ininterrupta de um serviço que é sem dúvida o mais desgastante de todos em qualquer hospital. Ao aumentarmos o número de médicos disponíveis para os diferentes períodos do dia passamos a cobrir mais horários e a depender menos da prestação de serviços externos. Não é necessário explicar o impacto que isto poderá ter na qualidade assistencial e na organização dos serviços de urgência que vivem "reféns" das empresas de prestação de serviços... Com a vantagem acrescida de voltarmos a mostrar aos nossos internos o que é a actividade pelo menos tão motivante como cansativa do serviço de urgência. Ensiná-los a batalhar no terreno que um dia será o deles. Embora me pareça que este é o caminho para recuperarmos as nossas urgências e os nossos hospitais, não é de certeza o único. Talvez os haja melhores. Mas por favor pensemos e actuemos. Porque o Inverno vem de certeza a seguir ao Outono, e este a seguir ao Verão. E porque os doentes continuam a envelhecer e no próximo mês de Dezembro terão um ano mais. E, se nada fizermos, então é óbvio que podemos começar a pensar o que vamos dizer, escrever, discutir e filosofar no próximo ano. ■

Conflitos de Interesse: O autor declara 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: lourencosofi@gmail.com

Recebido: 10.05.2015

Aceite: 08.06.2015