



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
*Conselho Nacional Executivo*

## **Urgência metropolitana noturna de Lisboa**

A Ordem dos Médicos encara com grande preocupação a concentração das urgências noturnas de Lisboa, sem que sejam publicamente conhecidas as razões da mesma, sem que tenha sido publicado nenhum estudo a fundamentar essa concentração, sem avaliar as consequências da mesma para os doentes e sem que a Ordem dos Médicos tenha sido envolvida.

A Ordem dos Médicos reafirma-se favorável a um grau adequado de reorganização das urgências, com base em argumentos técnicos, o que não pode aceitar é que esta não seja transparentemente discutida e analisada com os médicos, com as associações de doentes e com as autarquias.

Alegadamente, na base da organização desta nova urgência esteve o número insuficiente de médicos disponíveis e o pequeno número de utentes atendidos nesse período. Ora, estes dados não foram divulgados, para que pudessem ser honestamente confirmados. São, por conseguinte, de duvidar.

Pelo menos no que ao número de médicos diz respeito, com base nos dados disponíveis a Ordem dos Médicos considera que a alegação é inverdadeira.

Efectivamente, numa resposta ao Grupo Parlamentar do PCP, reproduzida na imprensa, no final de 2012 eram 25.771 os médicos que trabalhavam no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Destes, 7.031 eram internos e 18.740 médicos especialistas. O ministério de Paulo Macedo diz que se registou um acréscimo de 55 internos e de 2.713 especialistas face ao número de médicos a trabalhar no SNS em 2006. Se o número de médicos aumentou, se estão a ser abertas vagas para centenas de jovens médicos e se já se verificou o encerramento de urgências na região de Lisboa, como a urgência do Hospital Curry Cabral, que compensa a nova urgência de Loures, não se entende como se pode alegar falta de médicos para esta concentração das urgências noturnas em Lisboa.

Aliás, é estranho que se alegue a falta sazonal de recursos humanos e a pseudo-reforma seja implementada já no final da época de férias! O que significa que esta não é a verdadeira razão.



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
**Conselho Nacional Executivo**

Quanto a dados estatísticos em Saúde, recentemente, numa medida de inacreditável censura, o Ministério da Saúde publicou o Despacho n.º 9635/2013, que proíbe a divulgação de dados sem o prévio visionamento do Diretório de Informação em Saúde da Direção de Serviços de Informação e Análise da DGS, mais conhecido pela Lei do Diretório do Lápis Azul. No portal da DGS, os dados estatísticos mais recentes sobre a actividade hospitalar, e mesmo assim agregados, são de 2010! No portal da ACSS, as Estatísticas mais recentes relativas ao movimento assistencial dos Hospitais Centrais, Distritais, de Nível 1 e Centros de Saúde datam de 2005! Quanto à monitorização mensal dos principais dados de actividade, desempenho assistencial e económico-financeiro das entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) também são dados agregados não permitindo, por exemplo, saber quantas cirurgias urológicas de urgência se fazem em Lisboa durante a noite.

Ou seja, sem a divulgação atempada das verdadeiras e discriminadas estatísticas assistenciais de urgência da região de Lisboa, o Ministério da Saúde pode manipular facilmente toda a informação libertada para procurar convencer a comunicação social e a população da alegada bondade e necessidade das suas medidas. Omitindo e faltando à verdade.

A Ordem dos Médicos também recorda que a Grande Lisboa tem o dobro dos habitantes do Grande Porto, pelo que as soluções têm de ser adequadas à demografia de cada região, o que não parece que esteja a ser feito.

