

PETIÇÃO Nº 2583/X/2ª

À 10ª Comissão.

17.1.07

76

Fafe, 16 de Janeiro de 2007

Exm.º Senhor Presidente da Assembleia da República

Excelência,

Em nome dos subscritores da exposição anexa, vimos, pela presente, remeter a V. Ex.ª o entendimento perfilhado por tais cidadãos, exprimindo o sentimento de muitíssimos outros, no âmbito e na sequência da audição pública da proposta de definição da rede de serviços de urgências.

Aproveitamos a oportunidade para acrescentar, ainda, que o próprio Presidente da Câmara Municipal de Guimarães afirmou publicamente ser contrário à solução de se integrar o serviço de urgências do Hospital S. José, de Fafe, no Hospital Nossa Senhora de Oliveira, em Guimarães, uma vez que este não manifesta a necessária capacidade de resposta, facto que acentua, ainda mais, as nossas preocupações.

São, precisamente, estas e outras apreensões que motivam a acção de um grupo de cidadãos, no sentido de que a situação concreta que enquadra o funcionamento do serviço de urgências do Hospital de Fafe seja devida e pormenorizadamente discutida e esclarecida. Neste sentido, apresentamos a V. Ex.ª, Excelentíssimo Senhor Presidente da Assembleia da República, uma petição, para que a situação em questão seja discutida nesse órgão.

Com os melhores cumprimentos.

*Américo Oliveira Castro*

À DAC p/10ª  
Comissão anexa  
A da caixa anexa  
com assinaturas.  
07.01.18  
Thomaz

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA
Gabinete do Presidente
N.º de Entrada <u>188066</u>
Classificação <u>18 01 / 1 / 1</u>
Data <u>11 / 01 / 07</u>

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA
Divisão de Apoio às Comissões
CS
N.º Único <u>188066</u>
Entrada/Saida n.º <u>25/10</u> Data <u>2007/01/19</u>

## ENCERRAMENTO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE FAFE

## 1. ENQUADRAMENTO DA SITUAÇÃO

Decidiu o Ministério da Saúde proceder a um Processo de Requalificação das Urgências, designando uma Comissão Técnica de Apoio, constituída por um grupo de médicos, para a elaboração de uma "Proposta de Rede de Urgências", que após o seu aperfeiçoamento através da submissão ao escrutínio público, constituirá a base para uma decisão final do Governo para a aprovação da Rede de Urgências.

A justificação formulada para a requalificação, *"em função do desenvolvimento do País, da evolução das características de procura, da acessibilidade à Rede de Urgências e da modificação da oferta"*, assenta na exigência de *"um sistema organizado e hierarquizado de prestação de cuidados, transporte e comunicações, que concilie um bom nível qualitativo com preocupações de eficiência, através da rentabilização dos recursos disponíveis"*.

A metodologia de trabalho para a elaboração pela Comissão Técnica de Apoio na preparação da Proposta de Rede de Urgências, consignou oito critérios definidores das localizações geográficas dos pontos de uma rede hierarquizada de prestação de cuidados, a saber:

A - Diferentes níveis de Serviço de Urgência (SU) a desenvolver: Serviço de Urgência Polivalente (SUP), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e Serviço de Urgência Básico (SUB). A qualificação destes diferentes níveis consigna um conjunto de valências mínimas no SUMC, sendo as restantes equacionadas em função das respectivas redes de referência, com um mínimo de dois médicos e dois enfermeiros, ajustável em função das características do SU em causa, designadamente da afluência diária de doentes.

B - Tempo de resposta do socorro ao local (entre o acionamento do meio de socorro e a chegada ao local da ocorrência): Estabelecidas como metas, para 90% das situações, uma resposta dentro de 15 minutos em áreas urbanas e 30 minutos em áreas rurais, tendencialmente com uma capacidade de resposta dentro de 8 minutos para 75 a 90% das situações emergentes.

C - Tempo de trajecto ao Serviço de Urgência (entre o local da ocorrência e o ponto da Rede de Urgência mais próximo): Consignado um máximo de tempo de acessibilidade de cerca de 30 minutos a um Serviço de Urgência da Rede, e de 45 minutos a um SUMC ou SUP.

