

Queremos Mesmo Melhorar as Urgências em Portugal?

Can We Really Improve Emergency Services in Portugal?

Maria da Luz Brazão ^{1,3*}, António Martins Baptista^{2,3}

*Corresponding Author/Autor Correspondente

Maria da Luz Brazão [mlbrazao@hotmail.com]

Av. Luís de Camões, nº 57 9004-514 Funchal

ORCID iD: Maria da Luz Brazão <https://orcid.org/0000-0002-2584-1573>

doi: 10.48687/ljsj.130

Keywords: Crowding; Emergency Service, Hospital/organization & administration; Hospital Bed Capacity

Palavras chave: Capacidade de Camas Hospitalares; Serviços de Urgência Hospitalar/organização e administração; Sobrelotação

Introdução

Os Serviços de Urgência (SU) hospitalares, fruto das decisões erradas que foram tomadas nos últimos anos, com redução significativa da acessibilidade ao SNS, nos cuidados de saúde primários e hospitalares, transformaram-se na porta de entrada do hospital e, por isso mesmo encarados, para o bem e para o mal, como o seu cartão de visita.

Com a crise mundial (económica em 2008 e pandémica em 2020-2022), a procura pelos cuidados de saúde prestados em ambiente de urgência, especialmente pela população de mais escassos recursos, tem aumentado exponencialmente, condicionando a sobrelotação dos mesmos, especialmente nos picos sazonais de maior afluência, como é o caso da gripe e/ou COVID-19. De facto, nos hospitais, os SU foram aqueles que mais sentiram os efeitos da crise, passando a assumir grande parte da prestação de cuidados de saúde à população. Esta constatação explica o mediatismo que os SU têm tido nos últimos tempos junto dos média.

A crise económica que atravessamos tornou a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) um dos temas mais importantes da atualidade, sendo os gastos em saúde uma preocupação para administradores e gestores de unidades

hospitalares autónomas. As previsões mostram que este problema tende a agravar-se no futuro, não só pelo progressivo envelhecimento da população com consequente aumento da prevalência das doenças crónicas e das comorbilidades, como também devido ao desenvolvimento tecnológico e científico com a consequente disponibilidade de terapêuticas e meios complementares de diagnóstico de custo crescente.¹ Acresce-se que os recursos humanos médicos passam por uma crise tripla: organizacional, geracional e circunstancial. Sobre a crise organizacional, que deveria ter sido evitada há mais de 10 anos, falaremos de seguida. Passamos por uma crise geracional porque estamos no pico inferior da formação de especialistas, ao mesmo tempo que há um número muito grande de médicos a reformar-se. Este fenómeno, que se replica um pouco por toda a Europa, foi agravado por uma realidade que ninguém previu. Em França, no Reino Unido e presumimos que em Portugal, a nova geração de médicos não está disponível para trabalhar a mesma carga de trabalho que a geração anterior. Em França serão necessários 3 médicos para substituir um que se reforma. A crise circunstancial advém das anteriores, e junta um profundo desalento que atravessa os profissionais e os empurra para os ordenados, várias vezes superiores, que se praticam noutros países e nos sistemas de Saúde privados.

1. Serviço de Medicina Interna do Hospital Central do Funchal - SESARAM EPERAM. 2. Serviço de Medicina Interna, Hospital Beatriz Ângelo 3. Núcleo de urgência e do Doente Agudo da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (NEUrgMI).

Recebido/Received: 22/09/2022 – Aceite/Accepted: 23/09/2022 – Publicado online/Published online: 30/09/2022 – Publicado/Published: 30/09/2022

© Author(s) (or their employer(s)) and Lusiadas Scientific Journal 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Lusiadas Scientific Journal 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

Perante esta realidade, gerir os SU com eficácia e eficiência, obtendo benefícios/ganhos na saúde e qualidade nos serviços prestados aos utentes, com os recursos humanos, técnicos, económicos e estruturais muito limitados, é um desafio permanente dos chefes de equipa de urgência e gestores, especialmente os que verdadeiramente se preocupam com a qualidade da prestação dos serviços de saúde aos doentes.

O que temos de mudar na abordagem do doente agudo ou agudizado em Portugal?

Apesar do mediatismo à volta dos serviços de urgência ser um fenómeno crescente desde o início do século XXI como já referido atrás, já desde o século passado, mais propriamente a partir da década de 50, que muitos autores se dedicaram ao estudo de problemas à volta dos SU em todo o mundo, tendo desde então surgido na literatura vários artigos sobre esta temática.

