



## PARECER

### Assunto: Parecer da CTAPRU sobre o Estudo de Justificação da Manutenção do Serviço de Urgência do Hospital São Pedro Telmo de Peniche

Em conformidade com o pedido de parecer do Senhor Ministro da Saúde, solicitação essa reiterada pela Senhora Secretária de Estado e Adjunta do Ministro da Saúde, a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências considera que:

Genericamente, trata-se de um dossier que, em coordenação com as forças sociais da área geográfica, desde as empresariais às relacionadas com o socorro, sistematiza argumentos a favor da existência de um Serviço de Urgência Básico em Peniche. Realça-se o carácter abrangente dos temas versados e a forma de apresentação dos argumentos que, embora nem sempre consensuais com as posições da CTAPRU, demonstra correcção e respeito digno de registo.

De seguida descrevem-se as considerações julgadas relevantes, com a menção do argumento e o respectivo esclarecimento.

1. A discussão pública: Considera-se pertinente a análise do presente estudo na medida em que a proposta da não consideração de um Serviço de Urgência Básico em Peniche não era conhecida durante o período de audição pública decorrido em 2006. Assim, é legítimo que Peniche queira apresentar os seus argumentos e que estes sejam esclarecidos.
2. O alegado desperdício da capacidade instalada: O projecto de reestruturação das urgências visa objectivar as reais necessidades de meios nos diversos locais, independentemente da sua prévia existência. Se o argumento da capacidade instalada fosse excessivamente valorizado, seria muito difícil proceder com qualquer reforma na medida em que, claramente, em diversos locais do País, a capacidade instalada é excessiva para as necessidades reais. Antes de reclamar a existência de um Serviço de Urgência como um imperativo para dar resposta às necessidades locais, importa analisar com rigor e compreender a realidade local à luz dos critérios de boa gestão dos meios e recursos.



Considerando que:

- a. Presentemente existe um Serviço de Atendimento Permanente (SAP) no Hospital de Peniche;
- b. Neste SAP são observados cerca de 125 utentes por dia em média (119 em 2006);
- c. Destes, são apenas 5% internados no Hospital de Peniche;
- d. Dos observados no SAP, cerca de 4% são transferidos para outros Hospitais;
- e. Na lotação praticada do Hospital, de 50 camas de internamento, onde são internados cerca de 1500 doentes por ano, a taxa de ocupação é de 59,6% e a demora média de 7,4 dias;
- f. A produção cirúrgica é de cerca de 900 operações por ano;
- g. A produção na Consulta Externa é de cerca de 10.700 consultas por ano (a média do grupo de referência NUT III – Oeste é de 23.108);
- h. Existe uma proporção de número de médicos no total dos funcionários acima da média do grupo de referência (desvio positivo de 29% no que se refere a médicos) e que este desvio associa-se a outro desvio, desta vez negativo, em 35% relativamente ao número de camas quando comparado com o grupo de referência;
- i. No Centro de Saúde, geograficamente contíguo ao Hospital, se realizam em média 4,1 consultas por utilizador (média nacional = 5,1) com um nº de inscritos por médico de família superior ao desejável (1700).

Conclui-se que, possivelmente:

- j. A capacidade instalada de leitos no Hospital é superior à necessária;
- k. Existe uma produção aquém da esperada;
- l. A relativa falta de médicos nos Cuidados Primários motiva o recurso ao SAP como alternativa à consulta programada onde, tendo em conta o perfil da casuística, a maioria das situações observadas no SAP localizado no Hospital são passíveis de resolução em regime de ambulatório tipo consulta.

Nota: Fonte de Dados – Estudo de Dimensionamento Hospitalar na área da Extremadura Oeste – Escola de Gestão do Porto. A interpretação dos dados é da responsabilidade da CTAPRU.



