U.PORTO

MESTRADO
GESTÃO E ECONOMIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Doentes não urgentes no Serviço de Urgência: motivos e características de utilização

Andreia Alves Godinho de Sousa

M

2024

FACULDADE DE **ECONOMIA**

U.PORTO

FACULDADE DE ECONOMIA UNIVERSIDADE DO PORTO

DOENTES NÃO URGENTES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: MOTIVOS E CARACTERÍSTICAS DE UTILIZAÇÃO

Andreia Alves Godinho de Sousa

Dissertação

Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientado por

Professor Doutor César Alberto dos Santos Carneiro

2024

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Professor Doutor César Carneiro, cujo compromisso inabalável, confiança e disponibilidade foram pilares essenciais ao longo desta jornada. O vasto conhecimento e experiência que partilhou comigo foram essenciais para a conclusão desta fase tão significativa.

Agradeço, igualmente, a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo. Aos membros do Conselho de Administração da ULS Entre Douro e Vouga, em especial à Dra. Rita Moutinho, à equipa de secretariado clínico do serviço de urgência, na pessoa da Bárbara, por me abrirem portas e possibilitarem a concretização deste trabalho.

Por fim, ao Pedro, aos meus amigos e à minha família, pelo apoio incondicional que me prestaram, e por me lembrarem, em cada passo, que é na resiliência e na dedicação que encontramos a força para alcançar os nossos maiores objetivos.

RESUMO

Introdução: O aumento da procura por serviços de urgência (SU) tem desafiado os sistemas de saúde, em grande parte devido à presença de doentes considerados não urgentes, representando 39,4% das admissões em Portugal.

Metodologia: Foi realizado um estudo observacional transversal no SU do Hospital São Sebastião da Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga, durante cinco semanas, envolvendo doentes adultos. Os dados foram obtidos a partir de registos clínicos eletrónicos e inquéritos aplicados aos doentes no SU. O estudo visou identificar preditores de urgências desnecessárias, aplicando um modelo de regressão logística multivariada.

Resultados: Dos 10333 doentes que recorreram ao SU, 12,3% foram classificados como não urgentes. Os principais motivos de procura do SU incluíram a autoperceção da gravidade dos sintomas, realização de exames ou tratamentos imediatos, proximidade do hospital e perceção de cuidados de maior qualidade. Fatores como isenção de taxa moderadora (OR=0,888), proximidade ao hospital (OR=0,990), ter Médico de Família (MF) (OR=0,190), conhecimento de consultas de agudização nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (OR=0,428) e da linha telefónica SNS24 (OR=0,089) associaram-se a menores *odds* de urgências desnecessárias. Doentes não urgentes recorrem mais ao SU em dias úteis (OR=1,179) e de manhã (OR=1,637). A probabilidade de um episódio ser não urgente é 1,8% maior por cada ida adicional ao SU (OR=1,018).

Discussão: A procura inadequada do SU é influenciada por fatores socioeconómicos e comportamentais. A isenção de taxa moderadora está associada a uma menor probabilidade de urgências desnecessárias, questionando-se a eficácia deste co-pagamento como moderador da procura. Apesar da disponibilidade dos CSP, o SU foi preferido durante os dias úteis e no período da manhã. A associação entre o conhecimento sobre alternativas ao SU e a presença de MF com uma menor probabilidade de urgências desnecessárias, destaca a necessidade do aumento da literacia dos doentes e fortalecimento dos CSP.

Palavras-Chave: Serviço de urgência; Doentes não urgentes; Utilização inadequada; Cuidados de Saúde Primários; Médico de Família; SNS24; Triagem de Manchester.

ABSTRACT

Background: The increasing demand for emergency services has challenged healthcare systems, largely due to patients whose needs are not urgent, which account for 39,4% of admissions in Portugal.

Method: A cross-sectional observational study was conducted in the emergency room (ER) of São Sebastião Hospital, Local Health Unit of Entre Douro e Vouga, over five weeks, involving adult patients. Data collection included the review of electronic medical records and the implementation of patient surveys in the ER. The study aimed to identify predictors of non-urgent visits to the ER, using a logistic regression model.

Results: Of the 10333 patients who visited the ER, 12,3% were classified as non-urgent. The main reasons for seeking the ER included self-perception of symptom severity, taking medical exams or immediate treatments, proximity to the hospital and the perception of higher quality care. Factors such as exemption from co-payment (OR=0,888), proximity to the hospital (OR=0,990), having a family doctor (OR=0,190), knowledge of acute consultations in primary care (OR=0,428) and health line SNS24 (OR=0,089) were associated with lower odds of unnecessary emergencies. Non-urgent patients are more likely to visit the ER on weekdays (OR=1,179) and in the morning (OR=1,637). The probability of a non-urgent episode is 1,8% higher for each additional visit to the ER (OR=1,018).

Discussion: Inappropriate use of the ER is influenced by socioeconomic and behavioral factors. The exemption from co-payment is associated with a lower probability of unnecessary emergencies, raising questions about the effectiveness of this co-payment as a moderator of demand. Despite the availability of Primary Care, the ER was preferred during weekdays and in the morning. The association between knowledge of alternatives to the ER and the presence of a family doctor with a lower probability of unnecessary emergencies highlights the need to improve patient health literacy and strengthen Primary Healthcare Services.

Keywords: Emergency department; Non urgent patients; inadequate use; Primary healthcare; Family doctor; SNS 24 helpline; Manchester triage system.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....i
RESUMO.....ii
ABSTRACT.....iii
ÍNDICE.....iv
ÍNDICE DE FIGURAS.....vi
ÍNDICE DE TABELAS.....vii
LISTA DE ABREVIATURAS.....viii
INTRODUÇÃO.....1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....3
Organização dos cuidados de saúde de doença aguda no Serviço Nacional de Saúde.....3
Serviço de Urgência e o seu uso inadequado.....4
Impacto dos doentes não urgentes no sistema de saúde.....10
Procura por cuidados de saúde no SU e fatores determinantes.....11
Intervenções e Estratégias de Mitigação.....13
Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas".....15
METODOLOGIA E DADOS.....20
Seleção, fonte e colheita de dados.....20
1ª fase - Caracterização da população total que acedeu ao SU durante o período de estudo.....21
2ª fase - Aplicação do inquérito.....22
Tratamento e análise de dados.....27
Considerações éticas.....27
RESULTADOS.....27
Caracterização de todos os doentes que recorreram ao SU.....28
Caracterização dos doentes que preencheram o inquérito e do seu episódio de urgência.....30
Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas".....33
Testes às diferenças entre episódios de urgência necessária e desnecessária.....34
Preditores de episódios de urgência não urgente.....36
Doentes hiperfrequentadores.....37
DISCUSSÃO.....39
Impacto do Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas".....45
Limitações.....46

CONCLUSÃO.....48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....50
ANEXOS.....55
Anexo 1 - Inquérito aplicado aos doentes no Serviço de Urgência.....55
Anexo 2 - Consentimento Informado requerido aos doentes para participarem no estudo.....57
Anexo 3 - Cartazes afixados no serviço de urgência para promoção do estudo.....58
Anexo 4 - Autorização da realização do estudo pela Comissão de Ética da ULS EDV..59
Anexo 5 - Monitorização do Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas" implementado na ULS EDV 61
Anexo 6 - Testes às diferenças na proporção de urgências desnecessárias por grupos de utentes da base de dados geral.....62
Anexo 7 - Testes às diferenças no valor das variáveis quantitativas entre episódios de urgência desnecessária e necessária.....64
Anexo 8 - Testes às diferenças na proporção de urgências desnecessárias por grupos de utentes que preencheram o inquérito.....65
Anexo 9 - Testes às diferenças no valor das variáveis quantitativas entre episódios de urgência necessária e desnecessária que preencheram o inquérito.....68
Anexo 10 - Modelo de regressão logística com variável binária "urgência desnecessária" como variável dependente para a base de dados geral 69
Anexo 11 - Modelo de regressão logística com variável binária "urgência desnecessária" como variável dependente para os doentes que preencheram o inquérito.....70
Anexo 12 - Tabela suplementar I: análise descritiva das variáveis nominais comuns a ambas as bases de dados.....71
Anexo 13 - Tabela suplementar II: análise descritiva das variáveis numéricas comuns a ambas as bases de dados.....74
Anexo 14 - Tabela suplementar III: análise descritiva das variáveis nominais recolhidas através da aplicação dos questionários.....75
Anexo 15 - Tabela suplementar IV: análise descritiva das variáveis numéricas recolhidas através da aplicação dos questionários.....78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do Sistema de Triagem de Manchester.....6

Figura 2. Tempos alvo previstos de atendimento segundo as cores da Triagem de Manchester.....7

Figura 3. Evolução da taxa de urgências desnecessárias nos hospitais do SNS.....8

Figura 4. Evolução do número total de episódios de urgência nos hospitais do SNS.....10

Figura 5. Número de visitas ao SU por 100 habitantes, 2001 (ou ano disponível mais próximo) e 2011 (ou ano mais recente).....13

Figura 6. Evolução da percentagem de doentes não urgentes no SU da ULS EDV.....17

Figura 7. Evolução da percentagem de doentes urgentes no SU da ULS EDV.....17

Figura 8. Evolução da percentagem de doentes referenciados no SU da ULS EDV.....18

Figura 9. Evolução da percentagem de doentes não urgentes não referenciados no SU da ULS EDV.....18

Figura 10. Percurso do doente desde a entrada à saída do Serviço de Urgência.....23

Figura 11. Processo de entrega dos inquéritos aos participantes do estudo.....23

Figura 12. Seleção da amostra com aplicação dos critérios de exclusão.....26

Figura 13. Pirâmide etária dos doentes que recorreram ao SU.....28

Figura 14. Motivos de admissão no SU mais frequentes identificados.....29

Figura 15. Conhecimento e relevância do Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas".....34

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Taxa de episódios de urgência desnecessários.....9

Tabela 2. Variáveis da base de dados geral.....21

Tabela 3. Variáveis do inquérito aplicado.....24

Tabela 4. Proveniência dos doentes.....29

Tabela 5. Motivo de admissão no SU.....31

Tabela 6. Motivos para recorrer ao SU.....32

Tabela 7. Motivos para recorrer ao SU por doentes não referenciados.....32

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

CIT – Certificado de Incapacidade Temporária

CODU-INEM – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EDV – Entre Douro e Vouga

Hospitais EPE – Hospitais com natureza de Entidades Públicas Empresariais

HSS – Hospital São Sebastião

ICPC-2 – Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários

MF – Médico de Família

OCDE – Organização para a Cooperação e o Desesenvolvimento Económico

ORL – Otorrinolaringologia

PEM – Prescrição Eletrónica Médica

RNU – Registo Nacional do Utente

SAC – Serviço de Atendimento Complementar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SNS24 – Linha telefónica Saúde 24

SONHO-CSP – Sistema Administrativo para os Cuidados de Saúde Primários

SU – Serviço de Urgência

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidades de cuidados de saúde personalizados

UF – Unidade Funcional

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência (SU) desempenham um papel crucial nos sistemas de saúde, providenciando atendimento imediato para casos que exigem intervenção rápida. A crescente procura pelos serviços de urgência hospitalar ao longo dos últimos anos tem gerado um cenário desafiador para os sistemas de saúde, criando problemas de eficácia e sustentabilidade destes serviços. Este aumento tem sido acentuado pela presença de doentes que, embora necessitem de cuidados, não requerem tratamento imediato, estimando-se que, em 2023, 39,4% das admissões nos SU dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde português eram não urgentes. Esta tendência é particularmente visível em contextos onde os cuidados de saúde primários (CSP) poderiam ser uma alternativa mais apropriada e eficaz.

Diversos estudos sugerem que a procura inadequada pelos serviços de urgência pode sobrecarregar o sistema, prolongar tempos de espera para casos realmente urgentes e aumentar os custos de saúde, ao mesmo tempo que evidencia possíveis lacunas no acesso ou na qualidade dos CSP. Este fenómeno é frequentemente associado a uma combinação de fatores, incluindo a perceção do doente sobre a gravidade do seu estado de saúde, a facilidade de acesso ao serviço de urgência em comparação com outros cuidados de saúde, e a falta de conhecimento sobre alternativas adequadas, como consultas de agudização ou linhas de atendimento telefónico.

Além disso, a literatura aponta para a influência de fatores sociodemográficos na procura pelos serviços de urgência. Características como idade, sexo, nível de educação e estado socioeconómico têm sido identificadas como determinantes importantes no comportamento da procura de cuidados. Entender essas dinâmicas é essencial para formular estratégias que incentivem a utilização apropriada dos recursos de saúde disponíveis e para melhorar a triagem e encaminhamento dos doentes dentro do sistema de saúde.

Deste modo, têm sido implementadas várias políticas como a referenciação de episódios de urgência classificados como pouco urgentes, não urgentes ou com motivo programado (cor verde, azul ou branca respetivamente, segundo a triagem de Manchester) para os CSP, ou mesmo o condicionamento do acesso ao SU a referenciação prévia. Estas medidas representam tentativas de melhoria na gestão da afluência ao SU. Contudo, surge a

necessidade premente de compreender e avaliar os determinantes da procura deste tipo de cuidados, designadamente quanto a características sociodemográficas, motivos de admissão e motivos de preferência pelo SU hospitalar em detrimento dos CSP, pois canalizar os doentes para estes últimos pode não resolver o problema subjacente e causar constrangimentos na atividade destes serviços.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo principal investigar os fatores que influenciam a procura do SU do Hospital São Sebastião (HSS) da Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga (ULS EDV), especialmente as características sociodemográficas dos doentes e os motivos de admissão mais frequentes, para além de outros preditores de episódios não urgentes. Adicionalmente, o estudo avalia o impacto e relevância do projeto "Ligue Antes, Salve Vidas", do ponto de vista dos doentes, que tem como objetivo direcionar os doentes para o cuidado de saúde mais apropriado à sua situação clínica, ao promover o contacto prévio com o SNS24, antes de se dirigir ao SU. Ao analisar o SU Geral do HSS da ULS EDV, em que existem mais de 220 mil episódios de urgência anuais, é possível obter *insights* valiosos para a otimização dos serviços tanto a nível local como também global, de modo a suportar políticas mais direcionadas e eficientes na gestão dos serviços de urgência e conhecimento de quais os eventuais fatores que contribuem para a preferência do SU ao invés dos CSP.

Para alcançar os objetivos delineados, esta tese está organizada em vários capítulos, iniciando-se com esta introdução. No segundo capítulo, realiza-se uma revisão da literatura, onde se exploram estudos que investigam a utilização dos serviços de urgência, focando-se em fatores como características demográficas, motivos de preferência e percepções dos doentes. O terceiro capítulo versa sobre a metodologia do estudo, com ênfase na aplicação de um questionário aos doentes no SU durante um período de cinco semanas e nos métodos estatísticos utilizados para identificar potenciais preditores de procura. No quarto capítulo, apresentam-se os resultados obtidos, seguindo-se da discussão dos mesmos através da sua análise crítica que os compara com a evidência disponível na literatura até à data. Finalmente, no último capítulo, são discutidas as conclusões do estudo, com considerações sobre as suas implicações e sugestões para futuros estudos. As referências bibliográficas que sustentam este trabalho são apresentadas no final do mesmo.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Organização dos cuidados de saúde de doença aguda no Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português é constituído com o propósito de fornecer cuidados abrangentes e eficazes, mesmo em situações de doença aguda. Esta estrutura adota uma abordagem integrada, disponibilizando diversos níveis de cuidados organizados de forma hierárquica. A avaliação e prestação de cuidados de saúde agudos são facilitados através de múltiplos canais, sendo a linha telefónica SNS24 destacada como uma plataforma telefónica e digital que oferece uma avaliação preliminar dos sintomas, orientando os utentes para o nível de cuidados adequado. Os CSP são o ponto inicial de contacto para todas as necessidades de saúde, permitindo a integração e coordenação com os serviços de urgência. Deste modo, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e as Unidades de Saúde Familiar (USF), unidades funcionais dos CSP no SNS, oferecem consultas de doença aguda para uma resposta, no próprio dia, face a estas situações, enquanto os Serviços de Atendimento Complementar (SAC) representam uma alternativa adicional para atendimentos fora do horário de expediente das USF e UCSP. Os Serviços de Urgência Básica (SUB) desempenham um papel crucial em áreas geograficamente mais remotas, fornecendo cuidados básicos de urgência, nomeadamente na realização de estudos analíticos, exames imagiológicos e pequena cirurgia. Por sua vez, os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica, localizados em áreas estratégicas que não excedam os 60 minutos desde o local de ocorrência do acidente até ao hospital, assumem a responsabilidade pelos casos mais complexos, garantindo cuidados especializados e intervenções cirúrgicas quando necessárias. Por fim, os Serviços de Urgência Polivalente, localizados em hospitais centrais, oferecem respostas diferenciadas e recursos mais especializados. A diferenciação entre estes níveis visa assegurar uma resposta adequada às diversas necessidades, promovendo a eficiência na utilização dos recursos e otimizando a qualidade dos cuidados prestados aos doentes agudos (de Almeida Simões, Augusto, Fronteira, & Hernandez-Quevedo, 2017).

A ULS EDV presta assistência a uma população de aproximadamente 327 000 habitantes (Censos, 2021) e abrange uma área que engloba seis municípios: Santa Maria da Feira, Oliveira de Azeméis, Arouca, São João da Madeira, Vale de Cambra e Castelo de Paiva (a união das freguesias de Paraíso, Pedorido e Raiva). Além da população proveniente da área

de influência, a ULS EDV recebe doentes de outros municípios, destacando-se o concelho de Ovar, com uma frequência e expressão notáveis. Esta situação torna-se evidente ao analisar a proveniência dos doentes admitidos no SU. A análise revela que os municípios da área de influência da ULS EDV representam, em conjunto, 78,5% do total de atendimentos realizados ao longo de 2021. Isso evidencia que os doentes com origem noutros municípios representam um peso significativo nesse contexto (Relatório de Contas e Gestão CHEDV, 2021).

Os cuidados de saúde de doença aguda na ULS EDV são prestados em várias unidades, sendo esta composta por:

- Uma unidade de Urgência Médico-cirúrgica, no Hospital São Sebastião, constituída pela Urgência Geral, Urgência de Ginecologia/Obstetrícia e Urgência Pediátrica;
- Três unidades de Urgência Básica (SUB), localizadas no Hospital São Miguel em Oliveira de Azeméis, no Hospital de São João da Madeira e no Centro de Saúde de Arouca;
- Dois Serviços de Atendimento Complementar (SAC) no centro de saúde de Vale de Cambra e Santa Maria de Lamas;
- Trinta e duas Unidades Funcionais, das quais vinte e quatro Unidades de Saúde Familiar (USF) e oito Unidades Cuidados Saúde Personalizados (UCSP), com disponibilização de consultas de doença aguda (consulta aberta).

Serviço de Urgência e o seu uso inadequado

Os doentes não urgentes no SU continuam a ser um tema envolto em incerteza e controvérsia, originando confusão generalizada sobre a identificação destes doentes e o impacto real que têm no sistema de saúde. A definição de casos não urgentes no SU destaca-se pela notável imprecisão. Inicialmente, os doentes não urgentes eram rotulados como utilizadores inadequados ou maus utilizadores, definindo-se estas admissões como "urgências inapropriadas", pelos prestadores de cuidados de saúde e seguradoras, usando estritamente o ponto de vista médico. Este rótulo tem sido eliminado e preferido, ao invés, um rótulo menos subjetivo, o de "não urgente" (Afilalo et al., 2004). Vários critérios são utilizados para classificar estes doentes, seja com base em sistemas de triagem, na necessidade de internamento ou na de realizar métodos complementares de diagnóstico ou

tratamentos (Carret, Fassa, & Domingues, 2009). Estas diferentes definições aplicadas pelos investigadores aos casos não urgentes em vários países de regiões como Europa, América do Norte, África e Ásia e diferentes contextos de cuidados de saúde, incluindo hospitais públicos e privados, centros rurais e urbanos, tem resultado numa grande discrepância na sua quantificação, variando entre 6,7% e 89,0% (Uthman et al., 2018). Mesmo em países desenvolvidos, como França e Estados Unidos da América, há evidência da presença destes casos, sendo estimado em 44,9% em 2006 e em 13,7–27,1% em 2019, respetivamente (Gentile et al., 2010; Williams & Haffizulla, 2021). Na Austrália, a assistência a doentes classificados nas duas categorias menos urgentes continua a ultrapassar os 50,0% em todo o país (Vogel et al., 2019). No Brasil, a prevalência global do uso inadequado do SU foi de 24,2% (Carret, Fassa, & Kawachi, 2007). A discrepância nas percentagens de estimativa de casos não urgentes no SU encontrada na literatura pode dever-se, portanto, à falta de uma definição universal de apresentações não urgentes no SU, mas também poderá ser explicada pela codificação específica de cada instituição, através do seu método de triagem (Afilalo et al., 2004).

A triagem é uma prática essencial nos serviços de saúde para avaliar a urgência dos casos e priorizar o atendimento. Diversos países adotam sistemas específicos para realizar essa classificação, visando a eficiência e a adequação dos recursos. O sistema de triagem de Manchester, amplamente utilizado nos diversos serviços de urgência em Portugal e em muitos outros países, desempenha um papel fundamental na organização e priorização do atendimento aos doentes. Baseado numa codificação de cores, o sistema classifica os utentes com base na gravidade dos sintomas e na urgência da intervenção médica. As categorias de triagem abrangem desde casos que exigem atendimento imediato até situações menos urgentes. O código de cor atribuído a cada doente permite uma rápida identificação da prioridade, facilitando a alocação eficiente de recursos e garantindo que os doentes mais graves sejam atendidos com a máxima celeridade. Este sistema classifica o utente em 52 motivos diferentes, associando a cada um deles um fluxograma de perguntas de resposta sim ou não. A resposta determina a condição e a cor correspondente, associando a cada cor um grau de prioridade e um tempo recomendado para a primeira observação médica, sendo as categorias de triagem e suas respetivas cores as seguintes:

- Vermelho (Urgência): indica uma situação crítica que requer atendimento imediato. Os doentes nesta categoria devem ser vistos imediatamente, sem período de espera;

- Laranja (Muito Urgente): reflete uma condição grave que necessita de atendimento rápido. O tempo de espera é curto, visando garantir intervenção médica até 10 minutos;
- Amarelo (Urgente): designa casos que requerem atenção urgente, mas não imediata. O tempo de espera é moderado, permitindo que esses doentes sejam atendidos dentro de uma janela temporal razoável, até 60 minutos;
- Verde (Pouco Urgente): indica situações não urgentes, nas quais o tempo de espera é mais longo, até 120 minutos, adequando-se à natureza menos crítica do quadro clínico;
- Azul (Não Urgente): para situações que não requerem atenção imediata, permitindo um tempo de espera de 240 minutos.