Por economia de análise foi considerada pela Comissão Técnica uma velocidade de trajecto de 60 Km/h, fazendo coincidir o numero máximo de minutos com o mesmo numero de quilómetros.

Em redobrada economia de análise foi ainda considerado que a distância real seria equivalente à distância em linha recta acrescida de 50%.

D - Pontos de rede por capitação (critério a ser equacionado em conjunto com outros factores, como o raio de distância - tempo de acessibilidade até pontos da Rede).

E - Mobilidade sazonal: Acréscimo populacional em determinados períodos do ano, por razões de trabalho ou de turismo.

F - Risco de Trauma (acidentes de viação ou de trabalho): Identificam-se como factores a considerar os "pontos negros" das estradas nacionais.

G - Risco Industrial : É exemplificado o caso de Sines.

H - Actividade previsível no Serviço de Urgência: É consignado, salvo condicionalismos de acessibilidade dificultada, que um Serviço de Urgência (SU) deverá ter uma afluência previsível com um mínimo de 150 doentes/dia, e que um SU do tipo SUB não deve possuir capacidade cirúrgica para além da pequena cirurgia e que os demais SU (SUMC e SUP) deverão ter pelo menos 3 cirurgias urgentes/dia (exceptuando as situações em que a distância é significativa até à próxima urgência, onde poderá ser aceitável centro cirúrgico com casuística inferior).

## 2. CRÍTICA GERAL DA PROPOSTA

Sem uma análise exaustiva à Proposta de Rede de Urgências, elaborada pela Comissão Técnica de Apoio, dado que o Documento para Audição Pública é demasiado sintético, admitindo-se que constitua apenas um resumo do documento apresentado ao Ministério da Saúde, é inequívoco que:

### 2.1 - CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO

Sem se questionar a competência médica e científica dos membros escolhidos para integrar a referida Comissão, não pode ignorar-se a sua origem profissional em organismos e serviços em que é evidente uma visão centralizada, demográfica e epidemiológica da realidade da saúde em Portugal.

Excluindo assim a imprescindível visão dos problemas da saúde que têm os grupos profissionais e serviços que mais proximamente lidam com os utentes, particularmente nas áreas mais periféricas do país, como sejam os Médicos de Família e os Serviços Hospitalares menos centralizados. O seu contributo, pela natureza de maior conhecimento

da realidade local da saúde em zonas de maior ruralidade e mais periféricas e do meio sócio-familiar dos utentes, constituiria uma acrescida competência para uma correcta abordagem holística e familiar das necessidades de cuidados de saúde das populações.

## 2.2 - CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

### 2.2.1 - NÍVEIS DE SERVIÇO DE URGÊNCIA:

A explicitação do critério é muito insuficiente. Não consigna as valências mínimas nos Serviços de Urgência do nível SUMC. Relativamente ao nível SUB estabelece o mínimo de dois médicos e dois enfermeiros, sem explicitar se estes efectivos são permanentes e qual o período de funcionamento.

### 2.2.2 - TEMPO DE RESPOSTA DO SOCORRO:

A aplicação deste critério pressupõe a resposta pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) a um tempo de reposta entre o acionamento de socorro e a chegada ao local da ocorrência, que seja no máximo de 15 minutos nas áreas urbanas e de 30 minutos nas áreas rurais. Manifestamente que o INEM não dispõe de meios para a satisfação desta exigência.

### 2.2.3 - TEMPO DE TRAJECTO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA:

A dispersão do povoamento em algumas regiões do País, as características da rede viária que lhes proporciona acessibilidade e a localização urbanística da esmagadora maioria dos Hospitais, não permite inferir um tempo de trajecto entre o local da ocorrência e o ponto da Rede de Urgência mais próximo, efectuado a velocidades médias de 60 km/h, sendo falacioso considerar que locais situados a 20 Km de distancia em linha recta de um Serviço de Urgência, podem corresponder a tempos de trajecto de 30 minutos generalizadamente para toda a realidade orográfica e para todas as estradas. Será suficiente a consulta de mapas com o detalhe necessário, para verificar a realidade.