3. A organização dos cuidados de saúde em Peniche:

- a. Analisada a casuística, existe uma realidade que não justifica uma política centrada no Hospital, com um Hospital diferenciado nas diversas valências. A realidade local carece do reforço dos Cuidados Primários como resposta às necessidades das populações, acrescido de capacidade qualificada acrescida para as situações pontuais de emergência (conceito que passa pela emergência pré-hospitalar e não obrigatoriamente pelo Hospital).
- b. No que se refere ao Hospital, a CTAPRU concorda com as conclusões da Avaliação de Unidades de Internamento para Integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados – Hospitais de Nível 1. São critérios para a consideração como unidade de Cuidados Continuados (que o Hospital de Peniche cumpre): Hospitais localizados em cidades com menos do que cerca de 30.000 habitantes, existência de outro Hospital a menos do que 60 minutos de tempo de trajecto, capacidade inferior a 100 camas, possibilidade de espaço para fisioterapia e reabilitação, taxa de ocupação inferior a 70%, demora média superior a 7 dias, número de altas a utentes com mais do que 65 anos de idade superior a 40% do total de altas (a percentagem de doentes internados em Peniche com mais do que 65 anos é de 54%), entre outros. Pelo descrito, a vocação do Hospital de Peniche é de Cuidados Continuados e não de um Hospital de Agudos.
- c. Como recomenda a organização moderna dos cuidados diferenciados de saúde, o aproveitamento da capacidade cirúrgica instalada deve ser na cirurgia ambulatória e, num Hospital com as características de Peniche, não no Serviço de Urgência.
- d. O aproveitamento da capacidade instalada na área médica é compatível com a missão prioritária dos Cuidados Continuados e, se assim for entendido como desejável, a manutenção de consultoria diferenciada aos doentes observados em Consulta Aberta local (que, em parte, efectivamente corresponde ao já existente no contexto do apoio fornecido no âmbito do SAP). A excessiva percentagem de doentes que são internados na Medicina Interna via o atendimento não programado (90%) denota indiferenciação na organização dos cuidados prestados ou a necessidade de melhor seguir as doenças crónicas em coordenação com os Cuidados Primários de forma a proceder com a prestação de cuidados antes da falência de funções vitais que mandata internamento urgente. Aspectos terapêuticos específicos mencionados como



mais valias do Serviço de Urgência, por exemplo, a utilização de trombolíticos no enfarte do miocárdio, são igualmente passíveis de serem iniciados na fase pré-hospitalar com equipas medicalizadas.

4. A relação entre os Cuidados Primários e o Hospital de Peniche:
  - a. O facto de existir um Protocolo estabelecido desde 1987 denota cuidado no aproveitamento local dos recursos existentes, o que é de louvar mas não pode ser impeditivo de se equacionar novas formas organizativas passados 20 anos.
  - b. Efectivamente, os Cuidados Primários devem assegurar o acompanhamento dos utentes inscritos, incluindo a possibilidade da observação de situações agudas, recentes, não programadas, ainda que não urgentes.
  - c. Há que sistematizar conceitos: urgência médica refere-se a situações onde potencialmente pode haver risco de funções vitais e emergência refere-se às situações onde essa falência encontra-se instalada ou é eminente. Decorre desta sistematização e da análise da casuística local que uma larga percentagem das situações observadas em Peniche são agudas e não programadas, mas não necessariamente urgentes / emergentes.
  - d. Se a opção for no sentido de manter no espaço físico do Hospital uma Consulta Aberta para dar resposta a estas situações agudas não programadas e de manter um Protocolo com os Cuidados Primários para o efeito, essa decisão é de natureza política e decorre da vontade de aproveitar as logísticas e sinergias locais.
  
5. A casuística de atendimentos por dia no SAP aproxima-se do limiar considerado pela CTAPRU:
  - a. Importa assumir uma referência e 150 atendimentos urgentes por dia corresponde à média nacional de atendimentos realmente urgentes por dia num Serviço de Urgência (segundo a metodologia da Triagem de Manchester, já implementada em 55 hospitais nacionais). Efectivamente, embora se assumisse o valor de referência de 150 atendimentos por dia, 33% dos locais propostos pela CTAPRU para ter um Serviço de Urgência têm casuística inferior o que demonstra que este parâmetro não é exclusivo nem só por si determinante do parecer final.