**Neste cenário de enorme falta de transparência, a Ordem dos Médicos considera que as razões da reengenharia das urgências de Lisboa (não se trata de nenhuma reforma!) se devem exclusivamente a motivos financeiros (mal avaliados!), sem qualquer preocupação e estudo das consequências para os doentes urgentes, que vão ser prejudicados perante a insensibilidade dos responsáveis da Saúde da ARS-LVT.**

Por exemplo, qual a capacidade das instituições que vão receber essa urgência concentrada para responder ao dobro das necessidades? Há espaço físico suficiente? Serão disponibilizados recursos técnicos e humanos conforme as novas necessidades (chegou ao nosso conhecimento que tal não irá acontecer)? As equipas serão adaptadas às novas realidades e necessidades? O grau de “poupança” justificará os riscos acrescidos para os doentes? Alguém analisou as dificuldades organizacionais e de orientação de doentes decorrentes do facto de algumas urgências saltitarem mensalmente de hospital e hospital?

Porque não foram todas estas matérias devidamente estudadas e publicamente escrutinadas? O que se pretende esconder?



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
**Conselho Nacional Executivo**

Como é possível tomar medidas desta gravidade e impacto sem estudos prévios e públicos?

Quem assumirá as responsabilidades das inevitáveis consequências negativas para os doentes?

De acordo com critérios técnicos e tendo em conta questões demográficas, vão ser mantidas pelo menos duas Urgências Polivalentes na região da Grande Lisboa, pelo menos uma em cada margem do rio Tejo? Menos do que este limiar mínimo, é inaceitável e tecnicamente errado.

*Relativamente a um documento que informalmente chegou à Ordem dos Médicos, já alguns Colégios da Especialidade manifestaram as suas preocupações com as previsíveis consequências, que aqui transmitimos publicamente, pois a ARS-LVT e o Ministério da Saúde não se manifestaram interessados nestes pareceres. Alertamos os Doentes e os potenciais Doentes para que se pronunciem.*



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
**Conselho Nacional Executivo**

**Parecer do Colégio de Neurologia**

“A criação de urgências regionais de neurologia tem particularidades e riscos.

Depois de analisada toda a informação disponível sobre a criação da Urgência Metropolitana de Lisboa, alerta-se para o seguinte:

1. A listagem de emergências neurológicas emitida pela ARS-LVT tem dois problemas:
  - a. É redutora, esquecendo por exemplo as síndromes neurológicas focais de etiologia indeterminada, as infeções complexas do sistema nervoso central, as paraparésias agudas, as cefaleias agudas, além da febre, do coma ou da deterioração do conteúdo da consciência não atribuíveis a causa sistémica ou metabólica;
  - b. Presume que os diagnósticos aleatoriamente escolhidos (AVC, síndrome de Guillain-Barré, crise miasténica, estado de mal epilético) precedem a intervenção do neurologista; na verdade o grande risco é que os cidadãos com estas síndromes não cheguem a ter o direito sequer ao diagnóstico sindromático correto.
2. As falhas de alguns diagnósticos podem não ter consequências imediatas, não sendo notadas, nem causando escândalo público (por exemplo, acidente isquémico transitório, hemorragia subaracnoideia); no entanto, as consequências a prazo poderão ser catastróficas.
3. Ao contrário de especialidades em que há experiências de concentração regional (urologia, psiquiatria, oftalmologia, pediatria), os critérios de recurso a uma urgência de neurologia não são fáceis de identificar por leigos (doentes, familiares), triadores ou mesmo por alguns médicos. Raramente um doente “neurológico” agudo se desloca ao SU para ser observado por neurologia, acabando por ser reencaminhado para o neurologista após observações de outras especialidades;
4. Os doentes raramente são apenas “neurológicos”; as doenças sistémicas têm muitas vezes complicações neurológicas associadas; os internistas necessitam frequentemente que sejam excluídos diagnósticos neurológicos nos seus doentes;
5. Os doentes neurológicos internados necessitam de vigilância especializada;
6. O tratamento agudo do AVC exige rapidez, conhecimento e decisão, devendo ser garantido preferencialmente por neurologistas;



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
***Conselho Nacional Executivo***