Esta falácia é acentuada para as zonas rurais, servidas por vias de acesso em que tão pouco a velocidade média de 30Km/h é sequer atingida, como também ocorre nas zonas urbanas em que os acessos às Urgências é dificultado pela sua deficiente localização.

### 2.2.4 - PONTOS DE REDE POR CAPITAÇÃO:

Como refere a Proposta da Comissão, a escolha de critérios, designadamente o "dos pontos de rede por capitação", teve como referencia o modelo verificado nos Estados Unidos da América e nos Estados da Europa do Norte.

Contudo a realidade da saúde em Portugal dificilmente se coaduna com a existente nos países escolhidos para referência.

Como não de coadunam as realidades de ordenamento territorial, da rede de acessibilidades e de transportes, ou da situação sócio-económica das famílias.

Seria mais pertinente a referenciação a países da Europa Mediterrânica, cuja realidade é mais próxima em termos de saúde e de desenvolvimento, com a que se verifica em Portugal.

#### 2.2.5 - MOBILIDADE SAZONAL DA POPULAÇÃO:

O critério não tem qualquer desenvolvimento na Proposta da Comissão. Apenas refere que se aplica à mobilidade sazonal resultante de razões de trabalho ou de turismo, dando como exemplo o Algarve.

Minimamente exigia-se a apresentação de indicadores, de quantificação absoluta ou relativa, que permitissem a aplicabilidade e credibilidade do mesmo.

A sua aplicação é conflagradora. Considera a Comissão Técnica que são "pólos turísticos especialmente relevantes" as localizações de Lamego, Chaves, ou Peniche e que não o são as localizações de Guimarães, Braga, Porto, ou Cascais.

#### 2.2.6 - RISCO DE TRAUMA:

Relativamente a este critério apenas é referido que a sua origem decorre de acidentes de viação ou de trabalho, exemplificando com os "pontos negros identificados nas estradas nacionais".

Não é efectuado qualquer desenvolvimento do critério, apesar de existirem estatísticas disponíveis para a ocorrência de acidentes de trabalho, as incapacidades que provocam, o período de inactividade que originam, a sua distribuição regional e os sectores de actividade em que se verificam.

Não é igualmente desenvolvida a análise do risco de trauma dos acidentes de viação.

#### 2.2.7 - RISCO INDUSTRIAL:

Também este critério não tem qualquer desenvolvimento, sendo apenas exemplificado com o caso de Sines.

Admite-se que esteja subjacente a classificação dada pela Directiva 88/610/CEE, vulgarmente designada por Directiva Seveso, embora no teor da proposta não seja desenvolvido este critério.

O MAPA do ponto 8 da Proposta da Comissão Técnica agrupa os critérios de Risco Industrial com o Risco de Trauma. Inexplicavelmente apenas em sete localizações é considerada a existência deste risco industrial e/ou de sinistralidade acrescida.

#### 2.2.8 - ACTIVIDADE PREVISÍVEL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA:

A Proposta não apresenta qualquer justificação em relação à cientificidade do rácio de previsibilidade de 150 doentes/dia, nem ao modo como foi estabelecido. Será mais uma vez uma extrapolação da realidade dos EUA ?

Não é demonstrada a consideração neste rácio da casuística dos fluxos das urgências.

### 3. CRÍTICA ESPECÍFICA DA PROPOSTA DE ENCERRAMENTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE FAFE

Conjuntamente com mais treze Urgências Hospitalares em funcionamento, propõe a Comissão Técnica o encerramento da Urgência Hospitalar de SUMC a funcionar no Hospital de S. José de Fafe, considerando que não deve constar na Rede de Urgências (a qualquer título), porque a afluência é inferior a 150 doentes/dia e se encontra demasiado perto doutro SU, devendo constituir o Hospital de Guimarães a Urgência alternativa.

Considera ainda que 90% da população servida actualmente, se encontra menos de 30 minutos de um SUB e de 45 minutos de um SUMC/SUP.

Considera porém que os restantes critérios de capitação para SUB e de Risco Industrial e/ou de sinistralidade acrescidos justificam a manutenção dos Serviços de Urgência do Hospital de Fafe.

As conclusões da Proposta que justificam o encerramento da Urgência do Hospital de Fafe, não têm porém qualquer fundamento.