S. R.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

- b. No que se refere aos atendimentos nocturnos (00h-08h), os 8.7 utentes atendidos correspondem a um valor inferior ao preconizado pela Direcção Geral de Saúde para o encerramento de locais de atendimento tipo SAP. Contudo, a CTAPRU pronuncia-se exclusivamente sobre as questões referentes às urgências e não sobre os denominados SAP.
- c. De facto, os SAP, por definição locais de atendimento de situações não verdadeiramente urgentes, não são locais apropriados para a observação de doentes emergentes. Apenas a evolução das realidades locais, sem a necessária sistematização de conceitos, responsabilidades e missões, é permitiu a confusão de princípios sendo que em vários pontos do País se assiste à situação anómala do encaminhamento do doente grave para o SAP. Chegou a hora de clarificar que haverá necessidade de manter uma Consulta Aberta não programada nalguns locais (em substituição do SAP) e Serviços de Urgência efectivos noutros (que não são SAP). A realidade de Peniche, pela tipificação da casuística e todo o enquadramento aqui explanado, melhor coaduna-se com o conceito de SAP - Consulta (até em conformidade com o já assumido pelos interlocutores na própria designação do local de atendimento existente).
6. O custo da observação no SAP de Peniche:
- a. É invocado o facto do custo médio de atendimento ser o 6º mais baixo de entre os Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (43 euros). Existem diversas explicações plausíveis.
- b. Considerando o descrito a propósito da casuística local, é provável que um dos factores mais relevantes seja a circunstância do atendimento corresponder efectivamente a uma consulta (e não a uma urgência, embora assim possa estar a ser rotulada). Numa consulta o nível de intervenção, em número de profissionais e procedimentos, ou ainda na diferenciação destes, não implica encargos acrescidos significativos. Ou seja, é explicação plausível para os custos de atendimento em Peniche serem os de uma consulta a circunstância de, na prática, a prestação de cuidados corresponder em muitas instâncias ao acto de consulta.
- c. Apenas com um estudo de "benchmarking", em que se garantisse um "case mix" de doentes e uma diferenciação dos procedimentos sobreponível, é que se poderia





proceder com comparações com outras realidades tipificadas como Serviço de Urgência de forma a assumir com certeza a afirmação de que as urgências são menos onerosas em Peniche, isto é, comparando o comparável.

7. O risco decorrente do turismo:

- a. Embora reconhecendo que existem picos de procura relacionados com a actividade turística no verão, na maior parte do ano a casuística é inferior à considerada no referencial proposta pela CATAPRU pelo que, por esta razão, não existe justificação para a manutenção de um Serviço de Urgência ao longo de todo o ano por causa do verificado em um ou dois meses.
- b. Neste cenário, o que poderá ser relevante é a existência de um serviço adequado às necessidades ao longo do ano com a previsão de um reforço em época de verão.
- c. Considerando o peso relativo dos desportos aquáticos, fará ainda sentido reforçar a capacidade de resposta dos meios de emergência pré-hospitalar, muito especialmente em treino e qualificação na área da emergência médica, seja dos existentes ou dos meios adicionais eventualmente previstos.

8. O risco profissional:

- a. Não se nega a existência de profissões de risco em Peniche. O referido anteriormente pela CTAPRU foi em relação às situações de risco industrial e/ou de sinistralidade acrescido, de acordo com critérios já divulgados. Em Peniche, o que se contesta é se a melhor opção para responder ao risco e à sinistralidade passa pela realidade actual ou pelo proposto pela CTAPRU.
- b. Comparem-se as situações. Presentemente existe uma resposta pré-hospitalar reconhecidamente insuficiente (onde, por admissão própria, faltam ambulâncias, carecem as tripulações em permanência e não existe formação à altura das necessidades, seja em terra ou em mar) que é invocada como justificação para se manter um Serviço de Urgência Básico. Contudo, na prática, o que se tem é um Serviço de Atendimento Permanente que, em relação às verdadeiras emergências, se limita à estabilização dos relativamente raros casos e ao encaminhamento dos mesmos para outras unidades. Alternativamente, o que se propõe, é o reconhecimento de que o que existe em Peniche efectivamente corresponde à necessidade de acesso