Um facto curioso que merece aqui ser salientado, é que a maioria desses artigos faz referência ao fenómeno “sobrelocação” como fator determinante da disfuncionalidade dos SU estudados. Os inúmeros relatos de sobrelocação levantaram dúvidas sobre a capacidade de os sistemas de saúde providenciarem cuidados de saúde rápidos e seguros, dúvida essa reforçada pela natureza imprevisível da doença e lesão aguda.² Apesar da OCDE apontar como principal razão para a sobrelocação dos Serviços de Urgência Hospitalares (SSUH) o défice de acessibilidade do doente ao Sistema de Saúde, a verdade é que a mesma está envolta numa série complexa de problemas e questões: quais são as causas da sobrelocação? Quais as suas implicações? O que é que os profissionais dos cuidados de saúde podem fazer para ajudar?

A ponderação das potenciais soluções para o problema requer uma compreensão dos fatores legais, sociais e económicos, diretamente relacionados com os cuidados de saúde, explicativos da situação vigente.³⁻⁵ Impactados pelo aumento progressivo do volume de doentes, a SSUH continua a ser um assunto relevante. Num inquérito feito em 2006 a dirigentes das unidades de saúde, 90% dos diretores hospitalares reportaram sobrelocação do SU, evidenciando ser um problema.⁶ Num inquérito feito há três anos a 11 hospitais do nosso país, aleatoriamente distribuídos de norte a sul, apurámos que, independentemente do tipo de equipas que lá trabalham, todos têm sobrelocação.

A SSUH é um problema de âmbito mundial, sendo um tema complexo e desafiante, que assume particular importância, atendendo às consequências que lhes estão associadas para: i) os profissionais de saúde (redução do nível de satisfação e

da produtividade médica, problemas com a rotatividade de pessoal, *burnout*, falta de comunicação, erros de decisão e aumento do erro médico); ii) para os próprios SU que se tornam disfuncionais (aumento do tempo de espera, atrasos na admissão hospitalar, aumento do tempo de internamento e da mortalidade global e a curto prazo); iii) para o doente, com redução da acessibilidade, da qualidade e mau prognóstico.

A causa da sobrelocação é apontada pelos autores como sendo multifatorial, mas o problema reside essencialmente a montante e a jusante. O envelhecimento da população, com o consequente aumento de internamentos e a escassez de camas hospitalares são considerados como preocupações públicas, económicas e de saúde. De acordo com Lo *et al*⁷ os longos tempos de espera pela disponibilidade de camas hospitalares e a SSUH representam dois problemas frequentemente observados.

Relativamente ao problema a montante, dados recentes mostram que em Portugal, desde 2013, ocorreram em média seis milhões de atendimentos de urgência hospitalar por ano, sendo que cerca de 45% destes episódios não são prioritários, segundo a triagem de Manchester. Estes números têm tido uma tendência crescente, à exceção do ano de 2020. Outro fator que afeta a sobrelocação dos SU, apontado pelos autores, é a disponibilidade de camas de agudos no internamento, que depende não só do seu número físico, mas também da sua gestão. A gestão do acesso e dos percursos nos cuidados em doença aguda, ou agudizada, é um problema identificado há décadas em Portugal. As tentativas de resolução abrindo serviços e realocando os mesmos recursos existentes não têm sido eficazes, pois ao criarem mais oferta, geram maior procura, saturação dos serviços e entrada num círculo vicioso de reforço contínuo e nunca suficiente. Quanto mais for noticiado que dotamos o SU com maiores espaços, mais dinheiro e mais profissionais, maior é o sinal que damos aos doentes para os procurarem.

É urgente por em marcha uma estratégia para a resolução deste problema, que tem de passar obrigatoriamente pela reestruturação dos serviços de saúde, hospitais e Cuidados de Saúde Primários (CSP), que permitam alternativas válidas ao recurso indiscriminado às urgências, atuando nos determinantes que a montante e a jusante condicionam a acessibilidade, e na adequação dos serviços oferecidos, numa perspetiva de investimento estratégico, promovendo a melhoria efetiva da qualidade dos serviços e da saúde dos portugueses.

Preocupados com os problemas das urgências e empenhados em encontrar soluções para a sua resolução, os colégios das 2 Especialidades basillares na abordagem do doente agudo e agudizado, Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar (MGF),

após um processo de reflexão e definição de objetivos, sobre e para a resolução da situação atual, desenvolveram um documento de consenso, no qual nos revemos, e que traz uma nova visão estratégica, sobre o que temos de mudar no atendimento destes doentes em Portugal.

