

A PROBLEMÁTICA DOS SERVIÇO DE URGÊNCIA EM PORTUGAL, A VISÃO DE UM MÉDICO DE FAMÍLIA

Pedro Miguel Coelho¹

¹ Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar, USF Ao Encontro da Saúde, ACeS Santo Tirso-Trofa

Ao longo das últimas duas décadas foi criada e continua a ser promovida a falácia de que as urgências hospitalares estão sob pressão por falta de resposta dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Sendo certo que é difícil ter uma resposta hospitalar adequada se os CSP responderem mal às necessidades dos utentes, o contrário também o é.

A retórica tem-se mantido nas duas últimas décadas e é assim todos os anos. Na altura do inverno temos abertura dos telejornais com notícias de hospitais e Serviço de Urgência (SU) em rotura. As urgências dos hospitais enchem-se de doentes com gripe ou com outras complicações devido ao tempo frio.

Focando na realidade da região Norte que é a que conheço e integro, uma vez que existe uma dicotomia não totalmente explicada pela tutela, na resposta e reforma dos CSP na região Norte *versus* a região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e região Sul. Pois na região Norte a percentagem de doentes sem médico de família é inferior a 2% dos inscritos ao passo que em LVT e região Sul haverá cerca de 1200.000 utentes sem médico de família atribuído.

O modelo organizativo de USF trouxe ganhos na consulta programada e na consulta de agudos. Esses ganhos em saúde obtidos estão perfeitamente documentados e identificados e, no entanto, o paradoxo da insuficiente resposta e elevada procura pelos SU continua. Segundo a plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), na região Norte existem 272 Unidades de Saúde Familiares (USF) - 95 modelo A e 177 modelo B - e 94 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), o que equivale a dizer que cerca de 75% dos utentes estão inscritos em USF. O paradoxo é que até 2007, na altura em que arrancou a reforma dos CSP, não existiam USF e já se falava que a sobrecarga dos SU era porque os Centros de Saúde não dão resposta.

Como se explica então isto? Ao contrário de muitos apregoam, certamente que o problema não está do lado dos CSP, nos quais também se verifica que para uma maior oferta de serviços houve um crescimento da procura (em saúde não se verifica a lei da oferta e da procura e o fluxo está invertido). As consultas abertas das USF e das UCSP estão sempre preenchidas e

de acordo com as recomendações da tutela no que respeita a resposta adequada a percentagem de consulta de agudas não deverá ultrapassar mais de 35% do total da atividade assistencial da unidade (*vide grelha DiOr-USF*).

Existe um problema demográfico, a população portuguesa, maioritariamente envelhecida, está especialmente exposta a agravamentos nas condições de saúde provocados pelo tempo frio. Nos SU frequentemente estão idosos e utentes com elevada dependência, muitos dos quais sem apoios sociais ou familiares e são autenticamente depositados nos Sus ao mínimo sintoma, desresponsabilizando quem deles deveria cuidar. Quantos idosos vão aos SU apenas porque estão desidratados? Quantos idosos ficam descompensados porque não tomam medicação que deviam ter tomado, muitas vezes porque não as conseguem comprar?

Há também uma crónica desconfiança nos serviços de saúde de proximidade, como os centros de saúde, o que leva a que uma grande parte da população portuguesa siga para as urgências do hospital sempre que tem um problema de saúde. Mesmo que o serviço seja menos eficiente, devido à elevada procura, as pessoas preferem esperar 12 horas numa urgência hospitalar do que serem atendidas em meia hora numa USF. O hospital, enquanto instituição de saúde, ainda permanece na população com uma posição de maior credibilidade. As pessoas preferem ir à urgência porque vão encontrar um médico de um hospital, que consideram erradamente que é mais capacitado do que um médico de família, que passa os exames e as receitas, mede a tensão e pouco mais.

A população portuguesa tem também o mau hábito de se demitir de toda a responsabilidade em relação à sua saúde, transferindo para os médicos toda a responsabilidade, quando as mudanças de hábitos prejudiciais, a alimentação equilibrada, o cumprimento terapêutico e bom senso são completamente ignoradas. Procuram nos serviços de resposta aguda soluções médicas em situações clínicas totalmente desadequadas e que não carecem de observação médica e apenas autovigilância ou bom senso. Isto não invalida que a resposta nas urgências tenha de ser otimizada, mas temos doentes com comuns constipações que

podiam ou repousar em casa ou receber atendimento numa USF e que vão para as urgências hospitalares.

Pese embora já comecem a ser criadas em algumas unidades hospitalares consultas abertas para os doentes com patologia crónica agudizada vigiados nessas instituições, há uma carência muito grande na resposta à doença crónica agudizada e invariavelmente estes doentes vão parar ao SU várias vezes no ano (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Asma, Insuficiência Cardíaca, Doença Psiquiátrica, Doenças Reumáticas, etc.). Estes doentes em muitos casos deveriam ser avaliados pelo especialista/médico assistente que os segue e, em caso de agudização, ao invés de irem parar a um SU onde muitas vezes são observados por tarefeiros e medicados de forma não adequada, na realidade, o que necessitavam, era de uma revisão terapêutica pelo médico que os segue.

Outro problema passa pela resposta tardia dos serviços de Ortopedia, com uma percentagem grande de pacientes com queixas musculoesqueléticas por patologia ortopédica que aguarda observação ou intervenção cirúrgica.

Existem ainda razões estruturais das próprias unidades hospitalares - número de profissionais insuficiente, escassez de material e falta de espaço que leva à diminuição da qualidade assistencial e à progressiva degradação da capacidade de resposta às adversidades, fazendo com que haja um número crescente de utentes internados em macas nas urgências e que os doentes esperem cada vez mais para serem atendidos naquele serviço

Depois existe uma outra causa, à qual nós, médicos, somos totalmente alheios e que muitos desconhecem, que passa pelo modelo de financiamento das unidades hospitalares relativamente ao doente que entra pelo SU. É muito mais rentável a uma unidade hospitalar um utente triado como verde ou azul do que um amarelo ou laranja. Em termos estritamente financeiros, a muitas unidades hospitalares não interessa que diminua o fluxo de utentes pouco ou não urgentes que recorre ao SU. Mas este é outro tema muito mais polémico e delicado que deve ser abordado pelos decisores políticos junto dos conselhos de administração dos hospitais.

Para finalizar, para além do que acima mencionei, o principal problema será cultural e também institucional. Há várias décadas que a figura do médico de família existe e a carreira de Medicina Geral e Familiar existe desde 1990, mas o Serviço Nacional de Saúde ainda não fez entender que é fundamental que a primeira pessoa a que se recorre seja ele. A população devia estar mais sensibilizada para a importância de não ir imediatamente à urgência, mas recorrer aos serviços de apoio 24 horas e recorrer ao médico de família.

