

A QUESTÃO DAS URGÊNCIAS

JOÃO M. VIDEIRA AMARAL

The issue concerning emergency care

O tema das urgências, de grande impacto, quer no cidadão comum, quer em quem trabalha no Serviço Nacional de Saúde, está na ordem do dia.

Na minha perspectiva há duas razões essenciais: o recente protocolo levado a efeito por duas instituições de Lisboa, - o Hospital de Santa Maria (HSM) e o Hospital Dona Estefânia (HDE) e a divulgação do Despacho Normativo 11/2002 que pretende institucionalizar uma nova valência funcional integrando equipas médicas fixas profissionalizadas e autónomas, ou seja, o chamado Serviço de Urgência Hospitalar.

De facto, quem trabalha numa instituição hospitalar confronta-se com uma realidade: tudo é programado em função das necessidades em recursos humanos para viabilizar a formação das equipas rotativas de “banco” – para empregar a gíria tradicional na cidade de Lisboa; o médico tal ou tal poderá desempenhar ou não determinada tarefa, se “não estiver de banco,” ou não a poderá executar se, pelo contrário, estiver de “banco” ou de “folga de banco”, deduzindo-se as repercussões no âmbito doutras valências assistenciais do internamento, do ambulatório, da formação e até da investigação. Ou seja, a prestação no “banco” é o pivô de toda a dinâmica assistencial, podendo concluir-se que há um desequilíbrio entre as necessidades em recursos humanos para a urgência e as mesmas necessidades para dar satisfação a outras valências.

Considero que o acordo HSM/HDE (prestação em alternância, dois dias numa instituição e cinco dias noutra) corresponde a uma solução pragmática e lógica – embora paliativa – tendo em conta a carência em recursos humanos, rendibilizando os existentes. Isto, na perspectiva de uma ruptura iminente, a não serem tomadas medidas.

No entanto, a situação actual corresponde a uma agudização dum problema que se pode considerar crónico – um epifenómeno de diversos problemas de fundo que têm, a meu ver, com opções feitas ao longo dos anos em

termos de planeamento global na área da saúde. De facto, somente cerca de 25% das situações clínicas que recorrem às urgências correspondem a situações verdadeiramente urgentes ou emergentes. O excedente de casos utilizando os serviços de urgência hospitalares de níveis III-IV (pelo menos nas grandes zonas urbanas de maior densidade populacional), embora com explicação multifactorial, deve-se essencialmente à falta de capacidade de resposta do nível assistencial de cuidados primários ou de níveis assistenciais menos diferenciados – funcionamento das estruturas na retaguarda com recursos humanos e técnicos inadequados a uma triagem eficaz das situações mais comuns 24 horas por dia, falta de confiança do cidadão em tais estruturas e, também, à inexistência de uma cultura de utilização adequada dos recursos da saúde pela maioria da população mal informada e desiludida. Com efeito, numa perspectiva consumista, a mesma serve-se dos serviços de urgência por ser talvez mais cómodo, à semelhança do que acontece num supermercado para se abastecer. Porque paga impostos, tem direitos...

É certo que há cerca de 1 ano e meio com o sistema “Saúde 24”, iniciou-se uma tentativa meritória de disciplinar o recurso às urgências; no entanto, na fase actual há indícios de claudicação do referido sistema, traduzindo eventualmente a indispensabilidade doutras medidas complementares que tardaram.

Outra leitura que se pode fazer do panorama traçado é que, pelo menos na grande Lisboa, com honrosas excepções, a grande maioria das chamadas unidades coordenadoras funcionais - estruturas conjuntas de ligação entre os hospitais e os centros de saúde – não têm funcionado, seguramente por razões alheias à competência e boa vontade dos respectivos elementos integrantes.

No que respeita ao papel das estruturas de saúde pré-hospitalares na assistência aos casos urgentes, numa perspectiva idealista (não utópica, bastando haver vontade política) admito que, o problema poderia ser melhorado se fossem tomadas, a médio prazo, determinadas medidas que considero etiológicas, centradas, sobretudo,

nas estruturas de base e não nas estruturas de nível assistencial mais diferenciado: esclarecimento estruturado e contínuo da população, centros de saúde com apoio técnico – logístico mais diferenciado e implementação da figura de clínico geral / médico de família com perfil em saúde infantil (pressupondo período formativo mínimo de 12 meses em alternativa ao período formativo actual de 3 meses) enquanto não for recuperado o papel do pediatra comunitário cujo projecto tem sido “metido na gaveta” e que teria papel crucial na ligação estruturas hospitalares – cuidados primários.

O Despacho Normativo acima referido sobre as urgências sugere-me, algumas considerações. Com a autonomização funcional e orgânica que se pretende, é criado um quadro médico muito estanque, aparentemente antagónico ao conceito de médico global. Torna-se evidente que haverá que adoptar soluções pragmáticas. Em princípio, a causa será justa se, de facto, se traduzir num melhor serviço à comunidade, mais eficaz, mais eficiente e mais humanizado.

Mas, a ser implementado este esquema, a lei da isenção de obrigatoriedade absoluta de prestação de serviço de urgência a partir dos 55 anos terá que ser altera-

da. A não ser, qual o papel dos médicos que deixassem de prestar urgência?

Admito que, em alternativa, poderia ser implementado um esquema de mobilidade institucional em obediência à filosofia das chamadas unidades de saúde, a qual, pelo menos até ao momento, só está no papel. Nesta conformidade, o médico não pertenceria ao quadro de um hospital ou centro de saúde, mas ao quadro de uma região, integrando diversas estruturas assistenciais de internamento e ambulatório, desde o centro de saúde ao hospital mais diferenciado. Assim, aquele poderia circular pelas diversas instituições da região de saúde, dependendo das necessidades de cada instituição, obedecendo embora a direitos sócio-profissionais e segundo regras bem definidas nos respectivos concursos de provimento. Provavelmente, este modelo conduziria a maior rendibilidade de recursos humanos.

Em suma, tenho a consciência de que a abordagem que fiz é polémica. Mas a intenção foi provocar o debate, sugerindo que, a propósito, outros colegas exponham os seus pontos de vista a veicular através da Acta Pediátrica Portuguesa, os quais, por sua vez, poderão ser contributos muito válidos e bases de trabalho para a tutela.