

DIÁRIO DE NOTÍCIAS	19.001.1974	COMÉRCIO DO PORTO
SÉCULO		DIÁRIO POPULAR
JORNAL DO COMÉRCIO		DIÁRIO DE LISBOA
PRIMEIRO DE JANEIRO		CAPITAL
JORNAL DE NOTÍCIAS		REPÚBLICA

Urgência hospitalar

(contribuição para a análise do problema)

por **JOSÉ LUÍS MATOS**
e **MARIA ODETE ALMEIDA**

1—Urgência, um problema discutido

O problema do banco dos hospitais não é de hoje e desde sempre tem suscitado no público vivas reacções, algumas vindas a lume na imprensa diária. Ultimamente, com o agravar das condições de funcionamento e com a maior preocupação da imprensa por estes problemas, temos assistido a uma maré crescente de artigos, reclamações e reportagens, uns mais objectivos que outros, uns mais informados que outros, mas todos contribuindo para chamar a atenção do grande público para o problema.

Por exemplo, e ao acaso dos últimos dias, vemos a notícia referente aos democratas da Póvoa de Santa Iria, que dedicaram o seu domingo de trabalho à limpeza do banco do Hospital de S. José. «(...) Isto já não vai com limpeza! Só construindo de novo! (...)» E outra, referindo que o grupo de trabalho nomeado pelo secretário de Estado da Saúde deu sobre o problema da urgência hospitalar o parecer de que «(...) tal problema mais não é do que um epifenómeno da crise geral do sistema hospitalar (...)».

Parece-nos assim oportuno contribuir com mais alguns dados para a discussão pública. Tanto mais que o Programa do M. F. A. aponta claramente o objectivo (criação de um serviço nacional de saúde), mas é evidentemente omissa no que diz respeito às acções imediatas a tomar.

2—Análise sumária de alguns dados:

Consideremos então o quadro I onde se resume a evolução da procura de cuidados urgentes nos estabelecimentos oficiais de Lisboa:

SERVIÇO DE URGÊNCIA	1971		1972		1973	
	N.º Utens.	Aumento	N.º Utens.	Aumento	N.º Utens.	Aumento
Banco de S. José	95.463	+5,6	97.252	+1,9	111.632	+14,8
Consulta permanente da Estrela	31.200	+36,1	35.780	+14,7	45.517	+27,5
Consulta permanente Curry Cabral	4.320	+72,0	2.943	-31,9	3.153	+7,1
Hst. N.º 15 de C.º	10.505	+170,4	13.611	+29,6	14.738	+8,3
Hst. Alfredo da Costa	17.765	+0,8	18.149	+2,2	19.441	+7,1
Banco de St.ª Maria	77.931	+14,3	89.073	+14,6	98.303	+10,5
TOTAL	237.184	+9,7	250.810	+5,7	292.884	+16,8

(a) Das quais 3.725 foram transferidos para St.ª Bárbara

Fonte: Estatísticas internas HCL, HSM, e MAC

O facto mais saliente à primeira vista é o aumento em valor absoluto da procura. Não se

Mesmo o observador mais desprevenido nota que são excessivamente elevadas as percentagens de doentes internados que «entram» pela urgência. Porquê? O processo normal de internamento deveria ser a ida a uma consulta externa, a verificação pelo médico da necessidade de internamento e a marcação imediata da data de internamento.

O que se passa é que o «engarramento» em certas especialidades da consulta externa e a escassez de camas hospitalares fazem que este sistema seja perfeitamente utópico. Os próprios médicos das consultas externas em muitos casos dirão aos seus pacientes que se apresentem na urgência, como única forma de obterem o internamento.

E nota-se que a situação se agrava com regularidade em todas as urgências, como reflexo do aumento dos utentes e da estagnação dos meios materiais e pessoais disponíveis.

E aqui que melhor se detecta que a urgência mais não é do que a parte visível ao público de um problema maior e mais complexo — resultante da situação sanitária do País.

Porque, por exemplo, uma das razões determinantes da escassez de camas hospitalares é a alta demora média hospitalar no nosso País — cada doente está de cama no hospital mais dias em Portugal do que na maior parte dos países da Europa. E, como é óbvio, esses dias a mais que um doente fica são dias a menos que a cama está disponível para outro doente.

Outra razão será, por exemplo, a inexistência dos chamados hospitais de 2.ª linha, para convalescentes, que leva a que camas de serviços hospitalares permaneçam ocupadas por doentes que podiam perfeitamente

do da Costa, mas aí as razões são óbvias.

Que significa isto? Que a rede de cobertura médica do País, e, no caso, de Lisboa é deficiente. De facto, não devia ser preciso ir ao banco de S. José para suturar uma cabeça partida e receber o soro anti-tetânico. Todo este tipo de cuidados simples

ao hospital A para daí ser enviado a B, com as demoras respectivas e os riscos inerentes.