A cor branca foi introduzida, posteriormente, de forma a colmatar a necessidade de triar casos em que o atendimento corresponderia a situações administrativas que o sistema não daria resposta, nomeadamente a transferência de doentes de outro hospital, realização de métodos complementares de diagnóstico através da referenciação dos CSP, realização de terapêutica não programada como transplantes, internamentos planeados, reavaliação médica, etc. (Grupo Português de Triagem, 2015).

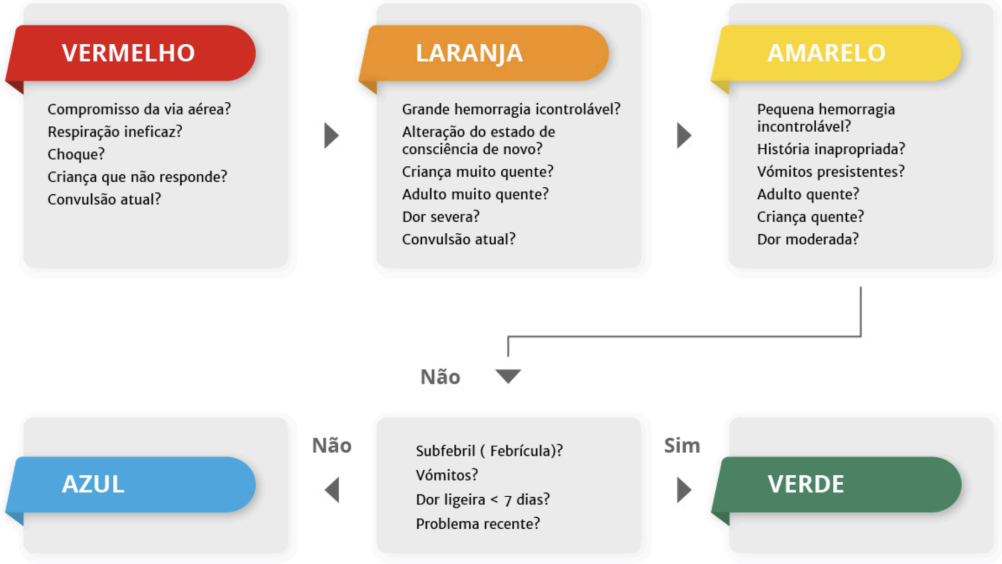


Figura 1. Fluxograma do Sistema de Triagem de Manchester

Fonte: Grupo Português de Triagem (2002) Manual de Formando



Figura 2. Tempos alvo previstos de atendimento segundo as cores da Triagem de Manchester

Fonte: Grupo Português de Triagem (2002) Manual de Formando

No entanto, existem outros sistemas de triagem utilizados nos vários estudos que analisaram os doentes não urgentes no SU, sendo alguns semelhantes ao Sistema de Triagem de Manchester, categorizando os doentes por cinco cores como o Australian Triage Scale (ATS) ou em três cores segundo o sistema de triagem da Turquia (vermelho, laranja e verde, sendo esta última atribuída aos casos considerados não urgentes). De realçar, o Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) e o Emergency Severity Index (ESI), sistemas utilizados no Canadá e Estados Unidos da América, respetivamente, onde os doentes são classificados em cinco níveis de triagem (de 1 a 5). Os três primeiros níveis incluem casos que exigem ressuscitação, emergência ou atendimento urgente, enquanto os dois últimos representam casos menos urgentes ou não urgentes (Zachariasse et al., 2019).

Deste modo, em Portugal, uma urgência é considerada desnecessária quando os doentes são classificados com as cores verde, azul e branca, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester. A taxa de urgências desnecessárias é, assim, determinada pela percentagem do total de atendimentos de urgência que receberam estas classificações. Em Portugal,

como se pode verificar na Figura 1, a taxa de urgências desnecessárias nos hospitais do SNS tem subido sustentadamente ao longo dos anos, até 2022, observando-se em 2023 um ligeiro abrandamento, atingindo perto de 39,4% dos episódios. Em comparação, a ULS EDV apresentou uma taxa ligeiramente superior, com 40,3% dos episódios classificados como desnecessários no ano de 2023.

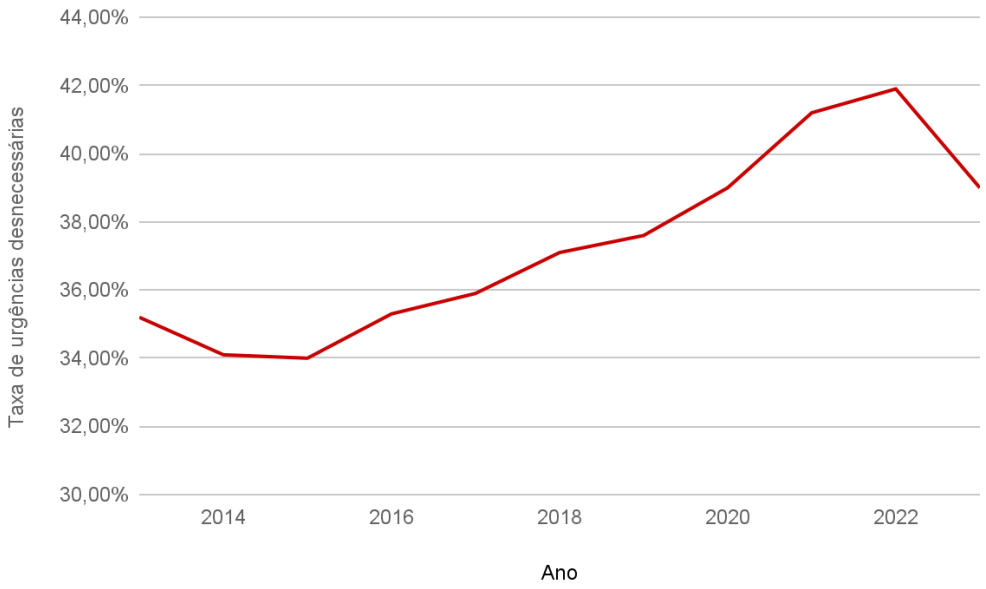


Figura 3. Evolução da taxa de urgências desnecessárias nos hospitais do SNS[1]

Fonte: dados recolhidos no Portal da Transparência do SNS (https://www.sns.gov.pt/transparencia/) a 15 de agosto de 2024

Na Tabela 1, apresenta-se a taxa de episódios desnecessários entre 2013 e 2023, nacional e por região de saúde. Pode verificar-se que a taxa de urgências desnecessárias cresceu neste período de forma mais acentuada na região do Algarve, sendo no último ano a região com a taxa mais elevada, de acordo com os dados disponíveis. Lisboa Vale do Tejo destaca-se como sendo a região que regista a mais elevada taxa média de todo o período.

[1] Duas entidades hospitalares do SNS foram excluídas do cálculo da taxa de urgências desnecessárias em todos os anos do período de análise, na medida em que nos dados publicamente disponíveis, todos os episódios de urgência destas entidades surgem registados sob a classificação "atendimentos s/ Triagem Manchester".

Tabela 1. Taxa de episódios de urgência desnecessários

Fonte: dados recolhidos no Portal da Transparência do SNS (https://www.sns.gov.pt/transparencia/) a 15 de agosto de 2024

	Região					
Ano	**Norte**	**Centro**	**LVT**	**Alentejo**	**Algarve**	**Portugal Continental**
2013	37,20%	30,40%	37,80%	29,40%	18,00%	35,20%
2014	36,10%	29,10%	37,00%	27,80%	23,50%	34,10%
2015	35,20%	28,70%	36,80%	28,10%	30,10%	34,00%
2016	35,20%	31,50%	37,10%	34,40%	37,20%	35,30%
2017	35,10%	32,00%	38,00%	36,10%	37,80%	35,90%
2018	35,20%	31,70%	40,40%	40,40%	40,60%	37,10%
2019	35,10%	31,10%	41,90%	39,00%	42,80%	37,60%
2020	37,10%	33,70%	42,20%	39,00%	46,50%	39,00%
2021	38,20%	38,30%	44,30%	41,70%	49,00%	41,20%
2022	38,50%	38,70%	45,90%	42,20%	47,20%	41,90%
2023	37,00%	36,20%	43,50%	35,10%	43,60%	39,40%

Por outro lado, indivíduos com seguimento regular no médico de família (MF) apresentaram uma redução nas taxas de uso desnecessário, pelo que os CSP podem desempenhar um papel significativo na redução dos doentes não urgentes (Pourat et al., 2015). De notar, também, que a prestação de cuidados agudos não é, atualmente, o foco principal dos serviços prestados pelos CSP. Menos de metade das consultas de urgência envolvem o médico de família do doente. Isso pode dever-se, em parte, à evolução nos CSP, com um aumento no enfoque em cuidados preventivos, gestão de doenças crónicas e coordenação com cuidados especializados (Biscaia & Heleno, 2017; Vogel et al., 2019). No entanto, os doentes evitam os Centros de Saúde por razões como longas distâncias, longos tempos de espera, dificuldades em obter uma consulta e escassez de recursos (Alnasser et al., 2023). Para além disso, os doentes frequentemente subestimam a importância do

seguimento contínuo e muitas vezes desconhecem que a decisão de procurar o SU pode resultar no uso excessivo de medicamentos e métodos complementares de diagnóstico (Afilalo et al., 2004). Estudos anteriores estimaram que 13,0–27,0% das idas não urgentes ao SU poderiam ser geridas num ambiente de consulta programada, nos CSP (Tapia et al., 2022).

Impacto dos doentes não urgentes no sistema de saúde

O aumento substancial no número de doentes que procuram o SU nos últimos anos tem suscitado preocupações, globalmente. No entanto, em Portugal, apesar dos constrangimentos sentidos no SU, o número de episódios de urgência registados nos hospitais do SNS tem-se mantido relativamente constante na última década, com exceção dos anos de 2020 e 2021 em que, no contexto da pandemia de COVID-19, se verificou uma redução acentuada na utilização destes serviços (de cerca de 29,0% logo em 2020).

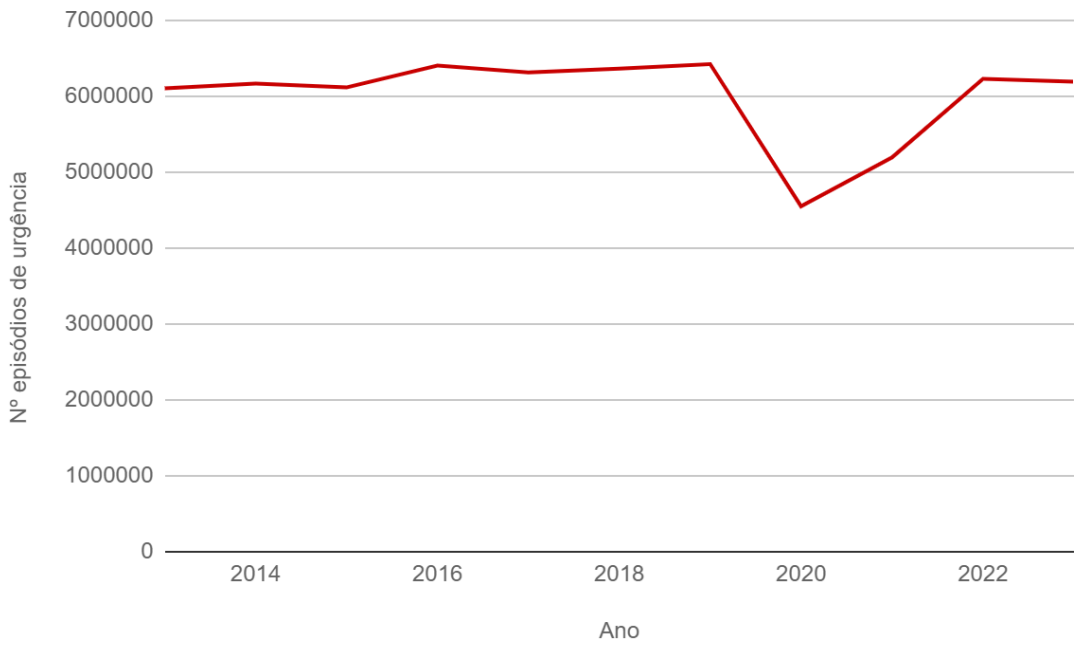


Figura 4. Evolução do número total de episódios de urgência nos hospitais do SNS

Fonte: dados recolhidos no Portal da Transparência do SNS (https://www.sns.gov.pt/transparencia) a 15 de agosto de 2024

A elevação dos episódios de urgência, que vários autores descrevem, parece ser impulsionada, em grande parte, por doentes que não necessitam de atendimento imediato, tornando-se num fardo significativo para a saúde pública, tanto a nível local como global

(Alnasser et al., 2023; Scherer, Luhmann, Kazek, Hansen, & Schäfer, 2017). Estes doentes têm sido associados negativamente a "crowding, costs, and continuity of care" - os três Cs (Afilalo et al., 2004). Esta utilização excessiva afeta negativamente a qualidade dos cuidados prestados ao doente, pondo em risco a segurança do mesmo, devido ao aumento da morbidade e mortalidade, aumento do tempo de espera de diagnóstico e administração de medicamentos para patologias como, por exemplo, pneumonia e dor aguda (Scherer et al., 2017; Unwin, Crisp, Rigby, & Kinsman, 2018). A satisfação tanto dos doentes como das equipas de urgência é igualmente afetada, resultando em sobrecarga, fadiga, tempos de espera prolongados, má comunicação, diminuição da capacidade de seguir normas de tratamento, e, consequentemente, piores desfechos em saúde para os doentes. Os extensos períodos de espera, provocam muitas vezes abandono dos doentes do SU sem terem sido avaliados por um médico, bem como perda de tempo de trabalho (Afilalo et al., 2004; Tapia et al., 2022). Além disso, essa sobrecarga contribui para o aumento da violência sobre os profissionais de saúde e tem um impacto negativo no ensino entre pares (Scherer et al., 2017; Tapia et al., 2022; Unwin, Crisp, Rigby, & Kinsman, 2018).

A utilização inadequada destes serviços dificulta o acesso a casos de emergência reais, diminui a prontidão para o atendimento, produz efeitos negativos na qualidade dos serviços de urgência e aumenta os custos gerais, uma vez que os episódios de urgência são mais dispendiosos do que as consultas dos CSP (Tapia et al., 2022). No contexto de SU, os doentes são medicados para alívio sintomático, mas nem sempre recebem medicação a longo prazo ou os resultados dos exames realizados, pondo em causa a gestão daquele doente a longo prazo (Carret et al., 2007; Scherer et al., 2017). Racionalizar a procura pelo SU depende do uso apropriado dos serviços noutros níveis do sistema de saúde, como melhorar o acesso aos CSP para serviços preventivos, consultas periódicas e encaminhamento para especialidades hospitalares quando necessário. Os CSP proporcionam a continuidade dos cuidados, melhorando a relação médico-doente, aumentando a adesão ao tratamento e acompanhamento, facilitando a educação em saúde e diminuindo a utilização inadequada do SU, taxas de hospitalização e o número de exames solicitados (Carret et al., 2007).

Procura por cuidados de saúde no SU e fatores determinantes

A análise das características sociodemográficas dos utilizadores do SU e dos comportamentos relacionados com o acesso aos cuidados de saúde revela padrões

complexos e multifacetados. Estudos indicam que há uma prevalência significativa de idas inadequadas ao SU por parte de mulheres, pessoas mais jovens e que frequentemente não são encaminhadas por profissionais de saúde (Afilalo et al., 2004; Alnasser et al., 2023). Quanto aos motivos de urgência mais frequentes, destaca-se as queixas músculo-esqueléticas (Vogel et al., 2019).

Uma revisão sistemática identificou vários fatores relacionados com o comportamento dos doentes quanto ao acesso ao SU. Estes incluem a autoperceção de urgência do problema de saúde do doente, o desconhecimento de serviços alternativos, a insatisfação com o MF, a acessibilidade, conveniência e satisfação com os serviços prestados no SU (McIntyre, Janzen, Shepherd, Kerr, & Booth, 2023). Portanto, a falta de acesso eficiente aos CSP e a insatisfação resultante são apontadas como fatores-chave que contribuem para a grande satisfação com o SU e, consequente, procura (McIntyre et al., 2023; Scherer et al., 2017). O reconhecimento da urgência como o local adequado para situações médicas agudas também está relacionado com a possibilidade de realização de métodos complementares de diagnóstico, tratamento e experiência médica, proporcionando uma abordagem de cuidados abrangente num único local, disponível a qualquer hora, algo valorizado pelos doentes. Barreiras como horários de trabalho e meios de transporte impactam a decisão de procurar o SU em detrimento do MF (Scherer et al., 2017; Vogel et al., 2019).

Vários estudos analisaram os doentes não urgentes que recorrem ao SU, de forma a investigar quais os motivos de preferência do SU em detrimento de outro tipo de cuidados de saúde. Os motivos apontados vão desde a acessibilidade e rapidez de atendimento do SU (Idil, Kilic, Toker, Dura Turan, & Yesilaras, 2018) à conveniência por não exigir marcação prévia e às expectativas negativas em relação à disponibilidade de médicos dos CSP ou a expectativa de melhores serviços de saúde no SU em comparação com os CSP (Alnasser et al., 2023; Scherer et al., 2017). Destaca-se, também, a realização de métodos complementares de diagnóstico no próprio dia (Alnasser et al., 2023; Dixe, 2018), bem como a elevada autoperceção da gravidade da doença (Dixe, 2018).

Transversalmente à literatura, demonstra-se que o perfil do doente que procura cuidados no SU de forma "desnecessária" caracteriza-se por ser jovem, do género feminino, com poucas comorbilidades e que tem uma autoperceção de gravidade do seu estado clínico. Quanto aos motivos de admissão mais frequentes de ida ao SU, estes incluem-se em doenças músculo-esqueléticas e respiratórias. O conhecimento dos doentes não urgentes

sobre serviços de saúde alternativos varia na literatura, sendo que, em Portugal, a maioria dos doentes conhece as alternativas, como as consultas abertas nos CSP (Dixe et al., 2018). As pessoas decidem recorrer ao SU principalmente devido à acessibilidade e flexibilidade de horários, estando disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana; satisfação com o serviço prestado; realização de métodos complementares de diagnóstico, bem como medicação no mesmo dia, num só local (Afilalo et al., 2004; Alnasser et al., 2023; Dixe et. al, 2018; Scherer et al., 2017). Os autores reforçam a necessidade de realizar estudos adicionais que comparem, também, os doentes urgentes e não urgentes, de modo a compreender melhor o uso inadequado do SU.

Intervenções e Estratégias de Mitigação

Num esforço contínuo para mitigar o número de idas ao SU de doentes não urgentes, diversas estratégias têm sido implementadas globalmente, desde avaliações clínicas ou algoritmos digitais, aumento da acessibilidade a consultas com os seus Médicos de Família, educação dos doentes, exigência de referenciação prévia para aceder ao SU, isenção de taxas moderadoras nos CSP ou copagamento (Alnasser et al., 2023).

Em Portugal, algumas medidas específicas têm sido adotadas para enfrentar esse desafio complexo, dado que o recurso às urgências em Portugal é mais do dobro da média da OCDE, em que mais de 40,0% dos doentes que recorrem são casos não urgentes triados com pulseiras verdes, azuis ou brancas, segundo a Triagem de Manchester (Berchet, 2015).

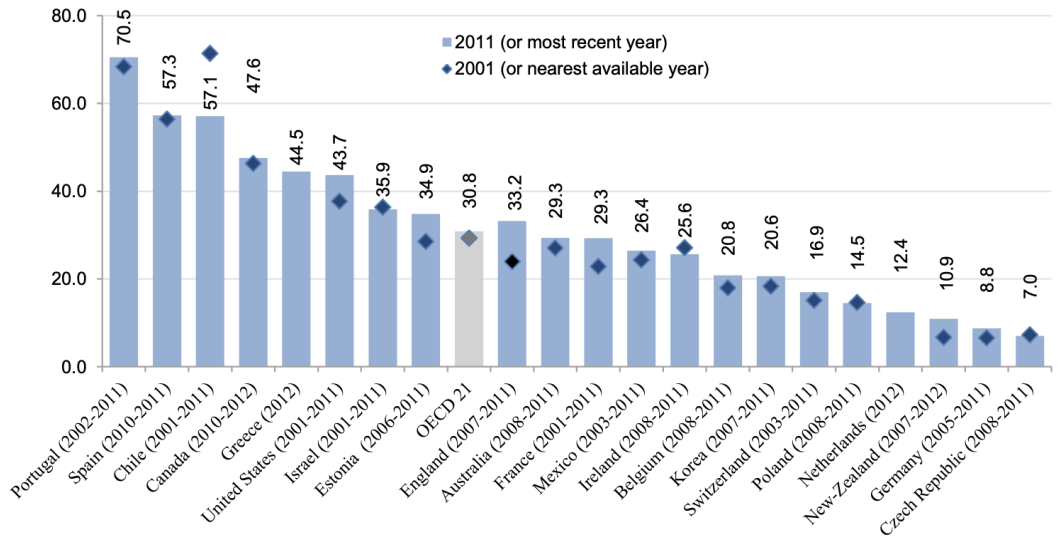


Figura 5. Número de visitas ao SU por 100 habitantes, 2001 (ou ano disponível mais próximo) e 2011 (ou ano mais recente). Fonte: OCDE, 2015

Várias abordagens têm sido criadas, de modo a aliviar a sobrecarga do SU, desde a implementação do SNS24 e sua promoção na comunicação social como primeiro ponto de contacto em caso de doença aguda, até à implementação da política de referenciação de episódios de urgência classificados como pouco urgentes, não urgentes ou com encaminhamento programado (cor verde, azul ou branca respetivamente, segundo a triagem de Manchester) para os CSP, que terão atendimento, no prazo máximo de 24 horas. Outras iniciativas envolvem a educação para a saúde, de modo a conscientizar os doentes sobre as opções de cuidados de saúde disponíveis, bem como a tentativa de melhoria do acesso aos CSP, com a expansão de horários, aumento da disponibilidade de consultas e contratação de mais profissionais de saúde (Alnasser et al., 2023). No entanto, a eficácia dessas estratégias tem sido alvo de debate, dado que além de não ter havido uma redução significativa no uso inadequado do SU, cerca de 15,0% dos inscritos nos CSP ainda não possuem médico de família, existindo ainda uma grande variação regional, com destaque a região do Estuário do Tejo, onde 47,0% dos inscritos estão sem médico de família.[2] Além disso, existem fatores multifacetados que influenciam a decisão dos doentes, destacando-se a importância de compreender a heterogeneidade dos doentes não urgentes nos SU e a necessidade de abordagens diversificadas para lidar com essa questão de forma eficaz. Tratar esses doentes como uma entidade única pode ser problemático, dada a complexidade dos casos que os SU enfrentam. Redirecionar simplesmente esses doentes para outros locais de atendimento pode ser considerada uma medida simplista, sendo mais eficaz garantir que os prestadores de cuidados de saúde compreendam como e porque razão os doentes escolhem certo cuidado de saúde, fornecendo assim *insights* e orientação educacional direta ao doente. Deve-se, portanto, explorar o papel de fatores psicossociais complexos na tomada de decisões dos doentes, como literacia em saúde, crenças pessoais relacionadas à saúde, stress e capacidade de *copying* (McIntyre et al., 2023). Outras correntes sugerem a criação de uma secção separada dentro do SU para queixas menos urgentes e não urgentes, geridas por um Médico de Família, garantindo cuidados oportunos sem comprometer os serviços de urgência (Alnasser et al., 2023).

Um estudo realizado no Texas, analisou 75.205 doentes, em que 56,7% eram elegíveis para avaliação nos CSP, destacando a necessidade de outras modalidades de prestação de cuidados de saúde para aliviar a pressão sobre os SU (Tapia et al., 2022). Outro estudo num

[2] Dados obtidos a 1 de agosto de 2024 do Portal da Transparência do SNS disponibilizado em https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-inscritos-em-cuidados-de-saude-primarios/

hospital no Quebec revelou que a maioria dos doentes tinha um Médico de Família, mas uma pequena percentagem tentou contactá-lo antes de recorrer ao SU, levantando questões sobre a importância de um seguimento regular (Afilalo et al., 2004). Por outro lado, a pesquisa de Coleman et al. (2001), focada em doentes com 60 anos ou mais, mostrou que consultas de seguimento de doenças crónicas, suporte entre pares e contato regular com a equipa de CSP resultaram em menos idas ao SU (Carret et al., 2007). Esses resultados sugerem a necessidade de abordagens diversificadas para compreender e lidar com os motivos dos doentes não urgentes nos SU, reconhecendo a sua diversidade intrínseca (Afilalo et al., 2004).

Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas"

O projeto "Ligue Antes, Salve Vidas" surge como mais uma das estratégias adotadas para reduzir o impacto das urgências desnecessárias no SNS. Este estabelece que, para aceder ao SU, é necessário uma referenciação prévia, que pode ser obtida através de vários canais, nomeadamente: CODU-INEM; SNS24; CSP; qualquer médico, com documentação clínica assinada; outra instituição de saúde, seja ela pública, privada ou social. Contudo, algumas exceções foram estabelecidas, abrangendo situações específicas, como:

a) Doentes acamados/cadeiras de rodas, sem capacidade de locomoção autónoma;

b) Vítimas de traumas recentes, ocorridos há menos de 48 horas;

c) Casos de emergências cardiovasculares agudas, incluindo dor torácica e síncope;

d) Défices neurológicos de desenvolvimento subagudo progressivo, com duração superior a 24 horas, mas inferior a 30 dias;

e) Situações psiquiátricas agudas (incluindo risco de suicídio), obstétricas ou outras que necessitem de tratamento urgente;

f) Doentes com idade inferior a 1 ano ou igual ou superior a 70 anos;

g) Doentes acompanhados por forças de segurança;

h) Doentes com necessidade de perícia médico-legal;

i) Doentes com condições específicas orientadas por protocolos de triagem, tais como: agressões, doenças sexualmente transmissíveis, intoxicação aparente, exposição a substâncias químicas, incluindo ingestão de cáusticos, feridas, gravidez, hemorragia gastrointestinal, icterícia, hemorragia vaginal, infecções locais e abcessos, problemas oftalmológicos, quedas, queimadura, overdose e envenenamento, traumatismo crânio-encefálico, convulsões, presença de corpo

estranho, histórico de doença oncológica ativa, doenças que causam imunossupressão, doença renal crónica ou doença arterial periférica.

Caso um doente se apresente no SU sem uma referenciação prévia, é disponibilizado um meio de contato com o SNS24 para a correta orientação, através dos serviços administrativos e/ou de um telefone no local. Se o doente recusar ou não for possível realizar a referenciação via SNS24, o acesso ao SU deve ser garantido, sendo efetuada a triagem do doente. Doentes triados com cores "azul" ou "verde" não serão atendidos no SU, desde que seja possível encaminhá-los para os CSP ou para uma consulta/hospital de dia na mesma instituição, com agendamento garantido para o mesmo dia ou para o dia seguinte (Portaria nº71/2024, 27 de fevereiro; Direção Executiva do SNS, 05/2024).

De forma a dinamizar e promover o conhecimento deste projeto junto da população e assim, incentivar a utilização do SNS24 como primeiro ponto de contacto com o SNS, foram realizadas campanhas na comunicação social nacional e local, bem como colocação de cartazes em estabelecimentos locais, como instituições de saúde, câmara municipal e outros parceiros (Direção Executiva do SNS, 05/2024).

Após a implementação deste projeto, em março de 2024, na ULS EDV, observou-se a evolução dos episódios de urgência até ao último mês disponível, julho de 2024, através da sua comparação com os dados dos períodos homólogos de 2022 e 2023. Constata-se que, globalmente, houve uma redução no número total de admissões no SU em 2024, em cerca de 6 mil episódios de urgência, em relação aos períodos homólogos. Estes dados indicam uma menor sobrecarga no serviço de urgência, especialmente de doentes não urgentes que igualmente sofreram uma redução, observando-se uma tendência descendente da percentagem destes doentes ao longo dos meses, atingindo o seu mínimo no mês de julho 2024, com apenas 26,8% (Figura 6). Durante esse período, a média da taxa de urgências desnecessárias foi de 30,3%, evidenciando uma redução gradual e consistente ao longo do tempo. Essa redução foi observada em todas as unidades de saúde da ULS que oferecem cuidados urgentes. Especificamente no HSS, a média de urgências desnecessárias, durante o período de implementação do projeto, em 2024 caiu para 13,0%, em comparação com os anos anteriores, quando a média foi de 24,4% em 2022 e 21,1% em 2023.

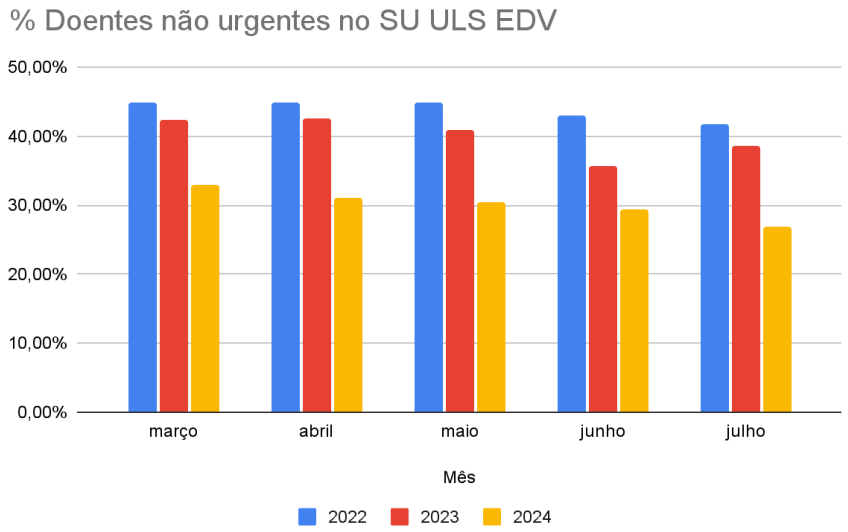


Figura 6. Evolução da percentagem de doentes não urgentes no SU da ULS EDV

Fonte: dados fornecidos pela ULS EDV em agosto de 2024

No entanto, é de referir que a percentagem de doentes urgentes (triados com a pulseira vermelha, laranja e amarela, segundo a Triagem de Manchester) aumentou, face aos anos homólogos (Figura 7). Isto pode dever-se a uma melhor priorização e referenciação de casos urgentes.

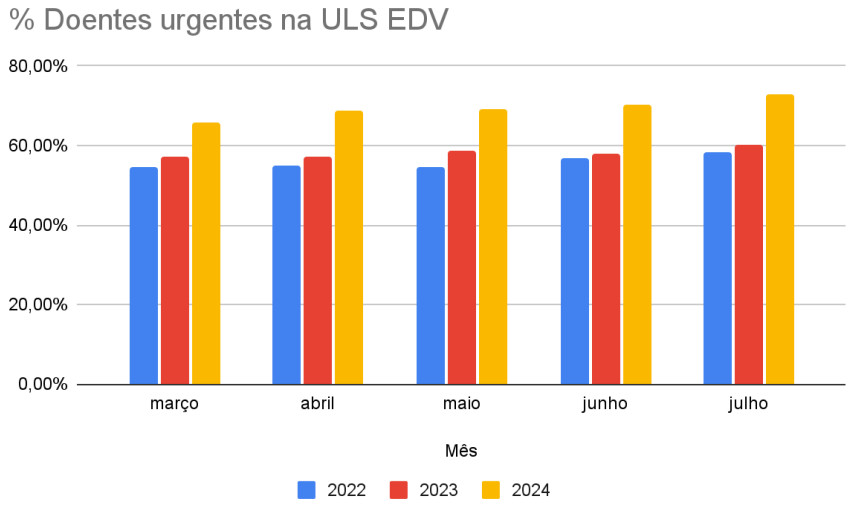


Figura 7. Evolução da percentagem de doentes urgentes SU da ULS EDV.

Fonte: dados fornecidos pela ULS EDV em agosto de 2024

É de notar, também, que a percentagem de doentes referenciados aumentou substancialmente em 2024 (Figura 8), refletindo menos idas ao SU por iniciativa própria, bem como uma maior utilização de serviços de triagem, após implementação do projeto. O SNS24 foi o sistema de referenciação mais utilizado, representando cerca de 60,0% dos doentes referenciados, quando comparado com os 4,0% nos períodos homólogos.

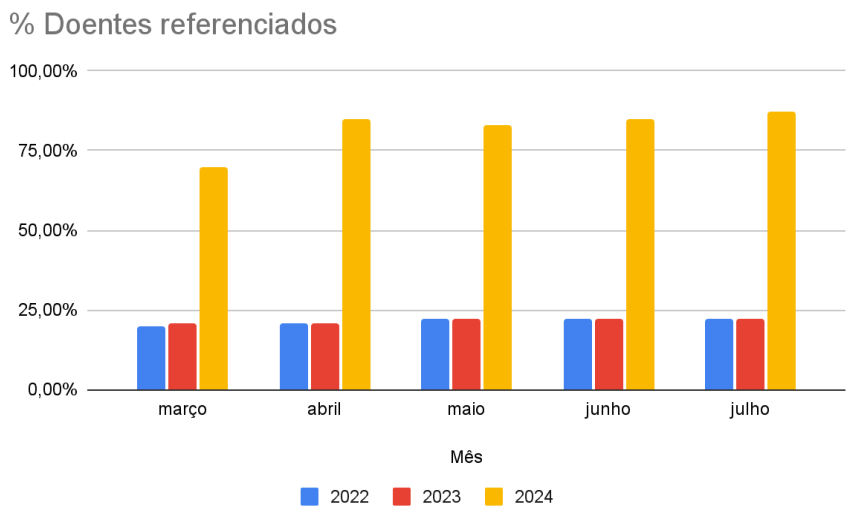


Figura 8. Evolução da percentagem de doentes referenciados no SU da ULS EDV

Fonte: dados fornecidos pela ULS EDV em agosto de 2024

Para além disso, a percentagem de doentes não urgentes que não foram referenciados caiu drasticamente em 2024 (Figura 9), refletindo a eficácia do projeto em redirecionar esses doentes para outros cuidados de saúde.

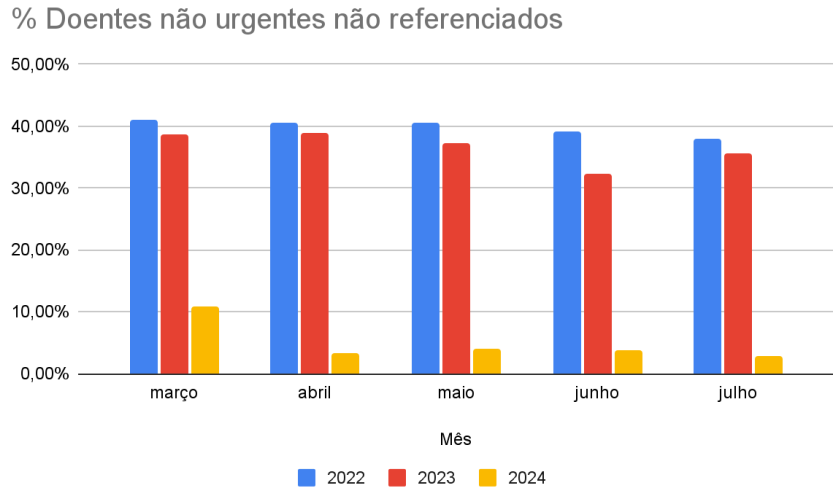


Figura 9. Evolução da percentagem de doentes não urgentes não referenciados no SU da ULS EDV

Fonte: dados fornecidos pela ULS EDV em agosto de 2024

Em resumo, a implementação do projeto em março de 2024 teve um impacto significativo na redução do número de doentes não urgentes no SU e no aumento da utilização de serviços de triagem como o SNS24.

METODOLOGIA E DADOS

Este estudo tem como principal objetivo analisar os determinantes que influenciam a procura do SU no HSS pertencente à ULS EDV, em detrimento de outros tipos de cuidados de saúde. Pretende-se identificar potenciais preditores de episódios de urgência classificados como não urgentes, de forma a compreender as razões que levam os doentes a optar por este serviço, mesmo em situações que poderiam ser atendidas noutros níveis de cuidados. Adicionalmente, como objetivo secundário, o estudo visa caracterizar os fatores sociodemográficos dos doentes que recorrem ao SU, permitindo delinear um perfil detalhado da população que utiliza este serviço. A identificação dos principais motivos de admissão e dos *outcomes* clínicos mais frequentes também será abordada, com o intuito de compreender os padrões de utilização e as razões clínicas mais comuns para a procura do SU. Paralelamente, será avaliado o impacto do Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas", analisando a sua relevância e eficácia na redução da procura por episódios de urgência desnecessários. Este conjunto de objetivos contribui para uma compreensão mais abrangente da dinâmica de utilização do SU, abordando tanto os fatores individuais dos doentes como a eficácia de intervenções destinadas a otimizar o uso dos recursos de saúde disponíveis.

Realizou-se, portanto, um estudo observacional e transversal, no SU Geral do HSS, pertencente à ULS EDV. O período de colheita de dados decorreu entre os dias 3 de maio e 9 de junho de 2024. A população-alvo incluiu indivíduos adultos, definidos como pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que recorreram ao referido SU durante o período em análise.

Seleção, fonte e colheita de dados

O estudo dividiu-se em várias fases, sendo primeiramente analisado de forma global todos os doentes que acederam ao serviço de urgência geral do HSS, e, posteriormente aplicado um inquérito de modo a analisar os motivos de preferência do SU e satisfação com o Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas". Os doentes a quem foi atribuída pulseira verde, azul e branca, de acordo com a Triagem de Manchester, foram classificados como "não urgentes" e, portanto, como urgências desnecessárias. Por outro lado, os doentes urgentes foram classificados com pulseira amarela, laranja e vermelha, segundo o mesmo protocolo. Este estudo foi dividido em três partes.

1ª fase - Caracterização da população total que acedeu ao SU durante o período de estudo

A ULS EDV forneceu a base de dados, devidamente anonimizada, relativa a todos os doentes que recorreram ao serviço de urgência geral do HSS durante o período de estudo, cedendo dados sociodemográficos e informações sobre as admissões desses mesmos doentes (Tabela 2). Não foram avaliadas as admissões efetuadas no serviço de urgência pediátrico e de ginecologia-obstetrícia, dado que estas populações possuem necessidades e características distintas e especiais quanto ao processo implícito de decisão de recorrer ao SU.

Tabela 2. Variáveis da base de dados geral

	Variável	Tipo	Descrição
Caracterização do utilizador do SU	Sexo	Categórica nominal	"Feminino", "Masculino" ou "Outro"
	Idade	Numérica	Número de anos completos à data da colheita de dados
	Isenção de taxa moderadora	Categórica nominal	"Sim", "Não" ou "Desconhecido"
	Distância entre a área de residência e o serviço de urgência	Numérica	Cálculo do nº de Km através dos códigos-postais
	Nº idas ao SU no último ano	Numérica	
	Tipologia de CSP à qual o doente pertence	Categórica nominal	"UCSP" ou "USF" ou "Nenhuma"
	UF do doente pertence à ULS EDV	Categórica nominal	"Sim" ou "Não" ou "Desconhecido"
	Médico de Família atribuído	Categórica nominal	"Sim" ou "Não" ou "Desconhecido"
Caracterização do episódio de urgência	Cor da Pulseira	Categórica nominal	"Vermelha", "Laranja", "Amarela" "Verde", "Azul" ou "Branca"
	Período do dia da admissão no SU	Categórica nominal	- "Manhã" correspondente ao período entre as [8h-13h] - "Tarde" correspondente ao período entre as]13-20h] - "Noite" correspondente ao período entre as]20h-8h[
	Dia da semana da admissão no SU	Categórica nominal	"Dia útil" ou "Fim-de-semana/Feriado"

	Motivo de admissão	Categórica nominal	Categorizada através dos capítulos do ICPC-2
	Proveniência	Categórica nominal	- "Bloco Ambulatório" - "Centro de Saúde" - "Consulta Externa" - "Hospital de Dia" - "INEM" - "Iniciativa própria" - "Lar" - "Serviço privado" - "SNS24" - "Transferência"
	Destino do utente após avaliação	Categórica nominal	- "Abandono" - "Alta contra parecer médico" - "Centro de Saúde/Médico de Família" - "Centro de Hemodiálise" - "Companhia de Seguros" - "Consulta externa hospitalar" - "Desconhecido" - "Exterior não referenciado" - "Hospital de Dia" - "Internamento" - "Óbito" - "Recusa de atendimento no SAC" - "Referenciação Azuis/Verdes/ Brancos" - "Transferência" - "UCC"
Taxa de ocupação de vagas nos CSP		Numérica	Numerador: número de consultas de doença aguda realizadas Denominador: número de vagas disponíveis de consultas doença aguda atribuído para o SNS24
Nº doentes atendidos no SU por falta de vaga de consulta nos CSP		Numérica	

2ª fase - Aplicação do inquérito

Durante o período de estudo, foi aplicado um questionário (Anexo 1) a todos os doentes que acederam ao serviço de urgência geral do HSS, com o objetivo de recolher informação sobre os motivos de preferência do SU e satisfação com o Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas", dados que não constam da base de dados cedida pelo hospital. De forma a definir a estratégia de implementação dos inquéritos, inicialmente foi analisado o percurso de um

doente desde a entrada até à saída do SU do HSS da ULS EDV, através do *Gemba Walk*[3] (Figura 10).



Figura 10. Percurso do doente desde a entrada até à saída do Serviço de Urgência do HSS

O método de entrega dos questionários foi estabelecido em conjunto com o Conselho de Administração da ULS EDV. Deste modo, todos os doentes que se dirigiram ao SU foram convidados a participar no estudo na admissão pela equipa de secretariado clínico. Após obtenção de consentimento informado, foi entregue o questionário devidamente etiquetado com os dados do doente. Os mesmos preencheram os inquéritos enquanto aguardavam na sala de espera. Após a avaliação médica, os participantes devolveram o inquérito e o consentimento informado (Anexo 2) ao secretariado do SU responsável pelo processo de alta administrativa. Adicionalmente, a equipa de investigação procedeu à entrega de questionários presencialmente no SU. No inquérito, também, foi disponibilizado um *qrcode*, com acesso ao mesmo digitalmente, caso os participantes do estudo pretendessem preenchê-lo dessa forma. De modo a divulgar o estudo, foram afixados cartazes na entrada e saída do SU que continham também o *qrcode* (Anexo 3).

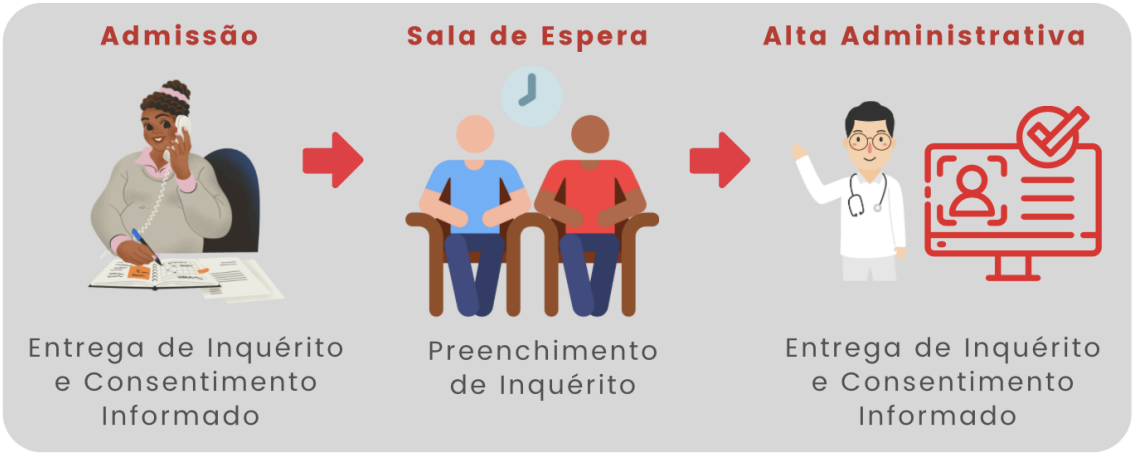


Figura 11. Processo de entrega dos inquéritos aos participantes do estudo.

[3] *Gemba Walk* consiste numa prática fundamental de gestão Lean que permite observar diretamente o fluxo de atividades em tempo real (Womack, Womack, & Shook, 2011)

Submeteu-se o questionário a um pré-teste através de entrevista aos doentes no SU pela equipa de investigação, permitindo identificar e corrigir possíveis problemas de clareza e de entendimento das perguntas. O propósito do inquérito foi adquirir informações adicionais (Tabela 3) às fornecidas anteriormente pela ULS EDV, acerca do perfil do utilizador, motivos de preferências do SU, bem como conhecimento e relevância do Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas".

Tabela 3. Variáveis do inquérito aplicado

	Variável	Tipo	Descrição
Caracterização do utilizador do SU	Situação profissional	Categórica nominal	"Ativo", "Desempregado", "Estudante" "Reforma/invalidez"
	Doenças crónicas	Categórica nominal	"Sim", "Não" ou "Desconhecido"
	Seguro ou subsistema de saúde	Categórica nominal	"Sim", "Não" ou "Desconhecido"
	Nº de consultas nos CSP no último ano	Numérica	
Caracterização do episódio de urgência	Referenciação ao SU	Categórica nominal	- "SNS24" - "Centro de Saúde" - "Outro hospital público" - "Hospital ou clínica privada" - "Familiar/amigo" - "Farmacêutico" - "Iniciativa própria"
	Autoperceção da urgência do seu estado clínico	Escala de Likert	Escala desde o "Nada urgente" correspondente a 0 ao "Muito urgente" corresponde a 5
	Tempo de evolução dos sintomas	Categórica nominal	"Menos de 1 dia", "Entre 1 dia e 1 semana", "Mais de 1 semana"
	Contacto no próprio dia com CS?	Categórica nominal	"Sim", "Não" ou "Desconhecido"
	Avaliação médica prévia nos últimos 3 dias	Categórica nominal	"Sim" ou "Não" ou "Desconhecido"

Motivo de preferência do SU	Motivo de escolha do SU em detrimento dos CSP ou SNS24	Categórica nominal	- "A gravidade dos meus sintomas justifica a minha vinda à urgência" - "Proximidade e acessibilidade do hospital" - "Flexibilidade dos horários de funcionamento, sem necessidade de marcação prévia" - "Sem vaga de agendamento de consulta no centro de saúde" - "Centro de saúde encerrado" - "Qualidade das instalações" - "Rapidez do atendimento" - "Cuidados de maior qualidade no SU do que no centro de saúde" - "Realização de análises/exames de imagem" - "Realização de medicação ou outros tratamentos imediatos" - "Obter CIT ou atestado médico" - "Médicos mais qualificados no SU" - "Má experiência com outros serviços de saúde no passado" - "Sem custo/custo reduzido" - "Sem nenhuma razão particular" - "Outro" como campo aberto
Grau de Satisfação com Médico de Família		Escala de Likert	Escala desde o "nada satisfeito" correspondente a 0 ao "muito satisfeito" corresponde a 5
Conhecimento da existência da consulta de doença aguda nos CSP		Categórica nominal	"Sim" ou "Não"
Conhecimento da existência do SNS24		Categórica nominal	"Sim" ou "Não"
Local onde prefere ser avaliado 1º quando fica doente		Categórica nominal	"SNS24", "Centro de Saúde", "SU", "Serviço privado", "Outro"
Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas"	Conhecimento do Projeto	Categórica nominal	"Sim" ou "Não"
	Relevância do projeto, avaliando utilidade	Categórica nominal	"Sim" ou "Não"

Adicionalmente, foram recolhidas informações a partir da consulta do processo clínico eletrónico de todos os participantes do estudo, acessíveis através dos programas SClínico®, Medtrix® e PEM®. Essas informações complementaram os dados desconhecidos ou não

fornecidos pela ULS, incluindo o grau de escolaridade, definido pelo ciclo de estudos completo, bem como o motivo de admissão e o *outcome* do episódio de urgência ("sem intervenções", "prescrição de medicação para o domicílio", "emissão de CIT", "realização de Métodos Complementares de Diagnóstico no SU", "administração de medicação ou outros tratamentos").

De uma amostra total de 518 inquéritos, todos eles preenchidos manualmente, 69 foram excluídos, perfazendo um número total final de 449 inquéritos (Figura 12). Os motivos de exclusão foram os seguintes: 34 respondentes não preencheram completamente o questionário; 32 tinham idade inferior a 18 anos; 3 eram grávidas.[4] Foram excluídas estas duas últimas populações, dadas as suas características e protocolos de atendimento específicos.

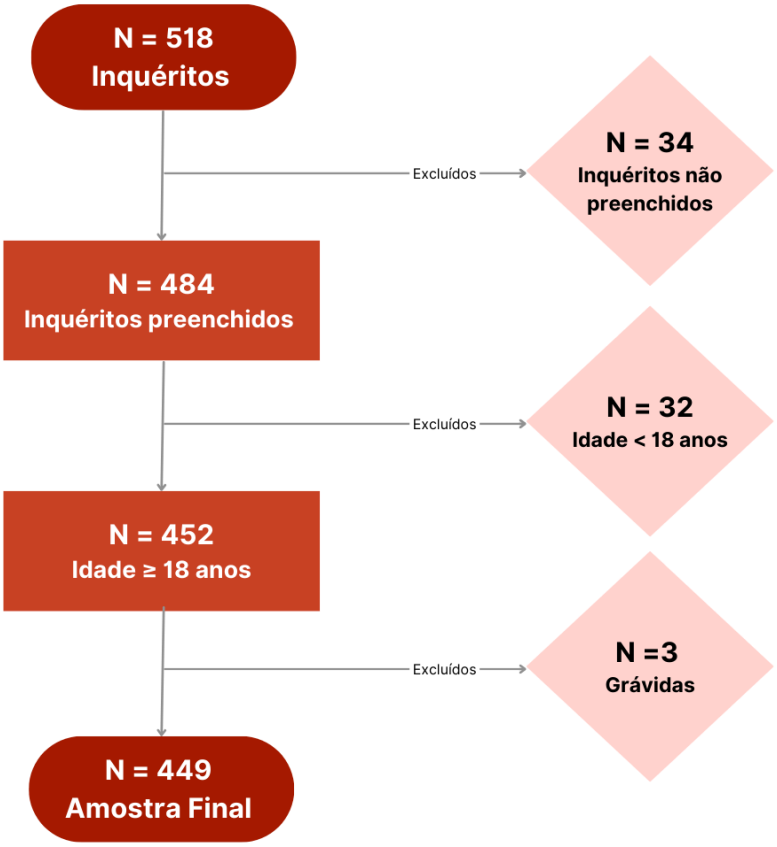


Figura 12. Seleção da amostra com aplicação dos critérios de exclusão

[4] Outros critérios de exclusão foram utilizados, estando já implicitamente aplicados na amostra total de 518 inquéritos, sendo estes: utentes em isolamento devido a alguma patologia, recusa do doente em participar no estudo, dificuldade severa visual, auditiva ou de linguagem, impossibilidade de dar consentimento informado.

Tratamento e análise de dados

A análise estatística foi efetuada nos programas Microsoft Office Excel® e SPSS®. O nível de significância estatística foi definido em α=0,05. Em primeiro lugar, foi realizada uma análise descritiva dos dados, considerando as frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas, enquanto que as variáveis contínuas foram apresentadas através de médias e desvios-padrão ou medianas e intervalos interquartis para distribuições não normais. O teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, conforme apropriado, foi utilizado para examinar as diferenças entre variáveis categóricas, enquanto que o teste t foi usado para examinar diferenças entre variáveis contínuas, assumindo que as variáveis seguem uma distribuição normal. Para identificar potenciais preditores de episódios de urgência não urgentes, foi estimado um modelo de análise de regressão logística multivariada.

Considerações éticas

As Regras de Conduta Ética e de Boas Práticas foram acauteladas para que sejam cumpridos os preceitos da Declaração de Helsínquia, a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, as orientações do Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), bem como, o Guia das Boas Práticas Clínicas (ICH, GCP). Deste modo, em primeiro lugar, foi obtida a aprovação do estudo pela Comissão de Ética da ULS EDV (Anexo 4). A dignidade, integridade, autodeterminação, privacidade e confidencialidade da informação pessoal dos sujeitos participantes foram protegidos pela equipa de investigação deste estudo. Por conseguinte, a presente investigação envolveu a obtenção do consentimento informado escrito de todos os participantes do estudo que foram sujeitos ao preenchimento do inquérito. Antes da sua participação, os potenciais participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e da natureza voluntária da participação, tendo o direito de retirar o consentimento a qualquer momento sem qualquer implicação. De forma a salvaguardar a confidencialidade (conforme a Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, art. 4.º, n.º 4), foi atribuído um número de identificação a cada utente, impossibilitando qualquer identificação. Deste modo, a confidencialidade e anonimato dos participantes foram rigorosamente mantidos, e os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para fins académicos.

RESULTADOS

Caracterização de todos os doentes que recorreram ao SU

Durante o período de estudo, um total de 10 333 doentes recorreram ao SU do HSS da ULS EDV, com uma predominância do sexo feminino (53,5%) e distância média do hospital à sua residência de 14,6 Km (DP=9,7 Km). A idade média dos doentes foi de 57,8 anos (DP=20,9 anos), variando entre 18 e 103 anos. A distribuição por faixas etárias revelou que apesar da maioria dos doentes se encontrar em idade ativa, os doentes com idade superior a 65 anos têm uma representação significativa (39,1%).

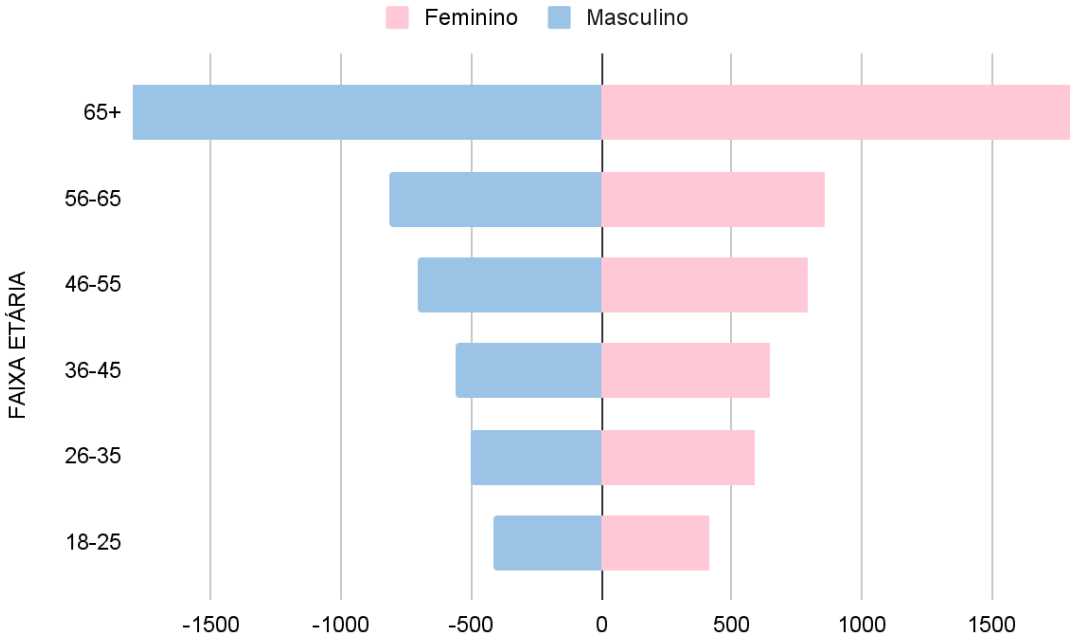


Figura 13. Pirâmide etária dos doentes que recorreram ao SU (n=10333)

Metade dos doentes era isento de taxa moderadora (50,2%) e existe uma cobertura por médico de família de 97,3%, sendo que a maioria pertencia a uma USF (86,1%). O período mais frequente de utilização do SU foi durante os dias úteis (72,3%) e no período da tarde (41,3%). 12,3% das admissões no SU são de doentes não urgentes, um valor reduzido que reflete o impacto das medidas implementadas na ULS EDV em março de 2024. O número médio de idas ao SU por doente foi de 1,6 idas. Quanto à proveniência, 44,4% foram referenciados pelo SNS24, 30,3% transportados pelo INEM, 16,9% vieram por iniciativa própria e 6,2% foram referenciados pelo centro de saúde. De referir, que do grupo de doentes que recorreu ao SU por autoreferenciação, ainda 12,4% das idas ao SU foram realizadas por doentes com pouca gravidade clínica. A Tabela 4 ilustra a proveniência dos

doentes categorizados como urgentes e não urgentes, verificando-se que a percentagem de doentes autoreferenciados é semelhante nos dois grupos. No entanto, ressalta-se que a maioria dos doentes não urgentes foi referenciada pelo SNS24 (63,4%). Ao aplicar o teste Z, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas (p=0,631) na proporção de doentes não urgentes entre os doentes referenciados e autoreferenciados.

Tabela 4. Proveniência dos doentes (n=10333)

PROVENIÊNCIA	Doente não urgente (%)	Doente urgente (%)	Total (%)
SNS24	63,4	41,7	44,4
Iniciativa Própria	17,1	16,9	16,9
INEM	10,0	33,1	30,3
Centro de Saúde	7,5	6,0	6,2
Serviço Privado	1,0	0,9	0,9
Transferência Hospital Público	0,6	0,5	0,5
Consulta Externa	0,4	0,6	0,6
Lar	0,1	0,1	0,1
Bloco Ambulatório	0,0	0,0	0,0
Hospital de Dia	0,0	0,1	0,1
Urgência	0,0	0,0	0,0

Dos motivos de admissão identificados (Figura 14), os sintomas músculo-esqueléticos foram os mais frequentes, contabilizando 44,7% dos casos, seguido dos sintomas gastrointestinais (11,9%), respiratórios (9,7%), genito-urinários (9,0%) e cardiovasculares (7,9%). De referir ainda que o motivo de admissão de mais de metade dos episódios de urgência é desconhecido, devido à falta da sua codificação na nota de alta, pelos médicos que trabalham no SU.

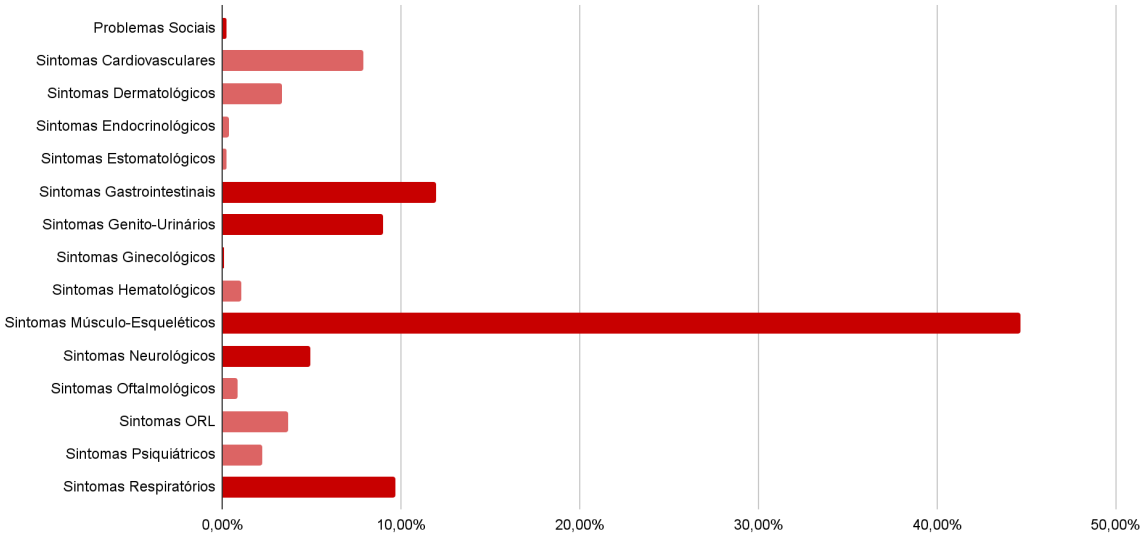


Figura 14. Motivos de admissão no SU mais frequentes identificados (n=4761)

Em relação ao destino do doente após alta do SU, grande parte dos doentes foram encaminhados para o centro de saúde/MF (45,8%) ou tiveram alta para o exterior (27,4%), enquanto que 18,2% tiveram necessidade de internamento, transferência, marcação de consulta externa ou hospital de dia.

Caracterização dos doentes que preencheram o inquérito e do seu episódio de urgência

Dos 449 inquéritos preenchidos, 18,0% das idas ao SU foram consideradas desnecessárias. A maioria dos participantes era do sexo feminino (59%) e tinham idades compreendidas entre os 18 e 93 anos, com uma idade média de 48 anos (DP=17,3 anos), refletindo uma ampla diversidade etária. Entre aqueles com escolaridade identificada, a maioria tinha ensino básico (65%), 18,7% ensino secundário, 12,0% possuía o ensino superior e uma reduzida percentagem possuía escolaridade inferior ao ensino primário (4,3%). Em relação à situação profissional, a maioria encontrava-se a trabalhar (63,7%), 21,4% eram reformados ou inválidos, 11,6% estavam desempregados e 3,3% eram estudantes. A maioria dos participantes não era isenta de taxa moderadora (61,0%), não apresentava doenças crónicas (55,2%) e não tinha seguro de saúde privado ou subsistema de saúde (75,5%), indicando que a maioria dependia exclusivamente do SNS. Além disso, 96% dos doentes tinha MF atribuído, em que 88,6% destes pertenciam a uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e 69,7% pertencia a uma unidade funcional da ULS EDV. A maioria estava satisfeita (27,0%) ou muito satisfeita (39,0%) com o seu MF. Em relação às preferências para avaliação inicial em caso de doença, 37,2% dos doentes optam pelo SNS24, seguido por 32,5% que preferem o centro de saúde e 24,7% o SU. Uma minoria opta por serviços privados (4,7%) ou farmácias (0,9%). Dos doentes que poderiam ser considerados como hiperfrequentadores, com idas ao SU quatro ou mais vezes no último ano[5], verifica-se que 20,0% dos doentes se enquadram nesta classificação, enquanto que se aplicarmos essa mesma definição para os CSP, o valor desce para 11,6%. Em média, os doentes recorrem ao SU 2,0 vezes por ano e aos CSP 1,7 vezes por ano. De referir, ainda, que 28,5% dos doentes não teve nenhuma consulta com o seu centro de saúde no último ano.

A maioria das admissões no SU ocorreu em dias úteis (75,5%), sendo o período mais frequente o da tarde (45,0%), seguido pela manhã (42,5%) e noite (12,5%). 82,2% dos

[5] Definição utilizada na construção dos indicadores de monitorização dos hospitais pela ACSS, disponível em https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard

doentes foram referenciados por um profissional de saúde, seja ele através do SNS24 (73,9%), centro de saúde (7,4%), farmacêutico (0,5%), serviço privado (0,2%) ou outro hospital público (0,2%), enquanto que 16,0% foram por iniciativa própria ao SU e 1,8% aconselhados por um familiar/amigo. A generalidade dos doentes (77,1%) não tentou contatar previamente o centro de saúde antes de se dirigir ao SU, apesar da maioria ter conhecimento da existência das consultas de doença aguda nos CSP (84,6%). O mesmo acontece quando analisamos os doentes sem referenciação prévia.

Quanto ao motivo de admissão (Tabela 5), o top 5 de sintomas foi por ordem decrescente: músculo-esqueléticos (25,6%), gastrointestinais (18,0%), respiratórios (15,8%), dermatológicos (6,7%) e cardíacos (6,5%). Contudo, nos doentes não urgentes os sintomas oftalmológicos também foram mais frequentes. No que respeita à duração dos sintomas, 43,1% dos doentes referiu ter sintomatologia há mais de uma semana, enquanto que 29,0% teve duração inferior a um dia. A maioria não tinha sido avaliada por um médico nos últimos três dias (79,1%), sendo o SU o primeiro contacto com os serviços de saúde.

Tabela 5. Motivo de admissão no SU (n=449)

Motivo admissão	Doentes não urgentes (%)	Doentes Urgentes (%)	Total (%)
Sintomas Músculo-Esqueléticos	37,0	23,1	25,6
Sintomas Gastrointestinais	7,4	20,4	18,0
Sintomas Respiratórios	8,6	17,4	15,8
Sintomas Cardiovasculares	3,7	7,6	6,9
Sintomas Dermatológicos	7,4	6,5	6,7
Sintomas Genito-Urinários	3,7	6,3	5,8
Sintomas Oftalmológicos	16,0	3,0	5,3
Sintomas Ginecológicos	3,7	4,9	4,7
Sintomas Neurológicos	3,7	4,9	4,7
Sintomas ORL	7,4	3,5	4,2
Sintomas Estomatológicos	0,0	1,9	1,6
Sintomas Hematológicos	1,2	0,3	0,4
Sintomas Vasculares	1,2	0,3	0,4
Sintomas Psiquiátricos	0,0	0,3	0,2

Os motivos mais referidos que determinaram a procura do SU, em detrimento de outros cuidados de saúde (Tabela 6), são: autoperceção de gravidade dos seus sintomas, realização de análises ou exames de imagem, proximidade e acessibilidade do hospital, realização de medicação ou outros tratamentos imediatos, indisponibilidade do centro de saúde por falta de vaga ou estar encerrado e cuidados de maior qualidade no SU face ao centro de saúde.

Tabela 6. Motivos para recorrer ao SU (n=449)

	N	%
A gravidade dos meus sintomas justifica a minha vinda à urgência	376	83,7
Realização de análises/exames de imagem	168	37,4
Proximidade e acessibilidade do hospital	110	24,5
Realização de medicação ou outros tratamentos imediatos	109	24,3
Cuidados de maior qualidade no SU do que no centro de saúde	70	15,6
Sem vaga de agendamento de consulta no centro de saúde	66	14,7
Médicos mais qualificados no SU	59	13,1
Flexibilidade dos horários de funcionamento, sem necessidade de marcação prévia	50	11,1
Centro de saúde encerrado	43	9,6
Sem custo/custo reduzido	38	8,5
Qualidade das instalações	40	8,9
Rapidez do atendimento	27	6,0
Má experiência com outros serviços de saúde no passado	15	3,3
Obter CIT ou atestado médico	12	2,7
Sem nenhuma razão particular	12	2,7

Quando avaliamos apenas o grupo de doentes em que a sua ida à urgência foi considerada desnecessária (n=81), os motivos mais referidos são os mesmos. Ao realizar o mesmo exercício com o grupo de doentes que foram ao SU sem referenciação prévia, constata-se que os motivos são também semelhantes, com a exceção da flexibilidade dos horários de funcionamento sem necessidade de marcação prévia que se apresenta como quarto motivo mais frequente. Para além disso, evidencia-se um aumento substancial da percentagem de doentes que refere a realização de análises/exames de imagem, bem como de medicação ou outros tratamentos imediatos como motivos de vinda ao SU (63,8% e 42,5%, respetivamente).

Tabela 7. Motivos para recorrer ao SU por doentes não referenciados (n=80)

	N	%
A gravidade dos meus sintomas justifica a minha vinda à urgência	65	81,3
Realização de análises/exames de imagem	51	63,8
Realização de medicação ou outros tratamentos imediatos	34	42,5
Proximidade e acessibilidade do hospital	25	31,3
Flexibilidade dos horários de funcionamento, sem necessidade de marcação prévia	17	21,3
Cuidados de maior qualidade no SU do que no centro de saúde	16	20,0
Sem vaga de agendamento de consulta no centro de saúde	12	15,0
Médicos mais qualificados no SU	14	17,5
Qualidade das instalações	11	13,8
Sem custo/custo reduzido	9	11,3
Centro de saúde encerrado	7	8,8
Rapidez do atendimento	6	7,5
Má experiência com outros serviços de saúde no passado	4	5,0
Sem nenhuma razão particular	2	2,5
Obter CIT ou atestado médico	0	0,0

A perceção da gravidade dos sintomas pelos próprios doentes foi analisada conforme a classificação em urgência desnecessária ou não, sendo que na sua maioria, consideravam os seus sintomas como muito urgente ou urgente, em ambos os grupos, independentemente da sua classificação (69,1% e 83,7%, respetivamente).

Durante o período de permanência no SU, 67,0% dos doentes realizaram análises e/ou exames de imagem, 26,1% realizaram algum tipo de tratamento, seja medicação ou sutura, e 1,6% necessitou de emissão de CIT. A 18,9% dos doentes foi apenas prescrita medicação para o domicílio, e, por fim, somente 2,4% dos doentes não necessitou de qualquer intervenção. A maioria teve alta com encaminhamento para o centro de saúde ou médico de família (43,2%) ou para o exterior (40,8%), tendo apenas 9,4% dos doentes necessidade de internamento, transferência ou marcação de consulta externa ou hospital de dia. 2,7% dos doentes abandonaram o SU antes de serem avaliados ou de terem alta pelo médico.

Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas"

Ao longo dos cinco meses de implementação do Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas" (indicadores de monitorização apresentados no Anexo 5) foram contabilizados 82 067 episódios de urgência, distribuídos entre as várias unidades de saúde da ULS, dos quais 44 264 correspondem ao SU Geral do HSS. Em relação ao ano anterior, houve uma redução de 20 279 episódios, com uma variação de -21,0%. 84,0% dos doentes foram referenciados pelos vários sistemas de saúde (SNS24, INEM e CSP), enquanto 16,0% dos doentes não foram referenciados. Houve um aumento de 55 pontos percentuais (pp) na referenciação efetuada pelo SNS24 e 5 pp pelo INEM, contrastando com a diminuição da proporção de doentes não referenciados em 62 pp. A maioria dos doentes que acederam ao SU tinham gravidade clínica, sendo a pulseira amarela, segundo a Triagem de Manchester, a mais frequente. Apesar disso, ainda 3,9% dos doentes com baixa gravidade clínica, triados com pulseira branca, azul e verde, segundo a Triagem de Manchester, recorreram ao SU sem referenciação prévia.

A taxa de ocupação das vagas nos CSP foi de 83,0% durante o período monitorado, registando-se 20 160 consultas realizadas por estes cuidados, refletindo uma alta utilização dos serviços oferecidos por eles. De evidenciar que 148 consultas foram marcadas pelo SU nos CSP, para doentes cujas necessidades não eram urgentes. No entanto, 71 doentes foram atendidos no SU por falta de vaga nos CSP, o que aponta para uma possível limitação na

sua capacidade de resposta em certos momentos.

Quando questionados, 75,9% dos doentes conheciam o projeto e 88,1% consideraram-no útil. Mesmo quando avaliamos a relevância do projeto apenas na amostra que conhece o projeto, verifica-se que a maioria continua a considerá-lo útil (89,7%).

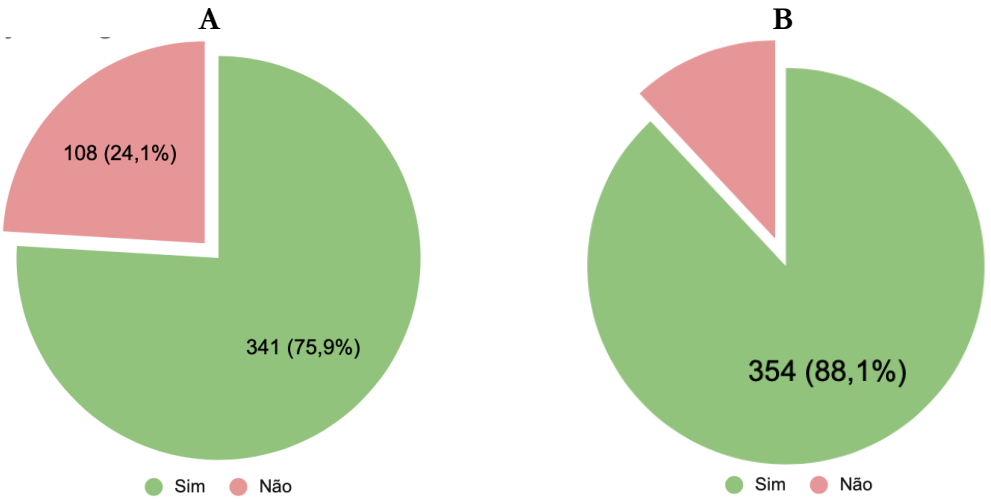


Figura 15. Conhecimento (A) e relevância (B), respetivamente, do Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas" (n=449)

Apesar da implementação do projeto, ainda se verificou que 26,8% dos doentes atendidos no SU da ULS EDV e 11,3% no SU do HSS eram não urgentes, segundo os últimos dados fornecidos (julho de 2024). Nesse sentido, é crucial realizar uma análise aprofundada desse grupo e identificar os fatores que contribuem para essa utilização inadequada do SU.

Testes às diferenças entre episódios de urgência necessária e desnecessária

Foram aplicados testes às diferenças na proporção de urgências desnecessárias por grupos de doentes, através do teste Z no caso de variáveis com dois grupos, e do teste do Qui-quadrado no caso de variáveis com mais de dois grupos. Efetuou-se estes testes tanto para a base de dados geral (Anexo 6) como para a base de dados dos doentes que apenas preencheram o inquérito (Anexo 7). Resultados semelhantes foram observados na análise da ambas as bases de dados, para as variáveis comuns, embora com maiores diferenças nas proporções, entre os doentes que preencheram os questionários, possivelmente devido ao menor tamanho da amostra. A única discrepância entre os resultados foi encontrada na variável "idas ao SU no último ano", onde as conclusões foram opostas. No entanto, iremos privilegiar a conclusão obtida a partir da amostra de maior dimensão.

Verificou-se que as diferenças na proporção de urgências desnecessárias foram estatisticamente significativas a um nível de 5% em relação aos seguintes fatores:

- Isenção de taxa moderadora ($p<0,001$): os isentos recorrem menos ao SU (11,0%) de forma desnecessária, em comparação com os não isentos (13,6%);
- Inscrição no centro de saúde ($p=0,00025$): a proporção de urgências desnecessárias foi inferior nos doentes inscritos (12,1%), em relação aos não inscritos (19,4%);
- Presença de MF ($p<0,001$): os doentes com MF tinham uma menor proporção de urgências desnecessárias (16,0%) em comparação com aqueles sem MF (54,2%);
- Conhecimento sobre serviços de saúde:
    - Consultas de doença aguda nos CSP ($p<0,001$): a falta de conhecimento sobre a sua existência resultou numa maior proporção de urgências desnecessárias (33,3%);
    - SNS24 ($p<0,001$): o seu desconhecimento esteve associado a uma proporção maior de urgências desnecessárias (72,7%).
- Dia da semana ($p<0,007$) e período do dia ($p<0,001$) da admissão do episódio de urgência: em que há uma maior proporção de urgências desnecessárias durante os dias úteis e pelo período de manhã;
- Autoperceção da gravidade dos sintomas ($p<0,001$): quanto maior a gravidade percebida dos sintomas, menor a proporção de urgências desnecessárias;
- Local preferido para avaliação inicial quando está doente ($p=0,0425$): aqueles que preferiram farmácias tiveram a maior proporção de urgências desnecessárias (75,0%), seguidos pelos que escolheram o centro de saúde (18,5%), o SU (18,0%), o SNS24 (17,4%), e, finalmente, os serviços privados (9,5%).
- Duração dos sintomas ($p=0,00875$): a proporção de urgências desnecessárias foi significativamente maior para sintomas com mais de 1 semana de duração (26,7%);
- Motivo de admissão ($p<0,001$): os problemas sociais e os sintomas ORL e psiquiátricos foram mais associados a urgências desnecessárias.

Para avaliar as diferenças de variáveis quantitativas entre os doentes urgentes e não urgentes, testou-se a hipótese da igualdade das médias entre os dois grupos, por intermédio do teste t, para a base de dados geral (Anexo 8) e dos questionários preenchidos (Anexo 9), obtendo-se resultados para um nível de significância de 5%. Em relação à distância da residência do doente ao hospital, verificou-se que os doentes não urgentes residiam mais

próximos do hospital (13,8 km) em comparação com os doentes considerados como urgentes (14,7 km) (p=0,0016). Além disso, os doentes não urgentes dirigiram-se, significativamente, mais ao SU no último ano (1,9 idas), em comparação com os doentes com urgências necessárias (1,5 idas) (p=0,0027). Também foi observada uma diferença significativa na idade dos doentes, sendo os não urgentes, em média, mais jovens (53,6 anos) em comparação com aqueles cujas urgências foram classificadas como necessárias (58,4 anos) (p<0,001). Todas as outras variáveis testadas, não obtiveram diferenças estatisticamente significativas.

Preditores de episódios de urgência não urgente

Para estudarmos a influência de diversos fatores na probabilidade de um episódio ser uma urgência desnecessária, estimamos um modelo econométrico, tendo por variável explicada uma binária que assume o valor 1 se o episódio é de urgência desnecessária, tanto para todos os doentes que acederam ao SU durante o período de estudo (Anexo 10) como para apenas os que preencheram o inquérito (Anexo 11). Atenta a natureza desta variável, optámos por estimar um modelo de escolha binária com termo de perturbação assumido como tendo uma distribuição de probabilidade logística (designado por "modelo logit" ou "regressão logística").[6] Escolhemos como variáveis explicativas as que nos testes de hipóteses revelaram estar na base de diferenças estatisticamente significativas na variável explicada. Idade e sexo foram incluídas como variáveis de controlo, embora o sexo se tenha revelado estatisticamente insignificante. Foi previamente analisada a correlação entre todas as variáveis explicativas no sentido de se prevenir problemas de multicolinearidade. Por esse motivo, foi excluída a variável "autoperceção da gravidade".

Os modelos estimados revelaram que, por cada ano adicional de idade, a probabilidade de um episódio ser classificado como uma urgência desnecessária tem uma *odds* menor em 1,1% (OR=0,989). A variável sexo não teve significância estatística no modelo. Adicionalmente, por cada quilómetro adicional de distância entre a residência do doente e o hospital, a *odds* de um episódio ser classificado como urgência desnecessária é menor em 1,0% (OR=0,990). Ter um médico de família atribuído está associada significativamente a uma menor probabilidade de um episódio ser considerado desnecessário, com *odds* 81,0%

[6] Sobre a especificação, estimação e interpretação do modelo logit, veja-se, por exemplo, Cross, C., Daniel, W. W. (2018). Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences, 11th Edition. 1-720. John Wiley & Sons.

(OR=0,190) menores em relação aqueles sem inscrição e médico de família, respetivamente. Tanto o conhecimento da existência de consultas agudas nos CSP como do SNS24 demonstraram ser fortes fatores de proteção, em que quem detém esse conhecimento apresenta *odds* 57,0% (OR=0,428) e 91% (OR=0,089) menores de usar o SU de forma inadequada. Por outro lado, por cada ida adicional ao SU no último ano, há uma probabilidade maior em 1,8% de um episódio ser classificado como uma urgência desnecessária (OR=1,018). A probabilidade de uma urgência ser considerada desnecessária, é influenciada tanto pelo dia da semana como pelo período do dia. Especificamente, em dias úteis, a probabilidade da sua ocorrência é maior em 17,9% (OR=1,179) em comparação com fins-de-semana e feriados. O período do dia exerce igualmente um impacto significativo: durante a manhã, a sua probabilidade é 63,7% maior (OR=1,637) e durante a tarde é 44,6% maior (OR=1,446). Finalmente, para um nível de significância de 10,0%, a isenção de taxa moderadora está associada a uma probabilidade 11,2% menor de ocorrência de episódios de urgência cuja gravidade clínica é baixa (OR=0,888).

Em termos de diagnóstico da qualidade do modelo, é importante destacar que foi realizado o linktest (Pregibon, 1980)[7], o qual não revelou problemas de especificação, ou seja, não há variáveis no modelo que não deveriam estar incluídas, nem há variáveis relevantes em falta. Além disso, a regressão mostrou-se globalmente significativa, com Prob>chi2 igual a zero, o que indica que o modelo tem um bom ajuste geral. O valor do Pseudo R^2 foi de 16,7% que representa uma medida de goodness-of-fit.

Doentes hiperfrequentadores

Para além da utilização inadequada, existe outra utilização que também impacta os serviços de saúde, sendo ela a utilização frequente. Segundo dados mais recentes (novembro 2023), os doentes hiperfrequentadores, aqueles que recorrem ao SU quatro ou mais vezes durante o último ano, representem a nível nacional 3,6% e na ULS EDV 4,1%, estando ligeiramente acima da média nacional[8]. Estes representam 11,1% do total de doentes, com idade média de 65,8 anos (DP = 20,6 anos), sendo significativamente mais velhos (9 anos a mais) do que os não-hiperfrequentadores (p<0,001), após aplicação do teste t. Verifica-se ainda que os doentes com mais de 65 anos são a faixa etária que tem uma utilização mais

[7] Pregibon, D. (1980). Goodness of link tests for generalized linear models. Applied Statistics 29: 15–24.

[8] Dados recolhidos a 1 de agosto de 2024 no portal de indicadores de monitorização dos hospitais pela ACSS, disponível em https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard

frequente do SU representando 55,3%, seguido da faixa etária dos 56 aos 65 anos (14,6%). A maioria é do sexo feminino (52%), isenta de taxa moderadora (69,9%) e pertence a um centro de saúde (97,3%). Este conjunto de doentes recorre mais ao SU em dias úteis (70,5%) e durante o período da tarde (40,0%), sendo que 11,2% correspondem a urgências consideradas desnecessárias. Quanto à proveniência, 47,9% são transportados pelo INEM, 33,0% foram referenciados pelo SNS24 e 13,9% vieram por iniciativa própria ao SU. Os cinco motivos de admissão mais frequentes, dos identificados, foram por ordem decrescente sintomas músculo-esqueléticos (29,6%), genito-urinários (16,7%), respiratórios (12,4%), gastrointestinais (11,6%) e cardiovasculares (10,3%).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo fornecem uma visão abrangente sobre a utilização do SU do HSS da ULS EDV, destacando padrões de utilização e fatores influenciadores da decisão dos doentes em recorrer a esses serviços. A análise detalhada dos dados permite compreender melhor os desafios enfrentados pelo sistema de saúde na gestão da procura por cuidados de urgência, com o objetivo de criar respostas mais eficazes e de maior qualidade tanto para os doentes urgentes, como também para os doentes não urgentes. Não se trata apenas de diminuir o número de urgências desnecessárias no SU, mas também de encaminhá-las para um local mais apropriado para a resolução do seu problema de saúde, sendo os CSP uma possível via alternativa.

Durante o período de estudo, 10 333 doentes recorreram ao SU, dos quais 12,3% (n=1272) foram classificados como não urgentes, evidenciando que ainda há uma parcela significativa de doentes que utiliza inadequadamente os recursos do SU. Essa utilização indevida contribui para a sobrecarga do serviço, resultando em piores desfechos para os doentes, devido a tempos de espera mais prolongados, atrasos no diagnóstico e início de tratamentos (Scherer et al., 2017; Unwin, Crisp, Rigby, & Kinsman, 2018), ou até mesmo o atendimento inadequado de casos considerados urgentes (Afilalo et al., 2004; Tapia et al., 2022). No decorrer do estudo, esta última situação ocorreu a 210 doentes considerados urgentes (2,0%), que abandonaram o SU antes de serem avaliados ou terem alta clínica.

Em relação aos dados sociodemográficos destes doentes, a maioria era do sexo feminino, com idade mais velha, menores habilitações literárias e estava empregada. O mesmo perfil foi observado entre os doentes não urgentes, exceto existir predominância de idades mais jovens com média de 53,6 anos ($p<0,001$) que vai ao encontro dos achados reportados na literatura (Afilalo et al. 2004; Alnasser et al., 2023; Carret et al., 2006; Dixe et al., 2018; El Masri et al., 2020; Idil et al., 2018). A aplicação do modelo de regressão logística multivariada não revelou influência do sexo, mas sim da idade (OR=0,989) nas urgências desnecessárias, embora esse efeito tenha sido modesto. Isto reflete uma população em idade ativa que frequentemente pode recorrer ao SU por conveniência ou devido a dificuldades de acesso a outros serviços de saúde. Além desses fatores, tal como El Masri et al. (2020), a distância do hospital ao domicílio revelou ser um preditor de urgência desnecessária (OR=0,990), em que doentes que residem mais perto do hospital usam mais

o SU de forma inadequada, talvez pela conveniência de um acesso mais rápido.

No que diz respeito aos dados socioeconómicos, sendo o SU um serviço 24 horas aberto, sem limite na oferta dos cuidados, é frequentemente o primeiro contacto com os cuidados de saúde para doentes isentos, que representam cerca de metade das admissões. Existem diferenças estatisticamente significativas entre as urgências consideradas desnecessárias e as que não o foram, onde os utentes não isentos apresentaram uma proporção maior de uso indevido do SU (p=0,0160). A isenção foi, também, associada a menos 11,2% na probabilidade de urgência ser desnecessária (OR=0,888). Estes resultados devem suscitar uma reflexão cuidada, dado que a implementação de taxas moderadoras é uma das estratégias implementadas para reduzir o número de doentes não urgentes no SU. No entanto, é de referir que, desde o fim do ano de 2019, o pagamento de taxas moderadoras é cobrado apenas aos doentes não isentos que não tenham nenhuma referenciação prévia do SNS (centros de saúde ou SNS24) ou que não fiquem internados por aquele episódio de urgência.[9] Isso significa que muitos dos doentes não isentos, muitas vezes associados a urgências desnecessárias, se forem referenciados previamente ou internados, acabam por evitar a taxa moderadora, diminuindo o efeito de desincentivo da procura do SU com a política de isenção. Porém, se classificarmos os doentes como isentos adicionando esses dois critérios (ser referenciado ou internado), os resultados são idênticos. Isto demonstra que a taxa moderadora poderá não ser um fator decisivo para a procura de cuidados no SU dos doentes não urgentes. Estas conclusões vão ao encontro dos resultados obtidos por Oliveira (2020), em que a maioria dos doentes não urgentes mostrava-se inflexível em trocar de serviço, mesmo que fosse o mais adequado para a sua situação clínica, estando mesmo dispostos a pagar uma sobretaxa, até ao valor de 17,02 EUR, para serem atendidos no SU. Gentile et al. (2010) também verificou que, apesar de 68,2% dos doentes não urgentes aceitarem ser redirecionados para outro serviço de saúde, 41,0% dos doentes que o recusaram, estavam também dispostos a pagar uma sobretaxa para poderem ser atendidos no SU.

Relativamente à análise dos motivos de admissão das urgências desnecessárias, observou-se que os sintomas músculo-esqueléticos foram os mais frequentes, que se pode dever a fatores ocupacionais, dada a grande área industrial que a ULS abrange, merecendo uma

[9] Lei n.º 84/2019 - Diário da República n.º 168/2019, Série I de 2019-09-03 e Decreto-Lei n.º 2/2022 - Diário da República nº 103/2022, Série I de 2022-05-27, consultados a 25 de agosto de 2024

análise mais detalhada em estudos futuros. Esses resultados são consistentes com os achados de outros estudos, como o de Idil et al. (2018) e Scherer et al. (2017), onde as queixas musculoesqueléticas também foram prevalentes entre os doentes não urgentes. Além disso, foi observada uma maior proporção de urgências desnecessárias relacionadas com problemas sociais ($p<0,001$), em que os doentes recorrem ao SU não por necessidade de atendimento urgente, mas sim reflexo de falta de apoio familiar ou dificuldades financeiras. Estas lacunas na articulação entre os serviços de saúde e sociais, também devem ser alvo de enfoque para evitar a sobrecarga do SU. Adicionalmente, uma maior duração dos sintomas (mais de uma semana), foi associada a uma maior proporção de urgências desnecessárias (26,7%, $p=0,00875$), achado corroborado por Dixe et al. (2018).

Quanto aos atos realizados durante o período de permanência no SU, a maioria dos doentes realizou exames complementares de diagnóstico e/ou tratamentos imediatos. Esses atos são frequentemente mencionados pelos doentes como motivos para recorrer ao SU em vários estudos (Alnasser et al., 2023; Dixe et al., 2018), tendo-se verificado também no presente estudo. Muitos dos exames e tratamentos efetuados poderiam ser realizados noutros tipos de cuidados, dado a sua baixa complexidade, o que impõe a questão se deveriam os CSP serem dotados desses recursos, de modo a evitar a sobrelotação do SU. Contudo, o principal motivador para a procura do SU, independentemente do doente ser autoreferenciado ou classificado não urgente, foi a autoperceção de gravidade dos seus sintomas, tal como evidenciado por Dixe et al. (2018) e Afilalo et al. (2004). Adicionalmente, demonstrou-se que quanto maior a gravidade percebida dos sintomas, menor a proporção de urgências desnecessárias ($p<0,001$), o que reflete a importância dessa perceção no comportamento dos doentes. Estes resultados sugerem que intervenções educacionais focadas na autoperceção correta da gravidade dos sintomas são fundamentais. Além disso, a proximidade e acessibilidade do hospital, bem como a perceção de cuidados de maior qualidade no SU em comparação com o centro de saúde, também se estabeleceram como fatores influentes, tal como nos estudos de Afilalo et al. (2004), Scherer et al. (2017) e Usher-Pines et al. (2013). Apesar da emissão de CIT ter sido estendida ao setor social, privado e aos serviços de urgência em março de 2024[10], não parece ter impacto no aumento de episódios de urgência, dado que apenas uma pequena percentagem (2,7%) de doentes que procurou o SU mencionou a necessidade de emissão

[10] Decreto-Lei n.º 2/2024 - Diário da República n.º 4/2024, Série I de 2024-01-05, consultado a 25 de agosto de 2024

do CIT como motivo para a sua ida. Contudo, é possível que exista um viés de subdeclaração, em que os doentes não admitam abertamente a necessidade de obter CIT. No entanto, esses dados foram corroborados pelo facto de que o CIT foi emitido a apenas 1,6% dos doentes que preencheram o questionário. Porém, mais uma vez, poderá existir um viés de registo, uma vez que foram analisados apenas os registos clínicos do episódio de urgência, dado a impossibilidade da consulta da plataforma nacional de emissão de CIT, levando a uma subestimação. Portanto, para uma análise mais completa, seria necessário um cruzamento de informações entre os registos clínicos e a plataforma de emissão de CIT.

A continuidade dos cuidados de saúde desempenha um papel crucial na redução de episódios de urgência inadequados, e essa importância é confirmada por estudos que analisam o comportamento dos doentes. Um exemplo disso é um estudo realizado por Pourat et al. (2015), na Califórnia, que demonstrou que os doentes acompanhados regularmente pelo seu MF recorrem menos vezes ao SU e apresentam menor número de hospitalizações. Estes dados sugerem que um acompanhamento consistente pode prevenir tanto a utilização excessiva e desnecessária dos serviços de urgência, como melhorar os resultados em saúde, destacando a importância de existir uma boa acessibilidade aos CSP e uma relação contínua com o seu MF. Esses factos foram também corroborados nos estudos de Afilalo et al. (2004), Dixe et al. (2018) e El Masri et al. (2020), tal como no presente estudo, onde existe uma elevada cobertura por médico de família – 97,3% no geral e 91,4% entre os doentes não urgentes. Ter um médico de família atribuído resulta em odds menores (OR=0,190) de um episódio ser considerado desnecessário, em relação àqueles sem médico de família, além de estar associado a uma menor proporção de urgências desnecessárias (16,0% vs 54,2% para aqueles sem MF, $p<0,0001$). Esses resultados destacam a importância não só de assegurar o acesso aos CSP, mas também de fomentar a inscrição e a atribuição de um médico de família. Assim, tanto a acessibilidade como a continuidade dos cuidados, através de um vínculo sólido com os CSP, são estratégias fundamentais para melhorar a gestão da saúde dos doentes e aliviar a pressão sobre os serviços de urgência.

Contudo, mesmo com essa ampla cobertura, a existência neste estudo de 11,1% de doentes considerados como hiperfrequentadores levanta questões sobre a adequação do seguimento destes nos CSP. Estimou-se que, por cada ida adicional ao SU no último ano,

há uma maior probabilidade de um episódio ser classificado como uma urgência desnecessária (OR=1,018), sendo necessário avaliar não só o uso inadequado, mas também o frequente. Este grupo específico, composto principalmente por indivíduos mais velhos, do sexo feminino, com baixa escolaridade, isentos de taxa moderadora e portadores de doenças crónicas, tende a utilizar o SU de forma recorrente, mesmo em situações não urgentes, representando estas 11,2% das suas admissões. Oliveira (2020) e Gomes (2014) também identificaram essas mesmas mesmas características, exceto este último na questão da isenção, com doentes hiperfrequentadores a não serem isentos. Estes dados sublinham a necessidade de estratégias de seguimento mais personalizadas, que incluam planos individuais de cuidados para melhor seguir este grupo vulnerável. Estudos anteriores, como o de Gonçalves et al. (2022), demonstraram a eficácia de intervenções de gestão de casos de utilizadores frequentes do SU, centradas no doente, conduzidas por equipas multidisciplinares. Essas intervenções resultaram numa redução significativa de 51,0% nas idas ao SU e nas hospitalizações, além de uma economia significativa de custos em 43,6%. Esse modelo de identificação e gestão de casos pode servir como referência para a implementação de estratégias similares, focadas na redução da utilização inadequada do SU por parte de hiperfrequentadores e na melhoria da qualidade do seguimento desses doentes nos CSP.

Além dos aspetos enunciados, o conhecimento sobre a existência de alternativas ao SU, como as consultas de doença aguda nos CSP ($p<0,001$) e o SNS24 ($p<0,001$), mostrou ser um fator protetor significativo contra o uso inadequado dos serviços de urgência, tal como concluiu Scherer et al. (2017) e Dixe et al. (2018). Doentes informados sobre essas alternativas apresentaram taxas significativamente menores de urgências desnecessárias, quando comparados com aqueles que não tinham conhecimento dessas opções. Esses resultados evidenciam a necessidade de campanhas junto da comunicação social, tanto local como nacional, para garantir que os doentes estejam bem informados sobre as alternativas disponíveis e possam utilizá-las de maneira eficaz. Especificamente, quando os doentes tinham conhecimento sobre consultas de doença aguda e o SNS24 existia menor probabilidade de um uso inadequado do SU em 57,0% (OR=0,428) e 91,0% (OR=0,089), respetivamente, sublinhando a importância de estratégias de aumento de literacia dos doentes eficazes para aliviar a pressão sobre os serviços de urgência. Campanhas educativas podem ser uma ferramenta eficaz para informar a população sobre quando e como utilizar o SNS24 e os CSP, e sobre as diferentes alternativas de cuidados disponíveis, incentivando

um uso mais racional dos recursos de saúde.

O alargamento do horário de funcionamento dos CSP é outra das medidas adotadas na tentativa de redução da afluência do SU. No entanto, a análise revelou que há uma maior proporção de urgências desnecessárias durante os dias úteis ($p<0,007$) e no período da manhã ($p<0,001$), sendo a sua ocorrência mais provável para ambas as situações (OR=1,179 e OR=1,637, respetivamente). Estes resultados indicam que, principalmente, as manhãs em dias úteis são períodos mais críticos para a ocorrência de urgências desnecessárias, reforçando a necessidade de intervenções direcionadas para esses períodos específicos. Estes achados são corroborados pela literatura (Afil et al., 2020; Alnasser et al., 2023; Carret et al., 2006; Dixe et al., 2018; El Masri et al., 2020), que também concluiu que o SU é preferido durante horários em que os CSP ainda estão em funcionamento, sugerindo que este último poderia ter sido uma alternativa para os cuidados de saúde dos doentes não urgentes. Apesar disso, o número de atendimentos por falta de vaga nos CSP durante os cinco meses de implementação do projeto "Ligue Antes, Salve Vidas" foi de apenas 71 doentes que, juntamente com o facto de que 23,8% dos doentes que preencheram o questionário referirem ter-se dirigido ao SU por indisponibilidade do centro de saúde, quer seja por falta de vaga de agendamento ou por este se encontrar encerrado, reflete ainda alguma incapacidade de resposta dos CSP. Este padrão pode sugerir uma disponibilidade limitada na capacidade destes serviços em absorver todos os casos não urgentes, durante esses horários, com muitos deles, possivelmente, a atingir o limite da sua capacidade de resposta, levando os doentes a procurarem o SU como alternativa viável. Esta alternativa acaba por, também, ser mais atrativa por ser possível o seu atendimento sem agendamento prévio e no próprio dia, ao contrário dos CSP, em que é agendada uma consulta para o próprio ou dia seguinte. Apenas redirecionar esses doentes para os CSP é, portanto, uma abordagem simplista para um problema mais complexo. É, portanto, essencial desenvolver estratégias mais eficazes para direcionar e acolher adequadamente os doentes nos serviços de saúde mais apropriados, evitando a sobrecarga do SU, mas sem comprometer o funcionamento dos CSP. Mais uma vez, o reforço de recursos técnicos nos CSP, bem como a centralização do agendamento das consultas de doença aguda no SNS24 a todas as UF, poderão ser algumas das medidas.

O SNS24 tem-se consolidado como um componente central na gestão do fluxo de doentes nos cuidados de saúde urgentes, sendo responsável pela orientação inicial de 33,0% dos

doentes que procuraram o SU, durante o período de estudo. A sua eficácia foi avaliada por Simões, Gomes e Natário (2021) que reconheceram o SNS24 como ferramenta essencial na redução de idas desnecessárias aos serviços de urgência, contribuindo para economias substanciais no sistema de saúde português. Adicionalmente, quando questionado onde os doentes preferiam ser avaliados primeiro quando ficam doentes, o local mais frequentemente mencionado foi o SN24 (37,2%), seguido do centro de saúde (32,5%), o que demonstra a confiança dos doentes neste serviço como ponto de triagem inicial. O SNS24 foi também considerado um dos locais de preferência associado a uma menor proporção de urgências desnecessárias (p=0,0425). Contudo, entre os doentes que não apresentavam urgência clínica, uma grande parte (43,0%) foi referenciada pelo SNS24 para o SU, levantando questões sobre a eficácia do processo de triagem e orientação realizada por este serviço. Isto porque o SN24, neste momento, consegue agendar de forma direta consultas de doença aguda nos CSP, para os doentes não urgentes, no próprio dia ou no dia seguinte. Isso sugere que, embora o serviço desempenhe uma função importante, há espaço para melhorias, particularmente na capacidade do SNS24 orientar de forma mais precisa os doentes com sintomas menos graves para alternativas mais adequadas, como consultas de doença aguda ou fornecer orientações sobre autocuidados no domicílio. Assim, é necessário fortalecer a integração entre o SNS24 e os serviços de saúde locais, através da criação de protocolos mais claros e uma comunicação mais direta entre o SNS24 e os CSP. A utilização de tecnologias como a telemedicina, integrada no serviço do SNS24, ou de um interlocutor médico para esclarecer dúvidas, poderiam ser estratégias a ser exploradas como forma de oferecer uma avaliação mais detalhada e diminuir ainda mais as idas desnecessárias aos SU. Outro ponto relevante é o transporte dos doentes, uma vez que 32,8% dos doentes não urgentes foram transportados pelo INEM, ressaltando a importância de uma triagem pré-hospitalar eficaz, onde o SNS24, em conjunto com os serviços de emergência, pode desempenhar um papel crucial na determinação da necessidade real de transporte para um SU.

Impacto do Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas"

O impacto do projeto "Ligue Antes, Salve Vidas", implementado em março de 2024 na ULS EDV, deve ser avaliado a três níveis: efeito sobre os episódios de urgência; satisfação da população abrangida pelo projeto quanto ao novo modelo de funcionamento; efeito sobre o funcionamento das unidades de saúde pertencentes à ULS EDV, dado que podem

receber uma procura adicional, podendo interferir com a sua atividade normal. Ora os dois primeiros foram avaliados pelo presente estudo, sendo que o funcionamento das unidades de saúde foi apenas avaliado através da taxa de ocupação de consultas de doença aguda nos CSP, pelo que mais estudos seriam de interesse nesse sentido. Em relação ao efeito sobre as urgências hospitalares, verificou-se uma redução elevada do total de episódios, com uma descida expressiva dos doentes considerados não urgentes, representando 26,8% dos doentes. Para além disso, os resultados do projeto foram bastante favoráveis, com um aumento significativo dos utentes referenciados, um crescimento dos utentes que ficaram em autocuidados, uma referenciação considerável para as equipas de saúde familiar, e, acima de tudo, um aumento da satisfação dos utentes, assegurando-se qualidade e segurança. Especificamente, 75,9% (n=341) dos doentes conhecem o projeto e 88,1% (n=354) consideram-no útil, sugerindo um alto nível de conhecimento e aceitação do mesmo. No entanto, apesar da redução das urgências desnecessárias ainda existe um espaço de melhoria, sendo importante identificar as barreiras que impedem os doentes de utilizarem alternativas ao SU. O presente estudo aponta para que esses obstáculos sejam devidos à falta de conhecimento de alternativas ao SU ou dificuldades de acesso aos CSP, sendo necessário reforçar as estratégias de comunicação e educação dos doentes, bem como de melhorar a acessibilidade e a perceção de qualidade dos CSP.

Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Em primeiro lugar, o estudo foi realizado durante o mês de maio, não se avaliando os possíveis efeitos da sazonalidade. Além disso, o estudo foi efetuado em apenas um hospital de uma ULS, o que pode limitar a generalização dos resultados para outros contextos ou regiões com diferentes características demográficas, culturais ou socioeconómicas. A classificação dos doentes em urgências desnecessárias ou não, baseada na prioridade atribuída pela triagem de Manchester, representa outro viés, dado que existe controvérsia na literatura quanto a essa classificação. Outros estudos classificam-nos com base na realização de métodos complementares de diagnóstico ou necessidade de internamento (Pereira et al., 2001). Adicionalmente, ocorreu o viés de amostragem decorrente do número relativamente reduzido de questionários analisados (n=449), o que pode limitar a generalização dos resultados para a população total que recorre ao SU da ULS EDV. A colheita de dados enfrentou desafios operacionais, especialmente no início do

projeto, devido à limitada capacidade de colaboração do secretariado clínico do SU na entrega dos questionários, o que pode ter impactado a adesão dos doentes no seu preenchimento. A representatividade da amostra também pode ter sido afetada, pelo viés de seleção, dado que apesar da entrega dos questionários ter sido proposta a todos os doentes que acederam ao SU, apenas os mais "saudáveis" podem ter aceite participar no estudo, por não se encontrarem num estado clínico debilitado. Outro ponto crítico é a ausência de codificação adequada em mais de metade dos motivos de admissão, o que representa uma lacuna significativa nos dados, podendo estar relacionada com a sobrecarga de trabalho dos médicos no SU. Estas limitações sugerem que os resultados devem ser interpretados com cautela e indicam a necessidade de futuros estudos com amostras maiores para reforçar e validar as conclusões apresentadas.

CONCLUSÃO

O estudo realizado oferece uma compreensão detalhada sobre a utilização do SU do HSS da ULS EDV, identificando padrões de utilização e fatores influenciadores na sua procura, permitindo identificar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde, com o objetivo de aprimorar a qualidade e a eficácia das respostas tanto para doentes urgentes quanto para aqueles que não apresentam urgências reais. O foco não pode ser restrito apenas na redução do número de urgências desnecessárias no SU, que ainda regista 12,3% dos casos, mas também no encaminhamento dessas para locais mais apropriados, como os CSP. Este número significativo de doentes que utilizam inadequadamente os recursos do SU contribui para a sobrecarga do serviço, com consequências adversas na morbilidade e mortalidade destes, bem como na continuidade de cuidados.

A aplicação de um modelo de regressão logística multivariada indicou que fatores como sexo, idade, distância do hospital ao domicílio, dia da semana e período do dia influenciam a ocorrência de urgências desnecessárias, caracterizando este perfil de doente como de idades mais jovens e residentes mais próximos do hospital, que procura o SU de forma inadequada, durante os dias úteis e de manhã, provavelmente devido à conveniência e boa acessibilidade. A isenção ao ser associada a uma menor probabilidade de urgências desnecessárias, sugere que a política de isenção de taxas moderadoras não exerce o impacto esperado na redução do uso inadequado do SU. Isso corrobora estudos anteriores, que indicam que a taxa moderadora pode não ser um fator decisivo na procura por cuidados de urgência, em que muitos doentes estão mesmo dispostos a pagar sobretaxas para poderem ser atendidos no SU. Por conseguinte, o presente estudo revela que a redução da taxa de urgências desnecessárias deve-se focar em intervenções para além da implementação de taxas moderadoras.

A procura de cuidados de saúde urgentes, inicia-se pelo reconhecimento de um problema pelo doente e pela sua autoavaliação, seguindo, posteriormente, a escolha do local que o mesmo considera mais apropriado. A identificação dos motivos mais frequentes de ida ao SU revelou que fatores como autoperceção da gravidade e possibilidade de realização de métodos complementares de diagnóstico ou tratamentos imediatos são os mais frequentemente mencionados. É importante adotar estratégias que mimetizam estes aspetos como intervenções educacionais e a crescente difusão, junto da população, do

SNS24 que poderá ter um papel tranquilizador e informativo de autocuidados, sendo especialmente relevante este serviço dado ter sido demonstrado estar frequentemente envolvido na tomada de decisão dos doentes na procura do SU. É, portanto, necessário continuar a investir em estratégias de marketing que promovam a literacia dos doentes e o uso do SNS24 como primeiro ponto de contacto com o SNS. Adicionalmente, a disponibilização de recursos técnicos (análises, raio-X, eletrocardiograma, material de sutura, entre outros) nos centros de saúde poderia diminuir a perceção dos doentes que o SU é o local mais adequado para a realização de MCDTs, tornando os CSP em alternativas mais competitivas para reduzir a pressão sobre o SU. Deste modo, ao tornar a intervenção nos CSP semelhante à que seria no SU, contribuirá para a mudança comportamental dos doentes.

Além disso, a análise dos motivos de admissão mostrou que os sintomas músculo-esqueléticos foram os mais prevalentes entre as urgências desnecessárias, sugerindo a necessidade de estudos futuros para explorar mais detalhadamente essa associação. A ULS EDV abrangendo, também, uma grande área industrial, pode ter tido influência nestes resultados, ressaltando a importância de uma possível articulação com as empresas envolvidas, de modo a adotar políticas de prevenção, tanto de acidentes de trabalho como de doenças profissionais. Articulação essa que, também, deve ser promovida junto dos serviços sociais, dada a elevada proporção de urgências desnecessárias ter sido relacionada com problemas.

O impacto do projeto "Ligue Antes, Salve Vidas", implementado na ULS EDV, foi avaliado positivamente, com uma redução significativa no número de episódios de urgências desnecessárias, aumento das urgências referenciadas e satisfação dos utentes com este novo modelo de funcionamento, tendo implicações significativas para a prática clínica e para a formulação de políticas de saúde. Contudo, ainda há espaço para melhorias, que podem incluir o fortalecimento das campanhas de educação em saúde para aumentar o conhecimento e a confiança dos doentes nas alternativas ao SU, como o SNS24 e as consultas de doença aguda nos CSP. Isto porque o conhecimento do funcionamento dos vários cuidados de saúde (SNS24 e doença aguda nos CSP) aliado à presença de médico de família atribuído e inscrição no centro de saúde evidenciaram-se como fatores impactantes na redução de urgências desnecessárias. Deste modo, também, é necessário melhorar a acessibilidade destes cuidados alternativos, bem como melhorar de forma contínua os

processos de triagem e referenciação, podendo ajudar a garantir que os doentes sejam direcionados para o nível de cuidado mais adequado às suas necessidades. Desta forma, é importante continuar o reforço na contratação de profissionais nos CSP, para que a crescente procura por estes cuidados não afete tanto o seu funcionamento como a pressão nos seus profissionais. Também um redimensionamento das listas de utentes por médico pode permitir uma resposta mais eficaz através de um atendimento mais personalizado, preventivo e a longo prazo, características estas presentes apenas neste tipo de cuidados. Adicionalmente, é crucial continuar a monitorizar e avaliar a eficácia de intervenções como o projeto "Ligue Antes, Salve Vidas" e ajustar as estratégias conforme necessário. A integração de *feedback* dos doentes e dos profissionais de saúde pode ajudar a identificar barreiras e oportunidades para a melhoria contínua, pelo que deve existir uma plataforma de comunicação que continue a avaliar o projeto.

Por fim, o estudo identifica várias áreas críticas que necessitam de atenção, incluindo a necessidade de estratégias mais eficazes para direcionar os doentes para os serviços mais adequados, a importância de uma triagem pré-hospitalar mais eficiente, a integração mais robusta entre o SNS24 e os serviços de saúde locais e o aumento da literacia em saúde da população. Apesar das conclusões parecerem promissoras, deve-se interpretá-las de forma cuidadosa, dadas as limitações do estudo, como o período restrito de colheita de dados, reduzida amostra e a ausência de sazonalidade, sendo necessária a realização de futuros estudos com amostras maiores e mais representativas para validar e expandir as conclusões apresentadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS, IP. Indicadores de Monitorização dos hospitais. Disponível em: https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard. Última consulta a 25 de agosto de 2024.

Afilalo, J., Marinovich, A., Afilalo, M., Colacone, A., Léger, R., Unger, B., & Giguère, C. (2004). Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med, 11*(12), 1302-1310. doi:10.1197/j.aem.2004.08.032

Alnasser, S., Alharbi, M., A, A. A., Aal Ibrahim, A., Kentab, O., Alassaf, W., & Aljahany, M. (2023). Analysis of Emergency Department Use by Non-Urgent Patients and Their Visit Characteristics at an Academic Center. *Int J Gen Med, 16*, 221-232. doi:10.2147/ijgm.S391126

Berchet, C. (2015). Emergency Care Services. doi:https://doi.org/10.1787/5jrts344crns-en

Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. (2017). Primary Health Care Reform in Portugal: Portuguese, modern and innovative. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciencia & saude coletiva*, *22*(3), 701–712. https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016

Carret, M. L., Fassa, A. C., & Domingues, M. R. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica, 25*(1), 7-28. doi:10.1590/s0102-311x2009000100002

Carret, M. L., Fassa, A. G., & Kawachi, I. (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res, 7*, 131. doi:10.1186/1472-6963-7-131

Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga. Relatório de Contas e Gestão CHEDV 2021. Disponível em: https://www.chedv.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/26/2022/05/RGC20 2 1.pdf. Última consulta a 20 de janeiro de 2024.

Cross, C., Daniel, W. W. (2018). Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences, 11th Edition. 1-720. John Wiley & Sons.

de Almeida Simoes, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernandez-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health System Review. *Health Syst Transit, 19*(2), 1-184.

Decreto-Lei n.º 2/2024. Diário da República nº 4/2024, Série I de 2024-01-05. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 2/2022, de 27 de maio. Diário da República nº 103/2022, Série I de 2022-05-27. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

Dixe, M. A., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C., Lourenço, G., & Sousa, P. M. (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. Revista de Enfermagem Referência, 4(16), 41-52. https://doi.org/10.12707/RIV17095

El-Masri, M., Bornais, J., Omar, A., & Crawley, J. (2020). Predictors of nonurgent emergency visits at a midsize community-based hospital system: Secondary analysis of administrative health care data. *Journal of Em*ergency Nursing, 46(4), 478-487. https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.02.002

Gentile, S., Vignally, P., Durand, A.-C., Gainotti, S., Sambuc, R., & Gerbeaux, P. (2010). Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Services Research, 10*, 66. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-66

Gomes, M. (2014). *O perfil do utilizador abusivo dos serviços de urgência portugueses: Um estudo no Hospital de São João* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico do Porto, Portugal. Recuperado de http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4546/1/DM_MafaldaGomes_2014.pdf

Gonçalves, S., von Hafe, F., Martins, F., Menino, C., Guimarães, M. J., Mesquita, A., Sampaio, S., & Londral, A. R. (2022). Case management intervention of high users of the emergency department of a Portuguese hospital: a before-after design analysis. *BMC emergency medicine*, *22*(1), 159. https://doi.org/10.1186/s12873-022-00716-3

Grupo Português de Triagem (2002) Manual de Formando – Triagem de Manchester. Disponível em https://www.grupoportuguestriagem.pt. Última consulta a 20 de janeiro de 2024.

Idil, H., Kilic, T. Y., Toker, İ., Dura Turan, K., & Yesilaras, M. (2018). Non-urgent adult patients in the emergency department: Causes and patient characteristics. *Turk J Emerg Med, 18*(2), 71-74. doi:10.1016/j.tjem.2017.10.002

Lei n.º 12/2005, Diário da República n.º 18/2005, Série I-A de 2005-01-26. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 84/2019. Diário da República nº 168/2019, Série I de 2019-09-03. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

McIntyre, A., Janzen, S., Shepherd, L., Kerr, M., & Booth, R. (2023). An integrative review

of adult patient-reported reasons for non-urgent use of the emergency department. *BMC Nurs, 22*(1), 85. doi:10.1186/s12912-023-01251-7

Oliveira, F. (2020). *Fatores que contribuem para a afluência de casos não urgentes nos Serviços de Urgência: um estudo no Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E.* (Dissertação de mestrado). Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão. Recuperado de http://hdl.handle.net/1822/69788

Portaria nº71/2024 de 27 de fevereiro. Diário da República nº 41/2024, Série I de 2024-02-27. Ministério da Saúde. Lisboa

Pourat, N., Davis, A. C., Chen, X., Vrungos, S., & Kominski, G. F. (2015). Improving primary care continuity reduced ED visits among previously uninsured people in California. *Health Affairs, 34*(7), 1117-1124. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0648

Relatório de Avaliação de Impacto e Desempenho do Sistema de Saúde (RADIS) 2022. Disponível em https://cnsaude.pt/wp-content/uploads/apresentacao-radis-cns-vf-full-version-091122.pdf. Último acesso a 20 de janeiro de 2024.

Relatório de Atividades da Direção Executiva do SNS 05/2024. Disponível em: https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/05/Relatorio_Direcao-Executiva-do-Servico-Nacional-de-Saude-IP.pdf. Último acesso a 18 agosto de 2024.

Simões, P., Gomes, S., & Natário, I. (2021). Hospital emergency room savings via Health Line S24 in Portugal. *Econometrics, 9*(1), 8. https://doi.org/10.3390/econometrics9010008

Scherer, M., Lühmann, D., Kazek, A., Hansen, H., & Schäfer, I. (2017). Patients Attending Emergency Departments. *Dtsch Arztebl Int, 114*(39), 645-652. doi:10.3238/arztebl.2017.0645

Tapia, A. D., Howard, J. T., Bebo, N. L., Pfaff, J. A., Chin, E. J., Trueblood, W. A., . . . Schauer, S. G. (2022). A Retrospective Review of Emergency Department Visits That May Be Appropriate for Management in Non-Emergency Settings. *Mil Med, 187*(9-10), e1153-e1159. doi:10.1093/milmed/usab553

Unwin, M., Crisp, E., Rigby, S., & Kinsman, L. (2018). Investigating the referral of patients with non-urgent conditions to a regional Australian emergency department: a study protocol. BMC Health Serv Res, 18(1), 647. doi:10.1186/s12913-018-3411-4

Uthman, O. A., Walker, C., Lahiri, S., Jenkinson, D., Adekanmbi, V., Robertson, W., & Clarke, A. (2018). General practitioners providing non-urgent care in emergency department: a natural experiment. BMJ open, 8(5), e019736. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019736

Vogel, J. A., Rising, K. L., Jones, J., Bowden, M. L., Ginde, A. A., & Havranek, E. P. (2019). Reasons Patients Choose the Emergency Department over Primary Care: a Qualitative Metasynthesis. *J Gen Intern Med, 34*(11), 2610-2619. doi:10.1007/s11606-019-05128-x

Williams, C. A., & Haffizulla, F. (2021). Factors Associated With Avoidable Emergency Department Visits in Broward County, Florida. Cureus, 13(6), e15593. https://doi.org/10.7759/cureus.15593

Womack, J. P., Womack, J., & Shook, J. (2011). *Gemba Walks* (2nd ed.). Lean Enterprise Institute.

Zachariasse, J. M., van der Hagen, V., Seiger, N., Mackway-Jones, K., van Veen, M., & Moll, H. A. (2019). Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open, 9*(5), e026471. doi:10.1136/bmjopen-2018-026471

ANEXOS

Anexo 1 - Inquérito aplicado aos doentes no Serviço de Urgência

INQUÉRITO

Se pretender, poderá preencher online através

Colar etiqueta de identificação do doente

1. Caraterísticas do doente

1.1. Situação profissional: ☐ Estudante ☐ Empregado(a) ☐ Desempregado(a) ☐ Reforma/Invalidez

1.2. Tem alguma doença crónica? ☐ Sim ☐ Não

1.3. Está isento(a) de pagamento de taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde? ☐ Sim ☐ Não

1.4. Tem seguro privado ou subsistema de saúde? ☐ Sim ☐ Não

2. Episódio de urgência

2.1. Qual a cor da sua pulseira? ☐ Branca ☐ Azul ☐ Verde ☐ Amarela ☐ Laranja ☐ Vermelha

2.2. Indique **todos** os motivos que o levaram **HOJE** a vir ao Serviço de Urgência:

☐ A gravidade dos meus sintomas justificam a minha vinda à urgência
☐ Proximidade e acessibilidade do hospital
☐ Flexibilidade dos horários de funcionamento, sem necessidade de marcação prévia
☐ Sem vaga de agendamento de consulta no Centro de Saúde
☐ Centro de Saúde encerrado
☐ Qualidade das instalações do Serviço de Urgência
☐ Rapidez do atendimento do Serviço de Urgência
☐ Cuidados de maior qualidade no Serviço de Urgência do que no Centro de Saúde
☐ Realização de análises/exames de imagem na hora e no próprio local
☐ Realização de medicação ou outros tratamentos imediatos (ex: pontos, soro,...)
☐ Obter baixa médica ou atestado médico
☐ Médicos mais qualificados no Serviço de Urgência
☐ No passado, tive uma má experiência com outros serviços de saúde (Centro de Saúde, Linha telefónica Saúde 24, hospital privado, etc.)
☐ Sem custo/custo reduzido do Serviço de Urgência
☐ Sem nenhuma razão particular
Outro motivo: _____

2.3. Antes de se dirigir **HOJE** ao Serviço de Urgência, indique **todas** as opções abaixo que se aplicam

☐ Fui referenciado pela Linha telefónica Saúde 24
☐ Fui referenciado pelo Centro de Saúde
☐ Fui referenciado por outro Hospital público
☐ Fui referenciado por um hospital/clínica privada
☐ Fui aconselhado por um familiar/amigo a vir ao Serviço de Urgência
☐ Fui aconselhado pelo farmacêutico a vir ao Serviço de Urgência
☐ Vim ao Serviço de Urgência por iniciativa própria



Vire a página

2.4. Indique a duração dos seus sintomas:

☐ Menos de 1 dia

☐ Entre 1 dia e uma 1 semana

☐ Mais de uma 1 semana

2.5. Como classifica a gravidade dos sintomas que o fez dirigir-se ao Serviço de Urgência:

Nada urgente	Pouco urgente	Neutro	Urgente	Muito urgente
1	2	3	4	5

2.6. Foi avaliado por um médico **nos últimos 3 dias** pelo mesmo motivo que vem **HOJE** ao Serviço de Urgência? ☐ Sim ☐ Não

3. Serviços de Saúde

3.1. Quando fica doente, onde prefere ser avaliado primeiro?

☐ Linha telefónica Saúde24 ☐ Centro de Saúde ☐ Serviço de Urgência ☐ Serviço privado ☐_____

3.2. Nos **últimos 12 meses**, quantas vezes se dirigiu ao Serviço de Urgência de qualquer hospital? _____

3.3. Está inscrito num Centro de Saúde? ☐ Sim ☐ Não

3.4. Tem Médico de Família atribuído? ☐ Sim ☐ Não

3.5. Caso tenha Médico de Família, indique o quão satisfeito está com o seu Médico de Família de 1 a 5?

Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

3.6. Nos **últimos 12 meses**, quantas vezes teve consulta com o Médico de Família? _____

3.7. Tem conhecimento da existência de consultas abertas ("de urgência") nos Centros de Saúde?

☐ Sim ☐ Não

3.8. Contactou o seu Centro de Saúde **antes** de se dirigir ao Serviço de Urgência? ☐ Sim ☐ Não

3.9. Conhece a Linha telefónica Saúde 24? ☐ Sim ☐ Não

3.10. Contactou a Linha telefónica Saúde 24 **antes** de se dirigir ao Serviço de Urgência? ☐ Sim ☐ Não

4. Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas"

4.1. Conhece o Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas" que incentiva as pessoas a ligarem para a Linha telefónica Saúde 24, antes se dirigir ao Serviço de Urgência deste Hospital? ☐ Sim ☐ Não

4.2. Na sua opinião, acha que o Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas" **é útil** para uma utilização mais adequada do Serviço de Urgência deste Hospital? ☐ Sim ☐ Não

Anexo 2 - Consentimento Informado requerido aos doentes para participarem no estudo

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Estudo: Doentes não urgentes no Serviço de Urgência: motivos e caraterísticas de utilização

Introdução: Andreia Godinho de Sousa, médica (OM 71349) a exercer funções na USF Famílias da ULS Entre Douro e Vouga e estudante de Mestrado de Gestão e Economia de Serviços de Saúde, orientada pelo Professor Doutor César Carneiro, vem solicitar a sua participação no estudo supracitado.

Objetivos:
- Caracterizar determinantes sociodemográficos, antecedentes pessoais e organização da rede de cuidados de saúde mais associados à procura de cuidados de saúde, bem como identificar os motivos de admissão e outcome mais frequentes dos episódios de urgência dos doentes;
- Analisar os determinantes de procura do SU de casos não urgentes;

Procedimentos do Estudo: Tratando-se de um estudo transversal, os doentes que entrem no estudo serão convidados a preencher um inquérito acerca dos motivos de utilização do SU do HSS da ULS EDV. O estudo terá a duração prevista de 30 dias e todos os questionários serão destruídos após conclusão do estudo.

Confidencialidade e Privacidade: Todas as informações recolhidas durante o estudo serão codificadas e tratadas com confidencialidade, sendo que apenas os investigadores terão acesso aos dados. Os resultados serão apresentados de forma agregada, garantindo o anonimato. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da ULS Entre Douro e Vouga.

Participação: A sua participação neste estudo é voluntária, podendo recusar, sem qualquer tipo de prejuízo, a qualquer altura, informando-nos através do email andreia.sousa@ulsedv.min-saude.pt. A sua decisão não afetará de forma alguma a qualidade do seu tratamento médico.

Financiamento: ficará a cargo da equipa de investigação.

Eu, _____ **(nome)** declaro que fui informado(a) do objetivo e metodologia da investigação intitulada "Doentes não urgentes no Serviço de Urgência: motivos e caraterísticas de utilização". Todas as minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Estou consciente de que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da minha participação nesta investigação e que poderei em qualquer momento recusar continuar sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. Sei também que os dados gerados da minha evolução clínica e por mim produzidos quando questionado(a), serão usados somente para fins científicos e destruídos pela equipa de investigação após o estudo. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados, mantendo o anonimato. Os resultados do estudo serão por mim consultados sempre que solicitar. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta investigação. Depois do anteriormente referido, concordo em participar voluntariamente no referido estudo.



_____

(Assinatura Participante)

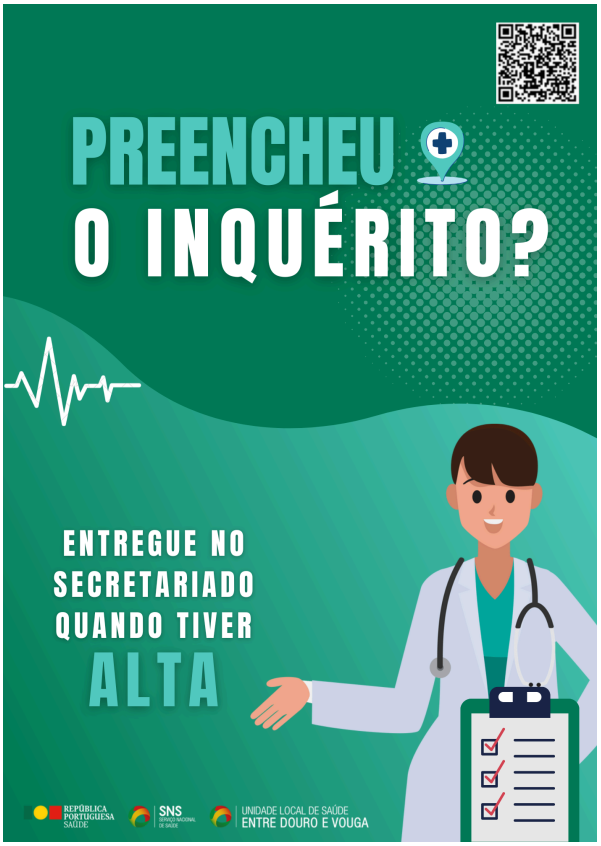
Data ____/____/____

Se não for o próprio a assinar: _____(nome)

Cartão cidadão nº_____ com validade ___/___/____

Grau parentesco ou tipo representação _____

Anexo 3 - Cartazes afixados no serviço de urgência para promoção do estudo





Anexo 4 - Autorização da realização do estudo pela Comissão de Ética da ULS EDV

Proposta de parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULSEDV

1 – *Do pedido n.º 09/2024*

1.1. ***Investigador principal:*** Dra. Andreia Sousa

1.2. ***Designação***: "Doentes não urgentes no Serviço de Urgência: motivos e caraterísticas de utilização".

1.3. ***Serviço onde será realizada a investigação***: Serviço de Urgência do HSS - ULSEDV.

1.4. ***Principal objectivo da investigação***:

- Caracterizar os determinantes sociodemográficos, antecedentes pessoais e organização da rede de cuidados de saúde mais associados à procura de cuidados de saúde, no SU do HSS da ULSEDV

- Identificar os motivos de admissão e outcome mais frequentes dos episódios de urgência no SU do HSS da ULSEDV

- Analisar os determinantes de procura do SU no HSS da ULSEDV, em detrimento de outros tipos de cuidados, de casos não urgentes, nomeadamente quanto aos motivos de preferência

1.5. ***População***:

Critério de inclusão

- Doentes adultos (idade igual ou superior a 18 anos) que recorrem ao SU geral do HSS da ULSEDV

Critérios de exclusão:

- Utentes referenciados pelos CSP, SNS 24 ou privado;
- Episódios de urgência cuja caracterização esteja indisponível;
- Preenchimento incompleto do questionário;
- Utentes em isolamento devido a alguma patologia;
- Recusa do doente em participar no estudo;
- Dificuldade severa visual, auditiva ou de linguagem;
- Impossibilidade de dar consentimento informado.

1.6. ***Metodologia***:

- Trata-se de um estudo observacional, transversal e retrospetivo.

- Os dados serão recolhidos através da consulta do processo clínico eletrónico de todos os participantes do estudo, de forma a recolher informações acerca das características sociodemográficas, caracterização do episódio de urgência e conhecimento da consulta aberta. Para alem disso, será aplicado um questionário aos doentes não urgentes, obtendo informações adicionais acerca dos motivos de preferência do SU.

- Os dados recolhidos através da consulta do processo clinico, são recolhidos retrospetivamente e os questionários colhidos prospectivamente.

- O responsável pela base de dados é o investigador principal sendo esta base de dados controlada por password que será apenas do conhecimento da equipa de investigação. De forma a salvaguardar a confidencialidade será atribuído um número de identificação a cada utente, impossibilitando qualquer identificação. Os resultados serão apresentados de forma agregada, garantindo o anonimato.

- O consentimento informado, livre e esclarecido, bem como a informação fornecida é clara.

- É garantida a confidencialidade e anonimato dos dados.

- Está prevista a publicação dos resultados do trabalho de investigação.

- O prazo de conservação dos dados será até à conclusão do estudo. Findo este período os dados obtidos serão destruídos.

2 - O Parecer

Tendo presente o referido, somos de opinião que deve ser dado parecer favorável.
Entrega do parecer: 13/03/2024

O Relator: _____

(Enf.º José David Ferreira)

Anexo 5 - Monitorização do Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas" implementado na ULS EDV

Nº	Métricas	Acumulado de 5 meses da implementação do projeto							Variação período homólogo 2023	
		HSS - Urg. Geral	Urg. Obst/Gin	Urg. Ped	SUB- HSJM	SUB- HOAZ	SUB Arouca	Total ULS EDV		
1	Total de episódios no SU (1)	44264	3028	12774	8616	9245	4140	82067	-20279	-21%
2	% Doentes referenciados pelo SNS24 atendidos no SU	47%	60%	75%	77%	69%	71%	59%	55 pp	
3	% Doentes referenciados pelo INEM atendidos no SU	29%	6%	4%	5%	16%	6%	19%	05 pp	
4	% Doentes referenciados pelos CSP atendidos no SU	6%	7%	5%	1%	1%	0%	5%	02 pp	
5	% Total Doentes referenciados atendidos no SU	84%	74%	86%	82%	87%	77%	84%	62 pp	
6	% Doentes não referenciados (exterior)	16%	26%	14%	18%	13%	23%	16%	-62 pp	
7	Nº doentes não referenciados triados com Azul e Verde (1)	783	217	1142	451	269	300	3162	-32095	-92%
8	Nº doentes triados com Branco (1)	110	20	3	0	20	13	166	-737	-83%
9	Nº doentes triados com amarelo (1)	30051	1674	3531	4373	4911	2127	46667	-2065	-4%
10	Nº consultas realizadas pelos CSP							20160	-	
11	Taxa de ocupação de vagas nos CSP *							83%	-	
12	Nº de consultas marcadas pelo SU nos CSP	46	0	1	55	31	15	148	-	
13	Nº doentes atendidos no SU por falta de vaga de consulta nos CSP	16	0	0	11	6	38	71	-	

* Fonte: Power BI

(1) No cálculo da variação com o período homólogo do indicador 8 não inclui o SUB Arouca

HSS - Hospital São Sebastião

Urg. - Urgência

Obs/Gin - Obstretrícia/Ginecologia

Ped. - Pediatria

SUB - Serviço Urgência Básica

HSJM - Hospital de São João da Madeira

HOAZ - Hospital de Oliveira de Azeméis

ULS EDV - Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga

Anexo 6 - Testes às diferenças na proporção de urgências desnecessárias por grupos de utentes da base de dados geral

Variável de grupos	Proporção de urgências desnecessárias		P-value (*)
Sexo do utente	Masculino	12,6%	0,439
	Feminino	12,1%	
Utente isento de taxa moderadora segundo registo clínico	Não	13,6%	**<0,001**
	Sim	11,0%	
Utente isento de taxa moderadora, abrangendo referenciados e internados	Não	7,2%	**<0,001**
	Sim	13,5%	
Admissão no SU em dia de segunda a sexta-feira	Não	10,9%	**0,007**
	Sim	12,9%	
Utente inscrito no CS	Não	19,4%	**0,00025**
	Sim	12,1%	
Período do dia da admissão no SU	Manhã	14,0%	**<0,001**
	Tarde	12,7%	
	Noite	9,6%	
Urgência referenciada	Não	12,3%	0,877
	Sim	14,4%	
Motivos de admissão	Desconhecido	15,1%	**<0,001**
	Problemas Sociais	60,0%	
	Sintomas Cardiovasculares	2,9%	
	Sintomas Dermatológicos	11,4%	
	Sintomas Endocrinológicos	16,%	
	Sintomas Estomatológicos	0,0%	
	Sintomas Gastrointestinais	6,5%	
	Sintomas Genito-Urinários	5,6%	
	Sintomas Infecciosos	7,4%	
	Sintomas Hematológicos	0,0%	
	Sintomas Músculo-Esqueléticos	10,0%	

	Sintomas Neurológicos	10,9%	
	Sintomas Oftalmológicos	4,3%	
	Sintomas ORL	28,2%	
	Sintomas Psiquiátricos	19,0%	
	Sintomas Respiratórios	6,7%	

ORL - Otorrinolaringologia

Salientam-se a negrito as correlações significativas ($p<0,05$).

(*) Hipótese da igualdade das proporções entre os grupos testada com o teste Z no caso de variáveis com dois grupos, e com o teste do Qui-quadrado no caso de variáveis com mais de dois grupos.

Anexo 7 - Testes às diferenças na proporção de urgências desnecessárias por grupos de utentes que preencheram o inquérito

Variável de grupos	**Proporção de urgências desnecessárias**		**P-value (*)**
Sexo do utente	Masculino	17,9%	0,9614
	Feminino	18,1%	
Doente crónico	Não	20,2%	0,1941
	Sim	15,4%	
Utente isento de taxa moderadora	Não	21,5%	**0,0160**
	Sim	12,6%	
Utente com seguro privado ou subsistema de saúde	Não	19,2%	0,2726
	Sim	14,5%	
Admissão no SU em dia de segunda a sexta-feira	Não	19,5%	0,1669
	Sim	13,6%	
Utente tem conhecimento sobre consultas de doença aguda nos CSP	Não	33,3%	**<0,001**
	Sim	15,0%	
Utente teve contacto com CS prévio ao SU	Não	17,6%	0,6788
	Sim	19,4%	
Utente tem conhecimento sobre SNS24	Não	72,7%	**<0,001**
	Sim	16,7%	
Utente inscrito no CS	Não	45,5%	**0,0167**
	Sim	17,4%	
Utente com MF atribuído	Não	54,2%	**<0,001**
	Sim	16,0%	
Utente com conhecimento sobre Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas"	Não	18,5%	0,8820
	Sim	17,9%	
Utente pertencente à ULS EDV	Não	21,3%	0,2330
	Sim	16,6%	
Utente pertencente uma USF	Não	25,5%	0,1417
	Sim	17,1%	
Situação profissional	Estudante	33,3%	0,2050

	Ativo	17,8%	
	Desempregado	23,1%	
	Reforma/invalidez	13,5%	
Nível de escolaridade	Desconhecido	19,2%	0,7490
	Inferior Ensino Primário	0,0%	
	Ensino Primário	21,2%	
	2º Ciclo	11,1%	
	3º Ciclo	14,7%	
	Ensino Secundário	17,9%	
	Ensino Superior	20,0%	
Período do dia da admissão no SU	Manhã	18,8%	0,0710
	Tarde	20,3%	
	Noite	7,1%	
Autoperceção gravidade sintomas	Nada urgente	100,0%	**<0,001**
	Pouco urgente	57,1%	
	Neutro	22,9%	
	Urgente	15,4%	
	Muito urgente	15,6%	
Avaliação prévia nos últimos 3 dias?	Não	18,0%	0,990
	Sim	18,0%	
Motivos de admissão	Sintomas Cardiovasculares	9,7%	**<0,001**
	Sintomas Dermatológicos	20,0%	
	Sintomas Estomatológicos	0,0%	
	Sintomas Gastrointestinais	7,4%	
	Sintomas Genito-Urinários	11,5%	
	Sintomas Ginecológicos	12,3%	
	Sintomas Hematológicos	50,0%	
	Sintomas Músculo-Esqueléticos	26,1%	
	Sintomas Neurológicos	14,3%	
	Sintomas Oftalmológicos	54,2%	
	Sintomas ORL	31,6%	

	Sintomas Psiquiátricos	0,0%	
	Sintomas Respiratórios	9,9%	
Duração de sintomas	< 1 dia	13,9%	**0,00875**
	Entre 1 dia e 1 semana	14,9%	
	> 1 semana	26,7%	
Satisfação com MF	Nada satisfeito	30,7%	0,3168
	Pouco satisfeito	9,1%	
	Neutro	13,3%	
	Satisfeito	17,1%	
	Muito satisfeito	20,0%	
Local de preferência para avaliação inicial quando está doente	Centro de Saúde	18,5%	**0,0425**
	Farmácia	75,0%	
	SU	18.,0%	
	Serviço privado	9,5%	
	SNS24	17,4%	

ORL - Otorrinolaringologia

Salientam-se a negrito as correlações significativas ($p<0,05$).

(*) Hipótese da igualdade das proporções entre os grupos testada com o teste Z no caso de variáveis com dois grupos, e com o teste do Qui-quadrado no caso de variáveis com mais de dois grupos.

Anexo 8 - Testes às diferenças no valor das variáveis quantitativas entre episódios de urgência desnecessária e necessária

Variável quantitativa	Urgência desnecessária	Valor médio	P-value (*)
Idade do utente (anos)	Não	58,4	**<0,001**
	Sim	53,6	
Distância da residência do utente ao hospital (km)	Não	14,7	**0,0016**
	Sim	13,8	
Número de idas ao SU no último ano	Não	1,5	**0,0027**
	Sim	1,9	

Salientam-se a negrito as correlações significativas ($p<0,05$).

(*) Hipótese da igualdade das médias das variáveis entre os dois grupos testada com o teste t.

Anexo 9 - Testes às diferenças no valor das variáveis quantitativas entre episódios de urgência necessária e desnecessária que preencheram o inquérito

Variável quantitativa	Urgência desnecessária	Valor médio	P-value (*)
Idade do utente (anos)	Não	48,4	0,3287
	Sim	46,3	
Distância da residência do utente ao hospital (km)	Não	13,2	**0,0439**
	Sim	11,1	
Número de idas ao SU no último ano	Não	2,1	**0,0122**
	Sim	1,3	
Número de consultas nos CSP no último ano	Não	1,7	0,1475
	Sim	1,4	

Salientam-se a negrito as correlações significativas ($p<0,05$).

(*) Hipótese da igualdade das médias das variáveis entre os dois grupos testada com o teste t.

Anexo 10 - Modelo de regressão logística com variável binária "urgência desnecessária" como variável dependente para a base de dados geral

Número de obs = 10097
Prob > chi2 = 0,0000
Pseudo R2 = 0,167

Variável	Odds Ratio	Desvio padrão	z	P>z	[Intervalo Conf. 95%]	
idade	0,989	0,002	-7,08	0,000	0,986	0,992
sexo	0,952	0,058	-0,8	0,422	0,844	1,073
dist	0,990	0,003	-3,08	0,002	0,983	0,996
isento	0,888	0,058	-1,83	0,068	0,782	1,009
usf	0,866	0,079	-1,57	0,115	0,724	1,036
admissoes_ultimo_ano	1,018	0,005	3,53	0,000	1,008	1,028
dia_util	1,179	0,084	2,32	0,020	1,026	1,355
manha	1,637	0,138	5,85	0,000	1,388	1,931
tarde	1,446	0,118	4,51	0,000	1,232	1,697
_cons	0,232	0,035	-9,64	0,000	0,173	0,312

sexo: var=1 se sexo feminino; var=0 se sexo masculino
dist = distância em Km desde o hospital até à residência do doente
isento: var=1 se isento de taxa moderadora; var=0 se não for isento de taxa moderadora
usf: var=1 se pertencer a uma USF; var=0 se pertencer a uma UCSP ou a nenhuma UF
admissoes_ultimo_ano = nº de admissões no último ano ao SU do HSS ULS EDV
dia_util: var=1 se dia útil; var=0 se fim de semana ou feriado
manhã: var=1 se manhã; var=0 se tarde ou noite
tarde: var=1 se tarde; var=0 se manhã ou noite

Anexo 11 - Modelo de regressão logística com variável binária "urgência desnecessária" como variável dependente para os doentes que preencheram o inquérito

Número de obs = 446
Prob > chi2 = 0,0000
Pseudo R2 = 0,1111

Variável	Odds Ratio	Desvio padrão	z	P>z	[Intervalo Conf. 95%]	
idade	1,001	0,008	0,18	0,857	0,986	1,017
sexo	1,039	0,282	0,14	0,889	0,610	1,769
dist	0,959	0,018	-2,25	0,025	0,925	0,995
isento	0,643	0,194	-1,46	0,144	0,356	1,162
conh_consultas	0,428	0,133	-2,72	0,006	0,232	0,789
conh_SNS	0,089	0,649	-3,31	0,001	0,021	0,372
comMF	0,190	0,090	-3,50	0,000	0,075	0,482
_cons	36,047	35,119	3,68	0,000	5,341	243,305

sexo: var=1 se sexo feminino; var=0 se sexo masculino

dist = distância em Km desde o hospital até à residência do doente

isento: var=1 se isento de taxa moderadora; var=0 se não for isento de taxa moderadora

conh_consultas: var=1 se conhece consultas abertas

conh_SNS: var=1 se conhece SNS24

comMF: var=1 se tiver médico de família atribuído

Anexo 12 - Tabela suplementar I: análise descritiva das variáveis nominais comuns a ambas as bases de dados

Variável		Base de Dados Questionários						Base de Dados Geral					
		NU		U		Total		NU		U		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Amostra		81	18,0	368	82,0	449	100,0	1272	12,2	9061	87,7	10333	100
Género	Masculino	33	7,4	151	33,6	184	41,0	605	5,9	4205	40,7	4810	46,5
	Feminino	48	10,7	217	48,3	265	59,0	667	6,5	4856	47,0	5523	53,5
Faixa Étaria	[18-25]	14	3,1	39	8,7	53	11,8	128	1,2	701	6,8	829	8,0
	[26-35]	5	1,1	56	12,5	61	13,6	143	1,4	951	9,2	1094	10,6
	[36-45]	21	4,7	66	14,7	87	19,4	181	1,8	1020	9,9	1201	11,6
	[46-55]	17	3,8	87	19,4	104	23,2	200	1,9	1295	12,5	1495	14,7
	[56-65]	15	3,3	55	12,2	70	15,6	249	2,4	1421	13,8	1670	16,2
	≥66	9	2,0	65	14,5	74	16,5	371	3,6	3673	35,5	4044	39,1
Isenção	Não	59	13,1	215	42,9	274	61,0	702	6,8	4449	43,1	5151	49,8
	Sim	22	4,9	153	34,1	175	39,0	570	5,5	4612	44,6	5182	50,2
Inscrição no CS?	Não	5	1,1	6	1,3	11	2,4	54	0,5	224	2,2	278	2,7
	Sim	76	16,9	362	80,6	438	97,6	1218	11,8	8837	85,5	10055	97,3
Tipo CSP a que pertence	Nenhum	4	0,9	4	0,9	8	1,8	54	0,5	224	2,2	278	2,7
	USF	68	15,1	330	73,5	398	88,6	1086	10,5	7811	75,6	8897	86,1
	UCSP	9	2,0	34	7,6	43	9,6	132	1,3	1026	9,9	1158	11,2
Dia útil	Não	66	14,7	273	60,8	339	75,5	312	3,0	2548	24,7	2860	27,7
	Sim	15	3,3	95	21,2	110	24,5	960	9,3	6513	63,0	7473	72,3
Período do dia	Manhã	36	8,0	155	34,5	191	42,5	470	4,5	2888	27,9	3358	32,5
	Tarde	4	0,9	52	11,6	56	12,5	543	5,3	3723	36,0	4266	41,3
	Noite	41	9,1	161	35,9	202	45,0	259	2,5	2450	23,7	2709	26,2
Proveniência	Bloco Ambulatório	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
	Centro de Saúde	8	1,8	25	5,6	33	7,3	96	0,9	547	5,3	643	6,2
	Consulta Externa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,0	56	0,5	61	0,6

Variável		Base de Dados Questionários						Base de Dados Geral					
		NU		U		Total		NU		U		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Amostra		81	18,0	368	82,0	449	100,0	1272	12,2	9061	87,7	10333	100
	Hospital de dia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	0,1	12	0,1
	Familiar/amigo	2	0,4	6	1,3	8	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Farmacêutico	1	0,2	1	0,2	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Iniciativa própria	12	2,7	60	13,4	72	16,0	217	2,1	1530	14,8	1747	16,9
	INEM	0	0,0	0	0,0	0	0,0	127	1,2	3002	29,1	3129	30,3
	Lar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	6	0,1	7	0,1
	Serviço privado	0	0,0	1	0,2	1	0,2	13	0,1	84	0,8	97	0,9
	SNS24	58	12,9	274	61,0	332	73,9	806	7,8	3779	36,6	4585	44,4
	Transferência Público	0	0,0	1	0,2	1	0,2	7	0,1	43	0,4	50	0,5
	Urgência	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Pulseira da triagem	Branca					0	0,0					23	0,2
	Azul					7	1,6					85	0,8
	Verde					74	16,5					1187	11,5
	Amarela					344	76,6					7005	67,8
	Laranja					23	5,1					1987	19,2
	Vermelha					1	0,2					46	0,5
Motivos de admissão	Desconhecido	0	0,0	0	0,0	0	0,0	840	8,1	4732	45,8	5572	53,9
	Problemas Sociais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,1	4	0,0	10	0,1
	Sintomas Cardiovasculares	3	0,7	28	6,2	31	6,9	11	0,1	364	3,5	375	3,6
	Sintomas Dermatológicos	6	1,3	24	5,3	30	6,7	18	0,2	140	1,4	158	1,5
	Sintomas Endocrinológicos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0	15	0,2	18	0,2
	Sintomas Estomatológicos	0	0,0	7	1,6	7	1,6	0	0,0	10	0,1	10	0,1
	Sintomas Gastrointestinais	6	1,3	75	16,7	81	18,0	37	0,4	531	5,1	568	5,5
	Sintomas Genito-Urinários	3	0,7	23	5,1	26	5,8	24	0,2	404	3,9	428	4,1
	Sintomas Ginecológicos	3	0,7	18	4,0	21	4,7	0	0,0	5	0,1	5	0,1
	Sintomas Hematológicos	1	0,2	1	0,2	2	0,4	5	0,1	45	0,4	50	0,5

Variável		Base de Dados Questionários						Base de Dados Geral					
		NU		U		Total		NU		U		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Amostra		81	18,0	368	82,0	449	100,0	1272	12,2	9061	87,7	10333	100
	Sintomas Músculo--Esqueléticos	30	6,7	85	18,9	115	25,6	233	2,3	1894	18,3	2127	20,6
	Sintomas Neurológicos	3	0,7	18	4,0	21	4,7	10	0,1	223	2,2	233	2,3
	Sintomas Oftalmológicos	13	2,9	11	2,4	24	5,3	11	0,1	28	0,3	39	0,4
	Sintomas ORL	6	1,3	13	2,9	19	4,2	33	0,3	141	1,4	174	1,7
	Sintomas Psiquiátricos	0	0,0	1	0,2	1	0,2	7	0,1	98	1,0	105	1,0
	Sintomas Respiratórios	7	1,6	64	14,3	71	15,8	34	0,3	427	4,1	461	4,5
Destino do doente	Abandono	4	0,9	8	1,8	12	2,7	80	0,8	130	1,3	210	2,0
	Alta contra parecer médico	0	0,0	1	0,2	1	0,2	2	0,0	55	0,5	57	0,6
	Centro de Saúde/Médico de Família	30	6,7	164	36,5	194	43,2	418	4,1	4315	41,8	4733	45,8
	Centro de Hemodiálise	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
	Companhia de Seguros	3	0,7	14	3,1	17	3,8	24	0,2	320	3,1	344	3,3
	Consulta externa hospitalar	6	1,3	18	4,0	24	5,3	71	0,7	706	6,8	777	7,5
	Exterior não referenciado	38	8,5	145	32,3	183	40,8	634	6,1	2193	21,2	2827	27,4
	Hospital de Dia	0	0,0	2	0,4	2	0,4	0	0,0	14	0,1	14	0,1
	Internamento	0	0,0	12	2,7	12	2,7	22	0,2	1063	10,3	1085	10,5
	Óbito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	40	0,4	41	0,4
	Recusa atendimento SAC	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
	Referenciação Azuis/Verdes/ Brancos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,1	0	0,0	6	0,1
	UCC	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	11	0,1	12	0,1
	Transferência	0	0,0	4	0,9	4	0,9	13	0,1	211	2,0	224	2,2

NU - Doentes não urgentes

U - Doentes urgentes

N - número da amostra

Frequência em %

ORL - Otorrinolaringologia

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

Anexo 13 - Tabela suplementar II: análise descritiva das variáveis numéricas comuns a ambas as bases de dados

Variável		Base de Dados Questionários			Base de Dados Geral		
		NU	U	Total	NU	U	Total
Idade (anos)	Média (± desvio-padrão)	46,3 (± 16,6)	48,4 (± 17,5)	48,0 (± 17,3)	53,6 (± 19,4)	58,4 (± 21,0)	57,8 (± 20,9)
	Mediana (mínimo - máximo)	46 (19 - 88)	48 (18 - 93)	48 (18 - 93)	55,0 (0 - 100)	59,0 (0 - 103)	59,0 (0 - 103)
Distância do hospital à residência do doente (Km)	Média (± desvio-padrão)			12,8 (± 8,5)			14,6 (± 9,7)
	Mediana (mínimo - máximo)			11,1 (55,3 - 2,0)			13,2 (2,0 - 78,8)
Nº idas ao SU último ano	Média (± desvio-padrão)	1,3 (± 1,8)	2,1 (± 2,6)	2,0 (± 2,5)	1,93 (± 8,8)	1,51 (± 3,6)	1,57 (± 4,6)
	Mediana (mínimo - máximo)	1,0 (0 - 10)	1,0 (0 - 22)	1,0 (0 - 22)	0,0 (0 - 122)	1,0 (0 - 121)	1,0 (0 - 122)

NU - Doentes não urgentes

U - Doentes urgentes

Anexo 14 - Tabela suplementar III: análise descritiva das variáveis nominais recolhidas através da aplicação dos questionários

Variável		Base de Dados Questionários					
		NU		U		Total	
		N	%	N	%	N	%
Amostra		81	18,0	368	82,0	449	100,0
Situação profissional	Estudante	5	1,1	10	2,2	15	3,3
	Ativo	51	11,4	235	52,3	286	63,7
	Desempregado	12	2,7	40	8,9	52	11,6
	Reforma/invalidez	13	2,9	83	18,5	96	21,4
Escolaridade	Desconhecido	46	10,2	194	43,2	240	53,5
	Inferior ao Ensino Primário	0	0,0	9	2,0	9	2,0
	Ensino Primário	11	2,4	41	9,1	52	11,6
	2º Ciclo	1	0,2	8	1,8	9	2,0
	3º Ciclo	11	2,4	64	14,3	75	16,7
	Ensino Secundário	7	1,6	32	7,1	39	8,7
	Ensino Superior	5	1,1	20	4,5	25	5,6
Doenças crónicas?	Não	50	11,1	198	44,1	248	55,2
	Sim	31	6,9	170	37,9	201	44,8
Seguro privado ou subsistema de saúde?	Não	65	14,5	274	61,0	339	75,5
	Sim	16	3,6	94	20,9	110	24,5
A UF pertence à ULS EDV?	Não	24	5,4	101	22,5	125	27,8
	Sim	52	11,6	261	58,1	313	69,7
	Sem inscrição no CS	5	1,1	6	1,3	11	2,5
Médico Família atribuído?	Não	7	1,6	11	2,4	18	4,0
	Sim	74	16,5	357	79,5	431	96,0
Motivo vinda ao SU	A gravidade dos meus sintomas justifica a minha vinda à urgência	67	14,9	309	68,8	376	83,7
	Realização de análises/exames de imagem	29	6,5	139	31,0	168	37,4

Variável		Base de Dados Questionários					
		NU		U		Total	
		N	%	N	%	N	%
Amostra		81	18,0	368	82,0	449	100,0
	Proximidade e acessibilidade do hospital	22	4,9	88	19,6	110	24,5
	Realização de medicação ou outros tratamentos imediatos	16	3,6	93	20,7	109	24,3
	Cuidados de maior qualidade no SU do que no centro de saúde	10	2,2	60	13,4	70	15,6
	Sem vaga de agendamento de consulta no centro de saúde	16	3,6	50	11,1	66	14,7
	Médicos mais qualificados no SU	11	2,4	48	10,7	59	13,1
	Flexibilidade dos horários de funcionamento, sem necessidade de marcação prévia	7	1,6	43	9,6	50	11,1
	Centro de saúde encerrado	7	1,6	36	8,0	43	9,6
	Sem custo/custo reduzido	10	2,2	28	6,2	38	8,5
	Qualidade das instalações	6	1,3	34	7,6	40	8,9
	Rapidez do atendimento	1	0,2	26	5,8	27	6,0
	Má experiência com outros serviços de saúde no passado	5	1,1	10	2,2	15	3,3
	Obter CIT ou atestado médico	2	0,4	10	2,2	12	2,7
	Sem nenhuma razão particular	3	0,7	9	2,0	12	2,7
Avaliação prévia nos últimos 3 dias?	Não	64	14,3	291	64,8	355	79,1
	Sim	17	3,8	77	17,2	94	20,9
Duração de sintomas	< 1 dia	18	4,0	112	24,9	130	29,0
	1 dia- 1 semana	28	7,8	160	21,3	188	29,1
	>1 Semana	35	6,2	96	35,6	131	41,9
Autoperceção da gravidade de sintomas	Nada urgente	1	0,2	0	0,0	1	0,2
	Pouco urgente	8	1,8	6	1,3	14	3,1
	Neutro	16	3,6	54	12,0	70	15,6
	Urgente	49	10,9	270	60,1	319	71,0
	Muito urgente	7	1,6	38	8,5	45	10,0
Outcome episódio de SU	Apenas prescrição de medicação para o domicílio	26	5,8	59	13,1	85	18,9
	Realização no SU de medicação/outros tratamentos	22	4,9	95	21,2	117	26,1

Variável		Base de Dados Questionários					
		NU		U		Total	
		N	%	N	%	N	%
Amostra		81	18,0	368	82,0	449	100,0
	Realização no SU de estudo analítico/exames de imagem	37	8,2	264	58,8	301	67,0
	Emissão de CIT/atestado médico	1	0,2	6	1,3	7	1,6
	Sem intervenções	4	0,9	7	1,6	11	2,4
Satisfação com Médico de Família	Nada satisfeito	4	0,9	10	2,2	14	3,1
	Pouco satisfeito	2	0,4	20	4,5	22	4,9
	Neutro	19	4,2	96	21,4	115	25,6
	Satisfeito	21	4,7	102	22,7	123	27,4
	Muito satisfeito	35	7,8	140	31,2	175	39,0
Contacto prévio com CS?	Não	61	13,6	285	63,5	346	77,1
	Sim	20	4,5	83	18,5	103	22,9
Conhecimento de consultas abertas	Não	19	4,2	50	11,1	69	15,4
	Sim	62	13,8	318	70,8	380	84,6
Conhecimento SNS24	Não	2	0,5	3	0,7	5	1,1
	Sim	79	17,6	365	81,3	444	98,9
Quando fica doente, onde prefere ser avaliado primeiro?	Centro de Saúde	27	6,0	119	26,5	146	32,5
	Farmácia	3	0,7	1	0,2	4	0,9
	SU	20	4,5	91	20,3	111	24,7
	Serviço privado	2	0,4	19	4,2	21	4,7
	SNS24	29	6,5	138	30,7	167	37,2
Conhece Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas"	Não	20	4,5	88	19,6	108	24,1
	Sim	61	13,6	280	62,4	341	76,0
Considera útil Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas"	Não	12	3,0	36	9,0	48	11,9
	Sim	61	15,1	293	72,9	354	88,1

NU - Doentes não urgentes

U - Doentes urgentes

N - número da amostra

Frequência em %

Anexo 15 - Tabela suplementar IV: análise descritiva das variáveis numéricas recolhidas através da aplicação dos questionários

Variável		Base de Dados Questionários		
		NU	U	Total
Nº consultas nos CSP no último ano	Média (± desvio-padrão)	1,4 (± 1,7)	1,7 (± 1,8)	1,7 (± 1,8)
	Mediana (mínimo - máximo)	1,0 (0 - 10)	1,0 (0 - 12)	1,0 (0 - 12)

NU - Doentes não urgentes

U - Doentes urgentes