É um erro grosseiro considerar que não é previsível uma afluência de mais de 150 doentes/dia ao SUMC do Hospital de Fafe.

Durante algum tempo, e por incompreensível decisão do Ministério da Saúde, funcionaram em Fafe duas unidades de urgência. Os Serviços de Urgência do Hospital de Fafe e o Serviço de Urgência do Centro de Saúde, tendo este encerrado no final de Setembro de 2006.

Desde o início do ano até à data de encerramento, a média do número de urgências verificado neste Serviço de Urgência do Centro de Saúde, foi de 122 doentes/dia.

Com uma sustentabilidade estatística verificada consecutivamente, a média do número de urgências verificada nos Serviços de Urgência do Hospital de Fafe no último ano é de 98 doentes/dia.

Verificado o encerramento do Serviço de Urgência do Centro de Saúde, o número de doentes/dia com ocorrência à urgência é previsivelmente de 220.

Por outro lado, sendo exacto que actualmente mais de 90% da população da área de influência dos Serviços de Urgência do Hospital de Fafe (91.431 habitantes) se encontram a menos de 30 minutos de um SUB/SUMC, essa realidade deixaria de existir com o encerramento dos mesmos e a proposta do Hospital de Guimarães como alternativa.

Em rigor, e utilizando-se a metodologia da Comissão Técnica que elaborou a Proposta da Rede de Serviços de Urgência, no que respeita ao tempo de trajecto ao Serviço de Urgência, sendo que o Hospital de Fafe serve num raio de 20 Km 99% das populações dos concelhos de Fafe, Celorico de Basto e Cabeceiras de Basto, o Hospital de Guimarães apenas serve no mesmo raio, 76% das mesmas populações.

Acresce ainda o facto de o Hospital de Guimarães já se mostrar exíguo no que respeita a instalações (ver pág. 4 do Relatório e Contas do HSO de 2005). Considerando o seu atendimento médio nos Serviços de Urgência de 288 doentes/dia no último ano, é certamente falacioso que possa constituir uma alternativa para um acréscimo do número de 220 doentes/dia resultantes do proposto encerramento dos Serviços de Urgência de Fafe.

Apesar das razões objectivas que justificam a manutenção dos Serviços de Urgência do Hospital de Fafe, a Proposta da Rede de Serviços de Urgências elaborada pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, em manifesto erro de análise das condições actuais e emergentes na sua área de influência, propõe o seu encerramento.

Em sentido contrário, e sem aplicação dos critérios que a própria Comissão estabeleceu, propõe-se a manutenção de Serviços de Urgência em Ponte do Lima sem que se verifique qualquer dos critérios e apenas porque a área geográfica e a população abrangida é superior a 40.000 habitantes; propõe a manutenção de Serviços de Urgência no Hospital de Montalegre apenas para manter 90% da população dentro do tempo máximo de 30 minutos, sem a verificação de qualquer dos critérios enunciados; propõe a manutenção dos Serviços de Urgência do Hospital de Oliveira de Azemeis, sem a verificação de qualquer dos critérios enunciados, mas apenas porque os Serviços de Urgência de alternativa não dispõem de capacidade de acolhimento acrescido; etc.

Por todas estas razões que se fundamentam, deve ser repudiada a Proposta da Rede de Serviços de Urgências elaborada pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências no que respeita ao encerramento dos Serviços de Urgência do Hospital de Fafe.

Representa a mesma um grosseiro erro de análise, mesmo à luz dos critérios que a própria Comissão estabeleceu, apesar da sua contestada profundidade, e constitui uma decisiva iniciativa no desmantelamento próximo do Hospital de Fafe e dos serviços que presta às populações de Fafe, Celorico e Cabeceiras de Basto, proporcionando a sua transformação num serviço menorizado dentro do quadro do Serviço Nacional de Saúde.

A população de Fafe não pode assistir com passividade à destruição de Serviços Hospitalares cujo início há mais de 140 anos os próprios Fafenses custearam, porque uma qualquer Comissão, ao produzir uma Proposta com inequívocos erros na análise e nas conclusões, claramente induz em erro de decisão o Governo.

Fafe, 15 de Janeiro de 2007,