A visão de futuro para os SU hospitalares, tem de passar de uma visão centrada na hipertrofia dos SU, para uma visão integradora, focada na otimização da gestão, e natural redução da procura de cuidados no SU, e que tem por base os 7 pontos descritos de seguida:

1. Identificação e integração dos utilizadores frequentes dos serviços urgentes numa estratégia de abordagem multidisciplinar

A perspetiva de quem gere deve ser tripla: rever os procedimentos implementados e avaliar a sua eficiência, melhorar a oferta de serviços e reduzir a procura.

Um fenómeno que é crescente que se verifica nos SU portugueses consiste numa pequena quantidade de utentes que geram múltiplos episódios de urgência no seu hospital de referência, ao longo de 1 ano (utilizadores frequentes (UF) > 4 episódios, hiperutilizadores (HU) > 10 episódios). Estes UF e HU incluem-se nos 45% de doentes triados como verdes e azuis, pela triagem de Manchester e que devem ser orientados para um caminho alternativo ao SU através duma solução integradora. A utilização frequente e hiperatualização dos SU ocorre em dois tipos de situações: i) situações não prioritárias relacionadas com características da sua doença, literacia, autogestão, situação psicossocial e financeira do doente, bem como deficitárias estruturas de retaguarda e de apoio social; ii) Situações prioritárias, relacionadas com insuficiente gestão da doença crónica, com ou sem motivações do foro social, financeiro ou outras. A atuação deve ser centrada em estratégias de abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos assistentes no Hospital e nos CSP, equipa de saúde, assistentes sociais, psicólogos e elementos locais das autarquias da Proteção Civil. As respostas, ao levarem o doente a sentir-se confortável com a sua doença / receios, garantindo medicação, alojamento adequado e apoio de retaguarda, acabam por reduzir significativamente o recurso destes doentes aos SU (quer hospitalares quer nos CSP).

2. Gestão Integrada do doente crónico

A - Mudança do ponto de entrada dos doentes crónicos na estrutura Hospitalar

Em cada Hospital e ACES/USF, deverá haver contactos focais que servem de ponte entre as várias valências do SNS,

funcionando como um sistema de vasos comunicantes, ou seja, um canal de coordenação e de alocação do doente crónico à estrutura do SNS, centros de diagnóstico e tratamento, integrados numa rede efetiva de comunicação em tempo real entre os vários níveis de cuidados (Hospitais de dia, Unidades de diagnóstico rápido, Unidades de internamento curto, atendimento a tempo e horas, hospitalização domiciliária entre outros). Esta dinâmica de gestão integrada do doente, mantendo-o no seu ambiente, evita o seu recurso aos SU, reduz os internamentos hospitalares e o risco de infeção.

B - Equipa multidisciplinar interinstitucional (ACES/Hospital), com médicos de ambas as especialidades, psicólogos e apoio social

Esta equipa irá gerir e orientar os Utentes identificados como UF ou HU dos SU (não urgentes) promovendo a reeducação para a melhor utilização dos Serviços de Saúde e a identificação e orientação de outras necessidades de saúde, incluindo as sociais (Psicologia/Serviços Sociais/Proteção Civil). No caso dos Utentes com episódios frequentes de Agudização de Patologias Crónicas estes deverão ser encaminhados para as portas alternativas aos SU identificadas no ponto anterior.

3. Readequação da rede de cuidados à doença aguda nos CSP

Esta é a primeira porta de entrada dos Utentes no SNS, e como tal, deve estar preparada para o atendimento das situações de doença aguda ou agudizada. Para isso, é fundamental adequar os recursos físicos e meios técnicos ao conjunto de tarefas dos médicos de família: i) adequar a lista de utentes em função das suas tarefas tendo em conta picos de afluência; ii) adequar os recursos humanos em função das necessidades locais e da população; iii) alocar horários de consulta aberta flexíveis, sem desvalorizar a consulta programada, nem outras funções nucleares, que, a longo prazo, são a base da redução da necessidade do recurso ao SU; iv) organizar o atendimento fora-de-horas numa lógica de acessibilidade e de custo-efetividade; v) aprofundar os mecanismos de autonomia organizativa, funcional e técnica de cada equipa de saúde e promover a integração em rede com outras unidades dos CSP e com os serviços hospitalares de referência, incluindo os SU.