7. A observação e orientação de alguns doentes neurológicos são demoradas, quer pela necessidade de execução sequencial de exames complementares, quer pela vantagem em testemunhar a evolução do quadro clínico ou a resposta terapêutica. Será viável a saída de turno do neurologista às 20 horas? Quem assumirá os doentes neurológicos que estão no circuito de diagnóstico ou tratamento? Por razões éticas o neurologista não poderá abandonar os doentes. Mas, é injusto que se fixe um horário de saída que se sabe de antemão que não poderá ser cumprido. Portanto, o horário oficial de saída do neurologista não poderá coincidir com o horário de encerramento da admissão de doentes, devendo haver um desfasamento de pelo menos 2 horas.

O trabalho de racionalização da rede de SU deverá ser feito cuidadosamente, ouvidos os Diretores de Serviço de Neurologia das instituições envolvidas.”



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
**Conselho Nacional Executivo**

**Parecer do Colégio de Urologia**

“Existem no entanto algumas propostas que não parecem realistas e, sobretudo, vários pressupostos que importa assegurar.

O pressuposto básico de uma urgência metropolitana alternando mensalmente entre duas instituições, se bem que aparentemente seja o mais justo para os profissionais de cada uma delas, será forçosamente criador de uma situação de instabilidade e confusão entre a população. Não havendo outra alternativa parece, à partida, que a escala proposta para o hospital primário, de dois elementos, é manifestamente insuficiente. Assumindo uma duplicação do trabalho que corresponderá à junção das duas grandes urgências numa só e considerando que a urologia é uma especialidade cirúrgica, não parece aceitável que sempre que os dois elementos estejam envolvidos na realização de uma cirurgia não reste qualquer elemento que possa acorrer a uma urgência.

Por outro lado, no polo “em prevenção” tanto pela prevenção ao trauma grave já prevista no documento como especialmente pela necessidade de assistência médica aos doentes internados no Serviço (ambos os polos têm Serviços de Internamento em Urologia com movimento cirúrgico significativo) serão necessários, no mínimo, um elemento em presença física e um segundo em prevenção. Não parece portanto que o saldo em termos de recursos humanos apresente significativas vantagens em relação à situação actual com duas urgências em permanência.

O documento é omissivo em relação ao reforço das estruturas físicas de ambos os hospitais, visto que se pretende que a urgência metropolitana funcione alternadamente entre eles. A título de exemplo, no Hospital de Santa Maria existem afectas à urgência duas salas de operações, uma distribuída à Cirurgia Geral e outra para todas as restantes especialidades cirúrgicas, existindo uma possibilidade de abertura de uma terceira sala em caso de emergência que é no entanto muito condicionada por várias carências, nomeadamente de pessoal. Já na conjuntura actual é por vezes extremamente difícil a gestão desta sala face às necessidades de todas as especialidades cirúrgicas, sendo os doentes da especialidade de urologia muito frequentemente adiados em função de outros casos mais urgentes de outras especialidades. Seria completamente irrealista sequer considerar a hipótese de duplicar o número de doentes a tratar por estas especialidades sem um reforço muito significativo tanto do número de salas de operações como, no caso particular da Urologia, em material cirúrgico, nomeadamente endoscópico.



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
***Conselho Nacional Executivo***

Em conclusão, a proposta apresentada parece positiva no que diz respeito ao envolvimento do maior número possível de urologistas, dos diferentes hospitais da área de influência, na prestação de Serviço de Urgência nocturna. Apenas se lamenta neste ponto que tenham sido excluídos, por força do contrato, os 3 hospitais em parceria público-privada que continuam, no entanto, a referenciar os seus doentes para a urgência metropolitana para que não contribuam.

Já no que diz respeito à criação de apenas um polo de urgência em permanência os inconvenientes tanto para o funcionamento de qualquer das duas unidades como, especialmente, para os doentes parecem superar largamente os escassos e duvidosos benefícios em termos de poupança de recursos humanos, conforme explanado acima.”



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
*Conselho Nacional Executivo*

**Parecer do Colégio de Cirurgia Maxilo-Facial**

“Conforme resposta dada à solicitação do Sr. Bastonário em agosto de 2012, para comentarmos a “Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência”, consideramos, então, como hoje, imprescindível que a prestação de serviço de urgência de Cirurgia Maxilofacial seja efetuada exclusivamente por especialistas da própria especialidade, para garantir o superior interesse da população.

Esta direção alerta que no CHLN,EPE não existe a especialidade de Cirurgia Maxilofacial, pelo que a solução para essa situação, sempre na ótica da obrigatoriedade da existência desta especialidade nos SUP/CT, carece de um esforço adicional de adaptação institucional para solucionar esse aspeto.”





**ORDEM DOS MÉDICOS**  
**Conselho Nacional Executivo**

**Parecer do Colégio de Cirurgia Plástica**

“Tem a Comunicação Social veiculado notícias sobre uma iminente reorganização dos Serviços de Urgência Politrauma da Área Urbana de Lisboa com encerramento durante o período nocturno dessa vertente de trabalho pelo menos num dos 3 Centros que actualmente prestam assistência aos Politraumatizados no Sul do País não sendo exactamente claro se este encerramento se estenderá também a outro Centro Hospitalar.

O primeiro comentário prende-se com a funcionalidade actual dos Serviços de Urgência, que tem sido boa, ultrapassando as limitações em recursos humanos com uma gestão de pessoal adequada, graças aos esforços conjugados das Direcções de Serviço de Cirurgia Plástica dos três Centros Hospitalares que têm entre si excelentes relações pessoais e institucionais e uma profícua prática de articulação informal, não justificando, por si só, qualquer alteração do esquema existente.

O segundo comentário prende-se com os aspectos económicos e, de acordo com um cálculo de que tive conhecimento officiosamente, o ganho acumulado resultante do encerramento desta e das valências de Cirurgia Vasculuar e Gastro envolvidas na reorganização referida é residual... num dos centros envolvidos rondaria, pasme-se, cerca de 60 mil euros/ano...

Seja como for, só o natural e indispensável reforço de equipas de especialidade no ou nos Centros Hospitalares que permanecem abertos, sem falar nas despesas envolvidas com o transporte e circulação de doentes entre instituições resultante da necessidade técnica e deontológica de manter a assistência em pós-operatório pelas equipas deslocadas que asseguraram a terapêutica vai arrastar uma despesa incomparavelmente maior.

Isto dito cumpre chamar a atenção para o prejuízo dos Cidadãos que é inevitável...

Numa das Instituições atingida pelo projecto de encerramento, as intervenções em Urgência de Cirurgia Plástica e Maxilo-Facial sob Anestesia Geral foram 423 entre Janeiro e Dezembro de 2012, a que acresce um número bem maior de intervenções em Ambulatório de Urgência que os Sistemas de Gestão das Urgências são incapazes de registar... os atendimentos urgentes desta especialidade no SU desta Instituição rondaram neste período 2800 .

Por outro lado, a ruptura de assistência no período nocturno levará ao adiamento provável por mais de 24 horas do tratamento de um número indeterminado de doentes com prejuízo grave para o seu conforto mas pior, para o prognóstico clínico, acarretando acumulação de trabalho a montante e, a jusante, um risco de distorções na rentabilidade da actividade de



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
*Conselho Nacional Executivo*

rotina dos Serviços.... Poderia ser escalpelizado o conjunto de razões que a isto obrigam... mas, neste contexto, basta que se refira o facto como inevitável.

Abordado em tempos este modelo no âmbito de Reuniões com a ARS de Lisboa e Vale do Tejo, os Directores dos Serviços de Cirurgia Plástica da área Urbana de Lisboa produziram um documento de reflexão entregue que aponta ainda vários problemas, conhecedores profundos da realidade assistencial, logística e organizativa dos Hospitais e da visão global do panorama da assistência da Especialidade no país.

Decerto que, pesado o deve e o haver desta alteração e porque nem sempre mudar é bom e nem sempre concentrar é racional económica e funcionalmente, não parece que o esquema ventilado na Comunicação Social traga outra coisa que prejuízos económicos, funcionais e assistenciais tornando-o irracional.”



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
**Conselho Nacional Executivo**

**Parecer do Colégio de Cirurgia Vascolar**

A implementação de Urgência Metropolitana de Cirurgia Vascolar deveria ter sido precedida de debate informado sobre a capacidade instalada, a rentabilização potencial dos recursos materiais e humanos, incluindo concentração e fusão de Serviços, como aconteceu noutros países europeus (Reino – Unido, área metropolitana de Londres e Holanda, p.ex.), tendo como objectivo a disponibilização de cuidados clínicos especializados à população que serve.

Esse processo deveria ter envolvido, desde o início, os responsáveis dos Serviços existentes, o que não aconteceu. O Director do Serviço de Cirurgia Vascolar do HSM só foi consultado após a decisão tomada para se pronunciar sobre a sua implementação.

A Urgência é uma parte relevante da actividade de Cirurgia Vascolar – corresponderá acerca de 25 a 30% do movimento operatório anual – é diversificada, frequentemente associada a situações de extrema gravidade clínica incluindo o trauma. O seu funcionamento adequado requer médicos treinados, com formação ampla e diversificada e as equipas são, na maioria dos serviços constituídas por 1 interno em presença física 24h e um especialista mais diferenciado em regime de prevenção de 24h.

A concentração da Urgência deveria, pois, constituir o corolário duma reorganização dos Serviços de Cirurgia Vascolar e não o princípio desse processo.

Na análise do problema importa considerar os seguintes aspectos:

1. Na área metropolitana de Lisboa existem 5 Unidades de Cirurgia Vascolar (HSM-CHLN, CHLC, HEM-CHLO, Hospital Garcia de Orta e Hospital Beatriz Ângelo). Destas apenas 2 HSM-CHLN e CHLC prestam serviço de Urgência 24h, sete dias por semana e durante todo o ano.
2. Existem de facto 2 pólos diferenciados em Hospitais Terciários com Urgência Vascolar permanente: HSM-CHLN e CHLC e também por essa razão constituem Centros de Trauma para os casos mais difíceis de politraumatizados.
3. A Urgência Vascolar é complexa, envolve situações potencialmente fatais em doentes com outras co-morbilidades, pelo que se impõe a sua concentração em Hospitais mais diferenciados e com todas as valencias médicas e capacidade de cuidados intensivos.
4. Está em preparação uma listagem de situações e orientações para a referenciação que requer discussão mais completa entre os diferentes responsáveis e com as instituições hospitalares de primeira linha que recebem os doentes e deverão organizar a sua referenciação.



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
**Conselho Nacional Executivo**

5. Este trabalho essencial não foi ainda realizado.
6. Parece claramente aconselhável para aperfeiçoamento dos mecanismos de avaliação dos doentes e da sua referência, e minimização consequente de acontecimentos adversos, que haja estabilidade dos circuitos de referência pelo que se considera menos adequado a alternância mensal proposta entre o HSM-CHLN e o CHLC.
7. Nesse sentido deveriam ser definidos claramente as áreas de referência e organizar a prestação de serviços de urgência vascular nos 2 pólos que prestam esse serviço.
8. A prestação de urgência num serviço único irá requerer no mínimo 3 elementos, 2 em permanência (1 Interno e 1 Especialista) mais 1 Especialista de Prevenção.
9. O quadro de recursos humanos em alguns serviços – nomeadamente no CHLN – é manifestamente insuficiente para a prestação de serviço de urgência único em alternância mensal como é sugerido e a rotação dos médicos não constituirá o processo mais inteligente, eficaz e rentável de assegurar o funcionamento da urgência e do serviço na rotina diária, nem a gestão clínica necessária.
10. As limitações nos horários e na compensação financeira das horas de urgência terá como consequência potencial, e muito grave, transformar os serviços em Unidades de Prestação de Urgência, com compromisso da actividade electiva e de rotina, agravamento potencial das lista de espera, atraso em tratamentos que não sendo urgentes não devem esperar para além do tempo aceitável e compromisso da formação cirúrgica dos Internos e Especialistas mais jovens.
11. O modelo proposto, parece pois disfuncional, certamente sem qualquer economia real e com risco sério de compromisso da actividade normal dos serviços e da articulação com as outras instituições.

Nesse sentido, sugere-se:

A - Adiamento do início do processo para a Cirurgia Vascular para começar em 1 de Outubro de 2013 após preparação adequada e reunidos os requisitos necessários.

B - Manutenção dos dois polos existentes, HSM-CHLN e CHLC, como pilares da Urgência Vascular, com áreas de referência estabelecidas e estáveis.

C - Incorporação de médicos, internos e especialistas, dos outros serviços, sem discriminação o que deverá incluir os profissionais do Hospital Beatriz Ângelo, na prestação de serviço diurno e nocturno no Serviço para onde referenciam os doentes.



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
**Conselho Nacional Executivo**

D - Elaboração e discussão com as diferentes Unidades hospitalares da área metropolitana de Lisboa das normas de referenciação das situações vasculares urgentes.

E - Criação nos serviços, sempre que possível, de Consulta Externa diária (no *dia seguinte*) para referenciação e orientação de casos mais graves mas não verdadeiramente emergentes ou necessitando de actuação cirúrgica em 48h.

F - Debate alargado com os responsáveis dos Serviços e ARS sobre a necessidade eventual de concentração de Serviços de Cirurgia Vascular, redefinição dos seus objectivos e missão e criação de *networking* eficaz.

Em conformidade, entende-se que será prematuro o início da Urgência Metropolitana de Lisboa já em 1 de Setembro, que o modelo de alternância mensal de uma única Urgência é inadequado, pode perturbar significativamente o funcionamento normal dos Serviços, convertendo-os em Unidades demasiado dependentes da Urgência, não beneficia os doentes nem a articulação dos profissionais, não proporciona gestão clínica eficaz e não parece compatível com racionalização de recursos e poupança financeira.



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
**Conselho Nacional Executivo**

**Parecer do Colégio de Psiquiatria (região Sul)**

Considerando a concentração dos cuidados assistenciais psiquiátricos em duas únicas urgências em Lisboa, com a responsabilidade de atendimento dos utentes oriundos de toda a região sul e parte do centro do país, nomeadamente de Vila Real de Stº António, Marvão ou Entroncamento e conseqüentemente encerramento de muitas unidades de atendimento psiquiátrico noturno entende-se o seguinte:

1 - Os organismos tutelares aparentam desconhecer as boas práticas psiquiátricas e as conseqüências prejudiciais para doentes deste foro.

O doente psiquiátrico deve ser assistido o mais perto possível da sua área de residência.

No caso de internamentos compulsivos, ao abrigo da Lei da Saúde Mental o utente deverá ser conduzido ao serviço de urgência psiquiátrica mais próximo da sua residência e não a 300 Km desta.

A qualidade assistencial poderá ficar comprometida pela elevada afluência de utentes e pelo tempo consumido pela gestão das transferências.

Haverá que contabilizar os custos com transportes.

Estranha-se a ausência de envolvimento dos médicos dos Hospitais de Parcerias Público Privada (H. Beatriz Ângelo e H. V. Franca de Xira) na urgência metropolitana de Lisboa.

Lamenta-se que a adoção destas medidas tenha sido efetuada sem qualquer participação prévia do Colégio de Psiquiatria.