



SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA
Rua da Tóbis Portuguesa, 8 – 2º sala 9 – 1750-292 Lisboa
Tels. 217520570/8 – Fax 217520579
E-mail secretariado@spmi.webside.pt Site www.spmi.pt

Exmo Senhor
Ministro da Saúde
Professor Doutor António Correia de Campos

Excelência

A Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), como representante dos internistas portugueses, não pode deixar de responder ao repto de V. Exa e vem por isso apresentar o seu contributo para a discussão pública da Proposta de Rede de Urgência apresentada no passado dia 30 de Setembro.

Este é um assunto a que os internistas atribuem particular atenção, pois temos consciência de termos sido ao longo das últimas décadas o principal suporte das urgências hospitalares do país, suportando o trabalho mais pesado que nestes Serviços se produz.

Os internistas assumem de um modo geral a chefia das equipas, estão nas triagens, nos balcões de atendimento, nas salas de intermédios e nas salas de observações (SO). Na prática os doentes que se dirigem a uma urgência hospitalar passam todos por nós, quer os que realmente ficam a nosso cargo (a maioria), quer os que depois são encaminhados para as restantes especialidades (e frequentemente retornam à Medicina Interna). A Medicina Interna constitui a placa giratória que tem assegurado os Serviços de Urgência (SU). Temos por isso uma responsabilidade particular e uma sensibilidade única para a discussão desta reestruturação. Se a Reformulação dos Serviços de Urgência tem os doentes como principal alvo dos eventuais benefícios que trará, terá nos médicos, e nos internistas em particular, os seus principais executores que serão também os principais sacrificados se deste processo não sair um melhor sistema de rede de Urgências.

Para enquadrar a discussão permitimo-nos transcrever:

“ a new drug cannot be introduced... without exhaustive scientific trials, but we usually introduce new ways of delivering health services with little or no scientific evaluation. We rationalise, change and formulate new systems, often based upon economic and political imperatives, and yet rarely evaluate their impact upon patients. Significant morbidity and mortality may be associated with new models of healthcare delivery. If healthcare system changes were submitted to the same scrutiny as new drug evaluations, they would probably not even be allowed to move from the animal to the human experimentation stage”

Hillman, K (1998) Restructuring hospital services. Medical Journal of Australia, 169(5):239

A Proposta de Rede de Urgência apresentada parece-nos ter ficado aquém do necessário, e o que nos levanta maiores preocupações são os aspectos que não foram tidos em conta na sua elaboração.

As primeiras páginas do documento são a definição do método de trabalho usado pela Comissão, definindo Níveis de Serviço de Urgência, Tempo de resposta, Tempo de trajecto, Pontos de rede por capitação, Mobilidade sazonal, Risco de trauma e Risco industrial e a Actividade mínima previsível do SU. As restantes são uma longa justificação, aplicando caso a caso os critérios definidos no início. Ressaltam imediatamente a quem lê essas páginas iniciais, quatro lacunas fundamentais, que poderão vir a implicar erros graves na aplicação caso a caso da proposta apresentada, nomeadamente:

- 1) A ausência de definição de actividade máxima aceitável para cada nível de Serviço de Urgência
- 2) Inexistência dum estudo de adequação dos recursos humanos existentes a esta nova realidade
- 3) Opção por capitações definidas para realidades completamente distintas das nossas
- 4) Falta de definição da qualificação técnica do pessoal e sua quantificação, para os diversos níveis de Serviço de Urgência previstos

Esclareçamos melhor as nossas preocupações:

- 1) Há alguns anos atrás o SU do H. S. José em Lisboa, tinha uma afluência média de 1200 doentes por dia, e apesar dos crescentes meios técnicos e humanos postos à sua disposição por sucessivos Ministros da Saúde, não conseguia deixar de funcionar como um “Hospital de campanha”, mesmo sem estarmos, felizmente, em guerra. O Hospital de S. Maria defrontava-se com situação idêntica. Os antecessores de V. Exa. decidiram então a descentralização das Urgências de Lisboa para outras três novas localizações, com imediata melhoria da qualidade de atendimento em todas elas.
Não estando em todo o documento, definidos os máximos e mínimos previstos de afluência média de doentes e as respectivas dotações em termos de pessoal, para o regular funcionamento dum determinado nível de Serviço de Urgência, receamos que este aspecto não tenha sido tido em conta neste estudo e que se corra o risco de voltarmos a ter “Hospitais de campanha” nalguns hospitais, por força do encerramento de alguns dos pontos de atendimento actuais.
- 2) Não vimos nesta Proposta qualquer referência aos quadros humanos necessários ao funcionamento dos Serviços de Urgência, seu enquadramento e regime de trabalho. Nem mínimos nem máximos, nem de enfermeiros nem de médicos. A proposta de reestruturação das urgências deverá contemplar / estipular as necessidades das equipas, para os vários níveis de SU e para as diferentes frequências de atendimento. Sem este estudo prévio poderemos estar a avançar para uma reforma impossível de concretizar, ou em que a concretização irá contra o seu desígnio – melhoria das condições assistenciais da rede de urgências .

- 3) A definição dos Pontos de rede por capitação foi baseada nas realidades de países como os EUA, a Dinamarca, a Noruega, a França, a Suécia, a Islândia, a Finlândia e o Reino Unido, países onde a Medicina tem contornos bastante distintos dos nossos, e onde, em alguns casos, os índices de qualidade global da Medicina são inferiores aos Portugueses. Destes países a França, país em que Medicina Interna, como em Portugal, tem uma intervenção de destaque nas urgências, define 110.000 habitantes por SU Médico Cirúrgico ou superior. No entanto a Comissão preferiu os 200.000 habitantes da Finlândia e do Reino Unido, parecendo sempre mais preocupada com o tempo de acesso do que com a qualidade do atendimento. Curiosamente não foi tida em consideração a realidade do país vizinho, a Espanha, que em muitos aspectos tem uma realidade muito mais próxima da nossa e em que as capitações também são mais baixas, embora variem nas diferentes autonomias.

- 4) A SPMI sente alguma preocupação por não ver, neste documento, definidas as qualificações do pessoal médico que deverá trabalhar nesta nova rede de Urgências. A Medicina Interna tem sido o garante do funcionamento dos SU, e parece-nos que assim deverá continuar a ser. Apesar de estarmos abertos à discussão de novos modelos de constituição de equipas de urgências, e sua adequação aos vários períodos do dia e noite, bem como a uma melhor interacção destas equipas com o restante hospital, achamos contudo que a Medicina Interna deverá continuar a ser em simultâneo o motor e o suporte essencial da urgência hospitalar. Para a definição da qualificação técnica do pessoal de Medicina Interna para os diversos níveis de SU, em função da afluência prevista, relembramos o trabalho elaborado pelo Colégio da Especialidade de Medicina Interna e publicado na revista da Ordem dos Médicos em Dezembro de 2005 (ano 21 – nº63), “A Medicina Interna e os serviços de urgência hospitalares”.

A reorganização da Rede de Urgência é uma medida estruturante do nosso Sistema de Saúde que urge realizar e que se justifica plenamente pela necessidade de garantir melhores e mais acessíveis cuidados de saúde em situação de urgência aos portugueses. Os internistas estão seriamente empenhados em que esta sua reforma seja um êxito, e o contributo que apresentamos visa tão somente esse objectivo. Saiba V. Exa Senhor Ministro da Saúde que poderá contar com toda a nossa colaboração que considere útil.

Lisboa, 17 de Outubro de 2006

A Direcção da SPMI

A. Martins Baptista
(Secretário-Geral da SPMI)