MINISTÉRIO DA SAÚDE

- a uma consulta não programada (pelo que deve assim ser assumido na prática) e que faz todo o sentido reforçar a capacidade de estabilização inicial do doente grave no local e durante o transporte até um centro de maior diferenciação em proximidade. Para isso não é necessário um Serviço de Urgência Básico no local mas sim socorristas profissionais em número e com treino suficiente e, se assim for entendido pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, o reforço da resposta medicalizada na fase pré-hospitalar com a possibilidade de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação em apoio.
- c. Desta forma, no que se refere às situações ocorridas em mar ou naquelas relacionadas com o trauma, não é linear que existe atraso no socorro porque não existe Serviço de Urgência Básico. O que é linear, pelo descrito no Estudo em apreço, é que existe atraso no socorro por falta de meios de resposta na fase pré-hospitalar, por falta de qualificação profissional dos envolvidos e pela dificuldade em colocar no terreno equipas medicalizadas. É preciso equacionar correctamente as causas dos problemas e as soluções adequadas. Claramente, socorro eficaz não é necessariamente sinónimo de Serviço de Urgência Básico.
- d. Pelo descrito, em vez de um socorro ineficiente e incapaz no pré-hospitalar, com encaminhamento para um local de observação básica, que acabará por transferir as situações graves, fará mais sentido investir no reforço da capacidade pré-hospitalar com meios diferenciados e o envio (com tratamento em curso durante o transporte) directamente para local com maior diferenciação técnica (Caldas da Rainha). Assim, a imensa maioria dos utentes continuarão a ter acesso a médico a nível local, em consulta programada e não programada, bem como os doentes graves beneficiarão de uma abordagem qualificada mais precoce e uma poupança de tempo na sua referenciação para o local de tratamento efectivo.
- e. Embora se reconheça que, fruto da tradição local e dos conceitos enraizados, esta mudança de paradigma na gestão local do socorro possa ser inicialmente difícil de equacionar e interiorizar, a CTAPRU está convicta que será a solução que melhor serve o interesse do doente realmente urgente e grave na área geográfica em apreço.



9. O tempo de trajecto do local até o Serviço de Urgência:

- a. O critério tempo de trajecto, tal como outros critérios propostos pela CTAPRU, constitui um dado relativo, ainda que muito valorizado. Efectivamente, a circunstância de existir o conjunto IP 6 e IC 1 facilita grandemente o transporte de doentes graves até Caldas da Rainha. Mesmo não existindo as melhores condições de tráfego, é facto que este tipo de doente deve ser transportado em veículo de marcha prioritária, com uso de faixas de emergência e onde a barreira do limite de velocidade pode não ser rigorosamente aplicável. Contudo, nas situações onde se respeita o limite de velocidade ou onde existe indicação clínica para o transporte lento, é igualmente verdade que o doente grave deveria ser acompanhado com equipa diferenciada e capaz de proceder com as manobras de reanimação e tratamento necessárias. Esta é a diferença entre o mero transporte e a estabilização precoce durante o transporte.
- b. Ainda sobre o tempo, nomeadamente no que se refere à retenção de ambulâncias no Hospital destino, é possível equacionar melhores formas de organização, inclusivamente prevendo-se a troca de materiais de imobilização (uma causa frequente de espera).
- c. Pelo descrito, genericamente, Peniche encontra-se enquadrada nos tempos alvo propostos e é possível prever um transporte adequado, ainda que tal implique o reforço dos dispositivos presentemente disponíveis no terreno.
- d. Efectivamente, reitera-se a posição que, no contexto geográfico e rodoviário em causa, a deslocação de doentes graves para Peniche com o seu reencaminhamento posterior para outra unidade poderá ocasionar perda de tempo importante para o tratamento diferenciado atempado.