4. Estratégia para Educação em Saúde sobre a utilização dos Serviços de Saúde urgentes (CSP e SU)

A literacia em saúde é basilar, sendo uma prioridade nas organizações de saúde, devendo ser vista como um investimento estratégico e programado. Sabemos que a educação é um dos processos chave para a mudança de comportamento. A curto

prazo, é fundamental capacitar os cidadãos para uma utilização racional dos serviços de saúde existentes, com orientações simples e claras sobre os procedimentos, em caso de doença súbita ou agudizada. O reforço das linhas telefónicas ou telemáticas demonstrou eficácia durante a pandemia, e pode ser direcionado para um objetivo educativo, e para a melhoria da literacia da população.

5. Novas Interfaces de Comunicação com o Sistema de Saúde

A transformação digital na área da saúde é já uma realidade. Utiliza soluções inovadoras de assistência aos doentes baseada em dados e evidências em tempo real, levando a melhorias no sistema de saúde a nível individual, populacional e organizacional. A este propósito, importa aqui referir que o seu sucesso depende da capacidade instalada da oferta e da literacia / versatilidade técnica da população. Para aumentar a eficácia de todo este processo, torna-se importante a criação de um sistema informático transversal a todas as estruturas públicas e privadas, ao que deve estar subjacente uma base de dados nacional de acesso médico codificado para cada doente.

A telemedicina e a saúde digital têm o potencial de melhorar o compromisso dos doentes com a sua saúde, melhorar a decisão partilhada pelo aumento da sua literacia e ajudar os profissionais de saúde na prestação de cuidados aos doentes. A saúde digital é, no fundo, uma parceria entre o doente e o seu médico assistente, na gestão das suas doenças crónicas ou agudas, gerando uma melhor saúde.

Prevê-se que, no futuro, o médico vai ser dependente da tecnologia digital, e a literacia tecnológica vai ultrapassar o conhecimento clínico. Segundo o *report 2022 "clinician of the future"*, de 2021 para 2031, o conhecimento científico do médico passará de 71% para 45%, a literacia tecnológica será de 50% e o doente estará no centro de tudo a coordenar a sua saúde / doença. No futuro, as consultas serão maioritariamente virtuais, havendo mais tempo para desenvolvimento pessoal / literacia tecnológica e interação digital com o doente.

6. Reestruturação do sistema de apoio e triagem do acesso aos serviços de saúde

É fundamental existir um sistema de triagem eficaz, capaz de orientar os cidadãos na utilização dos serviços de saúde, através de: i) Linhas de atendimento telefónico ou sistemas telemáticos de triagem, que devem usar protocolos melhorados baseados na melhor evidência científica e validados na prática clínica, ii) Reforço dos meios disponíveis na Emergência Pré-hospitalar, aspeto fundamental na orientação dos doentes, em situação de doença súbita.

7. Reorganização do sistema de referenciação hospitalar

Olhar para os determinantes associados ao tempo de espera para consulta e resolvê-los será fundamental. Da parte dos CSP é necessário reorganizar as listas de utentes, indexando-as à sua complexidade, solucionar o problema de utentes sem o seu médico de família (incentivos para estimular a fixação de profissionais). Da parte dos serviços Hospitalares será fundamental adaptar a alocação de recursos e disponibilidade de consultas a uma lógica situacional de resposta às necessidades reais de saúde da população, assim como organizar e redimensionar a rede hospitalar com base no diagnóstico de situação e no plano local/regional de saúde. A rede de cuidados continuados, e de assistência geriátrica, com recursos suficientes terá de ser dotada para uma resposta eficaz e eficiente, capaz de lidar com os problemas de saúde em tempo útil e evitar a necessidade de recurso aos SU e aos internamentos hospitalares.

Em resumo, esta visão integradora para os cuidados na doença aguda e urgências proposta pelo consenso entre Medicina Interna e MGF terá como consequências: i) "Semicerrar" progressivamente as portas dos SU; ii) promover a literacia e capacitação das pessoas na procura de cuidados; iii) melhorar os algoritmos e a qualidade das respostas do SNS 24; iv) reforçar os meios do INEM; v) criar um processo clínico eletrónico único, com resumos clínicos atualizados; v) diversificar acessos qualificados a cuidados hospitalares e reforçar meios e organização nos CSP.

Conclusão

Se todas estas mudanças forem colocadas no terreno, sendo para isso necessário que a tutela esteja sensibilizada para a necessidade de melhorar o financiamento na saúde, teremos no futuro um cenário para os SU que satisfará dos vários intervenientes (governo, gestores, médicos e doentes). Com esta estratégia, o Governo conseguirá ter SU hospitalares sem sobrelotação, com redução dos custos em saúde, acalmia na relação população-sistema e confiança na qualidade dos serviços. Os gestores terão um maior controlo da sua actividade, melhores números e gastos mais eficientes. Os médicos terão satisfação e reconhecimento nas tarefas desempenhadas, trabalho sem "overload", quadros adequados à procura, diversidade que satisfaça a formação multidisciplinar, relação médico-doente "door to door" e "empoderamento" do chefe de equipa. Estas mudanças associadas a ajustes remuneratórios poderão estancar a sangria de médicos do SNS. Os doentes terão um médico "door to door", maior satisfação e humanização de cuidados, boa qualidade clínica e urgências sem sobrelotação.

Podemos então sonhar com um futuro com:

Uma nova governança hospitalar, onde não há doentes em macas num hospital com camas vagas, com um modelo de

seguimento “door to door” onde as fronteiras entre Serviços se diluem (Cama – Hospital e não cama – Serviço), onde os médicos se deslocam ao doente e não o contrário, e a recompensa é baseada na meritocracia.

Aumento das portas alternativas de acesso ao Hospital e assim nenhum doente crónico em evolução subaguda entra no hospital pela urgência, existe estreita colaboração entre Medicina Interna e CSP, na abordagem do doente agudo ou agudizado, e o hospital sai das suas portas e vai ao encontro do doente (hospitalização domiciliária já no terreno).

Aumento do número de Internistas, e médicos de MGF necessários para assegurar os recursos das portas alternativas, assegurar o ideal das 12 horas de trabalho semanal e para que cada doente tenha o seu Internista e o seu médico de Família.

Redução significativa da afluência ao SU e assim os doentes triados como verdes e azuis terão caminho alternativo ao SU (gestão integrada e multidisciplinar dos UF e HU dos SU), haverá gestão integrada do doente crónico e maior literacia em saúde (doente gestor da sua saúde / doença).

Turnos de 12 horas semanais no SU, que serão possíveis pela redução da afluência e pelo aumento do número de Internista e médicos de MGF.

Para o sucesso de tudo o que foi exposto neste artigo, é essencial adaptar as estruturas existentes, bem como dimensionar o aparecimento de novas estruturas (desde o hospital central até ao centro de saúde) às perspectivas expostas.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio o bolsa ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Declaração de Contribuição

MLB: Conceção e redacção do manuscrito

AMB: Conceção e revisão do manuscrito

Contributorship Statement

MLB: Design and writing of the manuscript

AMB: Design and review of the manuscript

Referências

1. Rodríguez Cerrillo M. Alternativas a la hospitalización convencional en la época de la limitación de costes. *Med Clin*. 2014;143:404-7. doi: 10.1016/j.medcli.2014.02.019.
2. Schull MJ, Szalai JP, Schwartz B, Redelmeier DA. Emergency department overcrowding following systematic hospital restructuring: trends at twenty hospitals over ten years. *Acad Emerg Med*. 2001;8:1037-43. doi: 10.1111/j.1553-2712.2001.tb01112.x.
3. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine. Overcrowding crisis in our nation's emergency departments: is our safety net unraveling? *Pediatrics*. 2004;114:878-88. doi: 10.1542/peds.2004-1287.
4. Rowe BH, Guo X, Villa-Roel C, Schull M, Holroyd B, Bullard M, et al. The role of triage liaison physicians on mitigating overcrowding in emergency departments: a systematic review. *Acad Emerg Med*. 2011;18:111-20. doi: 10.1111/j.1553-2712.2010.00984.x.
5. Rowe BH, Villa-Roel C, Guo X, Bullard MJ, Ospina M, Vandermeer B, et al. The role of triage nurse ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: a systematic review. *Acad Emerg Med*. 2011;18:1349-57. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01081.x.
6. Lobachova L, Brown DF, Sinclair J, Chang Y, Thielker KZ, Nagurney JT. Patient and provider perceptions of why patients seek care in emergency departments. *J Emerg Med*. 2014;46:104-12. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.04.063.
7. Lo SM, Choi KT, Wong EM, Lee LL, Yeung RS, Chan JT, et al. Effectiveness of Emergency Medicine Wards in reducing length of stay and overcrowding in emergency departments. *Int Emerg Nurs*. 2014;22:116-20. doi: 10.1016/j.ienj.2013.08.003.