O nó górdio da questão reside nos doentes traumatizados, que chegam a esperar mais de uma semana no banco de S. José até serem transferidos para serviços onde sejam operados e recuperados. Não sendo possíveis, nes-

em aproveitar o Hospital de Egas Moniz (antigo Hospital do Ultramar) para implantar uma nova urgência. Pois que se tenham em conta os dados da experiência, ou veremos a curto prazo renascer a situação que se pretende atalhar.

Mas não se julgue que esses novos meios, caso venham a organizar-se irão resolver de uma vez para sempre o problema. Os serviços de saúde constituem todo um sistema interdependente, onde não é possível com reformas parcelares obter efeitos globais. Só no quadro de um serviço nacional de saúde, atribuindo à prevenção da doença o lugar prioritário que merece e englobando numa unidade funcional todos os meios até aqui dispersos (hospitais, centros de saúde, postos da Previdência), será possível obter efeitos duráveis na melhoria de funcionamento dos serviços e resultados sensíveis no nível de saúde do povo português.

QUADRO III

Médias diárias de doentes ocorridos em urgência e de doentes admitidos em internamento pela urgência

ANO	1971			1972			1973		
	Secor.	Inter.	%	Secor.	Inter.	%	Secor.	Inter.	%
HCL	387,6	88,0	22,7	409,8	98,4	24	479,8	106,9	22,2
HSM	213,5	40,6	19,0	227,6	42,3	18,5	269,3	42,2	15,6
MAC	48,7	31,8	65,3	49,7	35,2	70,8	52,3	33,8	64,6
TOTAL	649,8	160,4	24,7	687,1	173,9	25,6	801,4	182,9	22,8

deviam e podiam ser administrados a nível de serviços de saúde periféricos. O que reservaria para as urgências hospitalares os casos graves.

Só que estas «pré-urgências» chamamos-lhe assim, não aparecem do ar, é necessário pessoal, são necessários meios materiais e organização. E, sobretudo, necessária uma política de saúde coerente e unitariamente planeada e, sobretudo, coerente e unitariamente executada.

3—Soluções imediatas possíveis

Resta-nos focar ainda pelo menos um ponto controverso: o funcionamento e organização de um serviço de urgência. Os tipos de funcionamento mais conhecidos são a urgência polivalente, a urgência descentralizada, e, mais recentemente, a urgência polivalente com triagem inicial. Mas expliquemo-nos melhor:

3.1. — A urgência polivalente é o sistema utilizado no banco de S. José. Todos os doentes, tenham o que tiverem, se apresentam ali (com excepção das crianças e das grávidas) e vão sendo tratados pela equipa de serviços dotada de especialistas de diversas disciplinas.

Este sistema aumenta o tempo de espera do doente, provoca choques psicológicos, nos casos menos graves, devido à mistura de todos os doentes, sobrecarrega a equipa de serviço e tem, de um modo geral, todas as desvantagens administrativas da centralização (bichas e atrasos no encaminhamento para o internamento dos doentes já assistidos).

3.2. — A urgência descentralizada implica a existência de diversos hospitais, cada um orientado para determinada especialidade. Por exemplo, no de S. José seriam assistidos os doentes de traumatologia, nos Capuchos os doentes de cirurgia, etc. Este sistema comporta um grave inconveniente. É que tem de ser feito um pré-diagnóstico que indique a urgência para a qual o doente deve ser levado. E nem sempre existe quem o possa fazer o que pode levar o doente

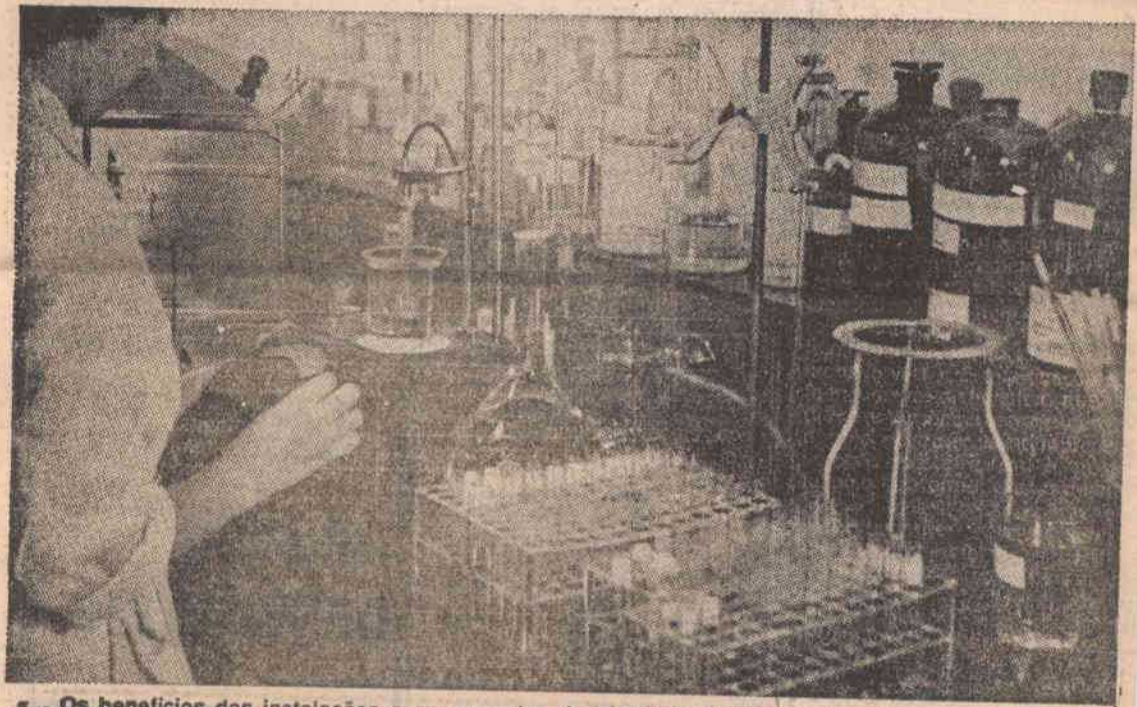
te momento, reformas de fundo numa questão que é apenas um dos muitos pontos quentes da situação hospitalar, talvez fosse possível especializar um dos serviços de urgência de Lisboa (existente ou a criar) em urgências traumatológicas (a triagem até é simples), dotando-o de camas hospitalares de cuidados médicos, complementadas por camas de 2.ª linha, por aproveitamento de sanatórios na periferia da cidade.

3.3. — A solução que tem vindo a ser preconizada entre nós consiste numa urgência polivalente com transformação de todos os serviços de um hospital geral em serviços de urgência.

A fórmula é aparentemente tentadora, mas parece excessivamente dispendiosa. Para transformar todo um hospital em serviços de urgência haverá que dispor de pessoal médico, de enfermagem, técnico e administrativo, em regime de 24 horas diárias em cada serviço. O problema seria de fácil resolução, no momento actual, quanto a pessoal médico, cuja pletoira nos hospitais centrais constitui um verdadeiro quebra-cabeças para o Governo, mas seria praticamente insolúvel quanto a pessoal de enfermagem e técnico, cuja escassez é cada dia mais acentuada.

4—Conclusão:

Muito fica, sem dúvida, por dizer sobre a urgência hospitalar. Com esta intervenção pretendemos fornecer mais alguns dados ao debate público que se esboça e que consideramos indispensável. Fala-se actualmente



«... Os benefícios das instalações e os aumentos de efectivos de pessoal durante o mesmo período (1971-1973) foram praticamente nulos ou inoperantes»

conseguiu ainda deter a procura de cuidados médicos, muitas vezes primários, através da barreira dos serviços de base. A reforma de 1971, que pretendia criar uma rede de centros de saúde, ou não produziu os resultados desejados ou ficou em meio de execução.

Se considerarmos a variação em percentagem verificamos um facto alarmante: é que a procura não só aumenta, como também os aumentos são cada vez maiores.

E, não expresso no quadro, mas facto indeneável, os benefícios das instalações e os aumentos de efectivos de pessoal durante o mesmo período foram praticamente nulos ou inoperantes.

Como os serviços de urgência fazem parte de hospitais, não é de admirar que haja interdependência de problemas. Senão, vejamos o quadro II:

influenciada por diversos factores — a lentidão dos meios complementares de diagnóstico, a falta generalizada de pessoal de enfermagem e de técnicos auxiliares da medicina, e, de um modo geral, a deficiente organização e gestão médicas dos nossos hospitais.

Isto sem chegar sequer ao fundo da questão — a falta de uma organização sanitária verdadeira que procure evitar a doença mais do que curá-la!

Assim, podemos licitamente afirmar que boa parte dos doentes que hoje irão à urgência não deviam estar doentes e não o estariam se o nosso sistema de saúde funcionasse realmente.

O quadro III mostra claramente que a maior parte das pessoas que vão ao banco necessita apenas de observação e de cuidados leves, não sendo sequer internada (exceptuam-se os números da Maternidade de Alfre-

Doentes internados e % de internados pela urgência

ESTABELECIMENTOS	1971		1972		1973	
	Intern.	% ADM. Urgên.	Intern.	% ADM. Urgên.	Intern.	% ADM. Urgên.
HCL	51.190	62,8	50.585	71,0	53.603	72,8
HSM	16.276	91,0	16.761	92,2	16.419	93,8
MAC	12.373	93,8	13.443	95,7	12.854	95,9
TOTAL	79.839	73,3	80.789	79,3	82.876	80,6

Fonte: Estatísticas internas HCL, HSM, MAC