10. No que se refere à eventual sobrecarga de Caldas da Rainha:

- a. Pressupondo a manutenção da capacidade instalada de observação de situações agudas não programadas em Peniche, as transferências verificadas não serão muito mais do que cerca de 2.000 por ano (presentemente são cerca de 1.800), o que corresponde a 5 a 6 doentes por dia (algo que não é significativo, especialmente quando se considera que uma percentagem destes já são presentemente encaminhados para Caldas da Rainha).





11. O crescimento demográfico:

- a. Repetidamente, a CTAPRU tem defendido que a definição dos pontos de rede de urgência é um processo dinâmico sujeito a reavaliação e ajustamento ao longo do tempo consoante a evolução dos variáveis considerados.
- b. Para esse fim, foi previsto (e recentemente criado) o GARU (Grupo de Acompanhamento da Requalificação das Urgências) que integra a Direcção Geral da Saúde, as Administrações Regionais de Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde, o Instituto Nacional de Emergência Médica e a CTAPRU.
- c. Admite-se a hipótese de, em Peniche, como noutros locais, existirem desenvolvimentos que justifiquem uma reapreciação da situação. Contudo, na presente realidade, reitera-se o parecer assumido até à data.

12. O desenvolvimento sócio-económico:

- a. A CTAPRU é uma Comissão Técnica que se pronuncia estritamente no âmbito técnico relacionado com a saúde e a resposta às situações de urgência / emergência médica. Considerações para além desta esfera de acção são de outra natureza, inclusivamente de opção política, que não da competência da CTAPRU.

13. Em resumo, são pontos a realçar:

- a. O que existe em Peniche é uma realidade caracterizada pela necessidade de investimentos apreciáveis na fase da emergência pré hospitalar, no reforço dos Cuidados Primários, na transformação de um Hospital de Agudos em centro de Cuidados Continuados e pólo de Cirurgia Ambulatória e, no que se refere aos casos não programados, ainda que agudos, a manutenção da acessibilidade a médico.
- b. Na prática, com a capacidade instalada, isso consegue-se com o reforço da emergência pré-hospitalar e a manutenção de uma Consulta Aberta no local. Bem entendida a realidade, no que se refere ao Hospital de Peniche, a proposta de Consulta Aberta não difere grandemente do já existente, nem em substância nem até no tipo de designação do local de atendimento (que já é SAP). O<sup>a</sup> SAP deve permanecer um local de consulta não programada e a emergência médica deve implicar a estabilização antes do Hospital e o encaminhamento directo para centro mais diferenciado em grande proximidade.



## MINISTÉRIO DA SAÚDE

- c. Admite-se que na época de verão / Agosto, com um acréscimo significativo da população, seja adequado equacionar um reforço da capacidade de resposta em meios no local de atendimento de doentes e/ou na emergência pré-hospitalar qualificada, decisão essa dependente da análise da respectiva Administração Regional de Saúde e do Instituto Nacional de Emergência Médica.
- d. O alegado prejuízo e risco da não consignação de um Serviço de Urgência Básico em Peniche decorre da incompreensão da visão global e abrangente da situação presentemente vivida e do proposto pela CTAPRU.

Em conclusão:

A CTAPRU aprecia a atitude positiva que caracterizou o Estudo apresentado pela Câmara Municipal de Peniche.

Na análise da CTAPRU alguns dos argumentos invocados não podem deixar de ser rebatidos em termos muito explícitos, sendo certo que se pretende manter o mesmo ambiente de cordialidade e debate democrático.

A CTAPRU encontra-se convicta de que as soluções por si propostas são as mais correctas e reafirma o parecer divulgado no seu Relatório de Janeiro de 2007. É de salientar que a respectiva Administração Regional de Saúde apoiou esse parecer da CTAPRU e que o INEM foi ouvido.

Porto, 08 de Julho de 2007

---

António Marques  
Pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências