

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Adequação das Consultas Não Programadas em Cuidados de Saúde Primários: Uma Análise Comparativa entre Utentes Referenciados pelo Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde e Autorreferenciados

Ilídia da Silva Baptista do Vale

M

2025



Adequação das Consultas Não Programadas: Uma Análise Comparativa entre Utentes Referenciados pelo Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde e Utentes Autorreferenciados

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Autora: Ilídia da Silva Baptista do Vale

Estudante do 6º ano do Mestrado Integrado de Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço eletrónico: ilidiadasilvabatistavale@gmail.com; up201903361@up.pt

Orientadora: Dra. Ana Margarida Antunes Cruz

Professora Auxiliar Convidada de Medicina Geral e Familiar, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar, Assistente Graduada, ULS de Santo António, Unidade Saúde Familiar Bom Porto

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço eletrónico: amcruz@icbas.up.pt

Coorientadora: Doutora Joana da Costa Baptista Gomes Barrocas

Professora Auxiliar de Medicina Geral e Familiar, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar, Assistente Graduada, ULS de Matosinhos, USF Caravela

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço eletrónico: joanacostabgomes@gmail.com

Porto, Junho de 2025

Porto, Junho de 2025

Assinado por: **Ilídia da Silva Baptista do Vale**
Num. de Identificação: 14809413
Data: 2025.06.06 16:05:19 +0100



(Assinatura da Estudante)

Assinado por: **Ana Margarida Antunes Cruz**
Num. de Identificação: 11878923
Data: 2025.06.06 18:48:47+01'00'



(Assinatura da Orientadora)

Assinado por: **JOANA DA COSTA
BAPTISTA GOMES BARROCAS**
Num. de Identificação: 12603702
Data: 2025.06.06 16:53:29+01'00'

(Assinatura da Coorientadora)

Declaração de Integridade Científica

Eu, Ilídia da Silva Baptista do Vale, com o número de estudante 201903361, estudante do 6.º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, declaro que esta dissertação é da minha autoria e que não foi utilizada previamente, no todo ou em parte, em qualquer outro curso ou unidade curricular, desta ou de instituição. Todas as referências a outros autores, bem como as respetivas ideias, afirmações e pensamentos, estão devidamente identificadas no corpo do texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referenciação. Tenho conhecimento de que a prática de plágio ou auto-plágio constitui uma infração académica.

Porto, Junho de 2025

Assinado por: **Ilídia da Silva Baptista do Vale**
Num. de Identificação: 14809413
Data: 2025.06.06 16:06:16 +0100



Ilídia da Silva Baptista do Vale

Ao meu pai, que partiu no início deste caminho.
Na tua ausência aprendi sobre resiliência. A tua memória inspira-me a cada dia.

Agradecimentos

Há quem comece por aqui com medo de que as palavras faltem na reta final, eu escrevo estas linhas mesmo com olhos na meta, mas não podia deixar que me faltassem as palavras de agradecimento a todos os que tornaram este trabalho possível.

À Dra. Ana Margarida Cruz por toda a ajuda, orientação e apoio ao longo do desenvolvimento de todo este trabalho, assim como por todo o tempo despendido. Obrigada por acreditar desde o primeiro dia e me permitir desenvolver um tema que me é tão querido.

À Doutora Joana Barrocas, por todo o sentido crítico inculcado. Obrigada por me obrigar a pensar além dos limites de quem vê de dentro.

Às equipas das USF Bom Porto, Aníbal Cunha e Cedofeita, por todo o tempo despendido, pela acessibilidade e por acreditarem também neste projeto. E também à equipa da USF Nova Saúde por toda a disponibilidade ao longo deste trabalho.

À Professora Doutora Carolina Lemos, por todo o auxílio com os números e a estatística. Obrigada pela palavra de tranquilidade que nunca lhe faltou.

À minha mãe e à minha irmã e a toda a minha família, por serem apoio incondicional, os melhores da bancada e que sem eles nunca seria tão possível. Obrigada a eles que foram os primeiros a sentir a minha ausência no meio da minha agenda e pela paciência que tiveram para comigo durante todos estes anos.

Aos meus amigos, aqueles que acreditaram sempre que tudo isto era possível. Obrigada pela mensagem à distância, pela palavra amiga, por todas as vezes que não pude e mesmo assim estavam lá.

Aos amigos que este curso me deu, que me fizeram fazer parte e me tornarem um dos vossos. Obrigada por ajudarem a equilibrar o barco, mesmo quando o vosso navegava à deriva.

À professora Sílvia e ao professor Tó, os professores da minha vida, foram a voz conselheira em todo o percurso mesmo que com palavras de há muitos anos.

A todos, o meu mais sincero obrigada!

Resumo

Introdução e Objetivos: O SNS 24 integra o Serviço Nacional de Saúde e dispõe de uma linha telefónica assegurada por enfermeiros, disponível 24 horas por dia, 365 dias por ano, que presta cuidados de saúde. A utilização desta plataforma tem aumentado nos últimos anos, sendo importante avaliar o seu impacto na saúde em Portugal. O objetivo deste estudo foi caracterizar a consulta não programada em Unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP), relativamente às características demográficas e socioeconómicas dos utilizadores desta consulta, desde a decisão de agendamento da consulta, aos motivos e adequação desses motivos.

Material e Métodos: Tratou-se de um estudo analítico, observacional e retrospectivo, através dos registos clínicos dos doentes observados em âmbito de consulta não programada, também denominada como consulta aberta (CA) nas Unidades de Saúde Familiar (USF) Bom Porto, Aníbal Cunha e Cedofeita da Unidade Local de Saúde Santo António, no período de dois meses de 2024 e a sua comparação entre utentes referenciados após contacto com o SNS 24 (Grupo I) com utentes autorreferenciados (Grupo II).

Resultados: Foram analisadas 364 CA, das quais 95 do grupo I e 269 do grupo II. A maioria dos utentes pertencia ao sexo feminino (58,8%), apresentando uma média de idades de 42 anos. O ensino básico foi o grau de escolaridade mais frequente (33%). A maioria das orientações do SNS 24 resultou em marcação de CA e quanto menor o intervalo de tempo recomendado, maior a adesão, havendo concordância entre o tempo recomendado e o tempo efetivo da consulta. O principal motivo de consulta foram queixas respiratórias (26,4%). Os quadros clínicos tiveram maior duração no grupo II. Foram pedidos exames complementares de diagnóstico (ECD) em 26% das consultas, sendo mais frequentes os exames de imagiologia (20,6%). Verificou-se uma maior proporção de ECD no grupo I (28,3%) e de prescrição medicamentosa (68,4%). A maioria dos tratamentos envolveu medidas gerais e cuidados não farmacológicos (51,6%). Foi realizada referenciação em cerca de 25% dos episódios, sendo a urgência o mais comum (9,6%). Os resultados mostraram que o motivo clínico da consulta teve maior peso na decisão de encaminhamento do que o contacto prévio com o SNS 24.

Discussão e Conclusão: Para além dos contributos relevantes para a compreensão dos padrões de utilização da CA e dos fatores que a influenciam, o estudo permitiu verificar a importância da promoção da literacia em saúde. Reforça ainda que a CA continua a ser um recurso essencial na resposta à doença aguda em CSP, e que o SNS 24 pode facilitar o acesso. Todavia, permanece o desafio de clarificar o conceito de “adequação” neste contexto, sendo recomendável aprofundar a

investigação com metodologias que integrem critérios objetivos, a perspetiva do utente e a experiência clínica.

Palavras-Chave: Referenciação SNS 24; Linha SNS 24; Encaminhamento e Consulta; Consulta não programada; Consulta aberta; Unidades de Cuidados de Saúde Primários

Abstract

Introduction and Objectives: SNS 24 is a healthcare provider part of the Portuguese National Health Service (SNS) supported by nurses providing a phone service available 24 hours a day 365 days a year. The recent increase on this platform usage requires an evaluation of its impact on Portuguese healthcare. This study objective is to characterize an unscheduled appointment on Primary Care Services regarding demographic and socioeconomic characteristics of its users, including the reasoning and its appropriateness for an appointment booking.

Material and Methods: An analytical, observational and retrospective study based on the clinical records of patients from unscheduled appointment also referred to as open consultation (CA) in the “Unidades de Saúde Familiar” (USF) Bom Porto, Aníbal Cunha and Cedofeita part of the “Unidade Local de Saúde” Santo António across a period of 2 months in 2024 compared to patients referred by SNS 24 (Group I) and self-referred patients (Group II).

Results: A total of 364 CA were evaluated, including 95 from Group I and 269 from Group II. Of these, most of the patients were female (58.8%) with an average of 42 years old. Elementary education was the most frequent (33%) education level. Most of SNS 24’s recommendations resulted in a CA appointment which showed that the lower the recommended time period the greater the adherence with a correlation between the time period and the appointment duration. The main reason for an appointment included respiratory symptoms (26.4%). Group II showed longer symptoms persistency. Additional Diagnostic Tests were requested in 26% of the appointments with imaging exams being the most common (20.6%). Group I showed a higher proportion of Additional Diagnostic Tests (28.3%) and medication prescription (68.4%). Most of the treatments included general and non-pharmacological management (51.6%). 25% of the episodes resulted in a referral in which the Emergency department was the most common (9.6%). These results showed that the reason behind the appointment had more impact than a previous contact with SNS 24 for the referral decision.

Discussion and Conclusion: Other than all the relevant contributions for a better understanding of CA usage patterns and all the impacting factors, this study allows to verify the importance of promoting health literacy. It reinforces how essential CA is to respond to acute disease in Primary Care Services and that SNS 24 can facilitate its access. Nevertheless, the challenge of clarifying the concept of “appropriateness” in this context remains, recommending a deeper investigation following a methodology based on objective criteria, patient’s perspective and clinical experience.

Keywords: Primary Health Care, Referral and Consultation, Telemedicine, Self-Referral, Appropriateness of Care, Health Services Accessibility, Health Care Utilization

Lista de Abreviaturas

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CA – Consulta Aberta

CIT – Certificado de Incapacidade Temporária

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ICPC-2 – *International Classification of Primary Care, 2nd edition*

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SNS 24 – Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TAE – Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento

ULS – Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract.....	iv
Lista de Abreviaturas.....	vi
Introdução	1
Material e Métodos	5
Resultados	9
Discussão.....	17
Conclusão	24
Referências Bibliográficas	26

Introdução

O SNS 24 ou Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde, anteriormente conhecido por “Linha de Saúde 24” é, hoje, uma porta digital do Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado para garantir o acesso simples ao SNS e evitar deslocações inadequadas aos serviços de saúde. Torna-se acessível através de múltiplos canais para além da linha telefónica, como através do Portal SNS 24, App SNS 24 e Balcão SNS 24, com o objetivo de disponibilização de informação e serviços, garantindo uma maior proximidade entre os cidadãos e o SNS.¹

Atualmente, apresenta-se com atuação em áreas distintas, com integração de serviços clínicos, como Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento (TAE) na doença aguda, informação sobre Serviço de Saúde Pública e aconselhamento sobre medicação não sujeita a receita médica, assim como serviços não clínicos (administrativos e informativos). Assim, o SNS 24, da responsabilidade dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) desde 2016, é um serviço complexo que, para além de outras funções, integra a anterior Linha Saúde 24, a partir da qual se desenvolveu.

A primeira linha telefónica em Portugal é desenvolvida em 1999 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de prestação de cuidados de saúde tendo por base o sistema britânico *National Health Service Direct*. À data como um projeto piloto dirigido à população pediátrica da região de Lisboa e Vale do Tejo e 3 meses mais tarde alargada a todo o país com o conhecido serviço “Dói Dói Trim Trim”.¹⁻³ Em 2002, surgiu um outro serviço telefónico, com funcionamento durante as 24 horas, a Linha de Saúde Pública. E foi a conjugação destes dois serviços que esteve na origem da Linha Saúde 24 em 2007.⁴ Dez anos mais tarde, dadas as evidências do sucesso do atendimento ao cidadão o projeto é passado da Direção-Geral da Saúde (DGS) para a SPMS, dando lugar à atual linha telefónica do SNS 24.^{5,6}

Este sistema tem-se destacado como um recurso fundamental na política de saúde, promovendo a acessibilidade aos serviços e otimizando o uso de recursos humanos e materiais, essencial num contexto de orçamentos públicos limitados. Ao facilitar o encaminhamento dos utentes para os serviços adequados ou a adoção de autocuidados, contribui para a eficiência e eficácia do setor público. Além disso, visa reduzir a pressão sobre os serviços, permitindo que um profissional de saúde avalie os sintomas, ofereça orientações sobre o tratamento e priorize os casos mais urgentes. A Linha SNS 24 também desempenha um papel crucial no direito de acesso dos utentes, oferecendo vantagens como a isenção de taxas moderadoras e a aplicação de Tempos Máximos de Resposta Garantidos, no que diz respeito a atendimento de utentes referenciados, em sede de cuidados de saúde primários (CSP).^{2,7}

Após o contato inicial, maioritariamente telefónico, um enfermeiro interpreta os sintomas relatados pelo utente. Com base na sua experiência e em protocolos de triagem estabelecidos pela DGS, é feita uma avaliação do risco clínico, categorizando o doente em diferentes níveis de atendimento: cuidados de saúde emergentes, com encaminhamento imediato para o Instituto Nacional de Emergência Médica; urgente, com encaminhamento em tempo útil para o Serviço de Urgência (SU) do hospital de referência; pouco urgente ou não urgente com necessidade de atendimento presencial em CSP da área de influência, em tempo variável entre 12, 24 ou superior a 24 horas; teleconsulta médica, promovendo uma observação e resposta atempada, disponível desde dezembro de 2024; e, ainda, cuidados de saúde sem necessidade de intervenção presencial de um profissional de saúde, mas com benefício de autocuidados aconselhados e acompanhados (chamadas de seguimento) por um profissional de saúde.

De acordo com as informações fornecidas pela Direção do SNS 24, o uso desta plataforma em Portugal tem registado um crescimento considerável ao longo dos anos. Antes da integração na Linha Saúde 24, a Linha de Saúde Pública recebia uma média de 90 a 100 chamadas por dia.⁴ Desde que o SNS 24 pertence ao SPMS, o número de chamadas tem sido crescente passou de 900 mil para 1,7 milhões chamadas anuais (dados relativos a 2023), o que representa um aumento de cerca de 89%.^{5,8} Em 2024, a marca alcançada em 2023 já se encontrava superada, no mês de Agosto, tendo sido divulgado no portal do SNS um total de 2 milhões de chamadas.⁹ Os dados refletem o crescente reconhecimento e confiança no SNS 24, que tem sido essencial na melhoria e aumento do conforto dos utentes e a qualidade e a segurança da prestação de cuidados.

Define-se a referenciação pelo SNS como o processo em que um utente contacta o SNS 24 e, após a avaliação dos sintomas por um profissional de saúde, é encaminhado para uma consulta nas unidades CSP. Este encaminhamento é baseado na triagem realizada, assegurando que o utente receba o atendimento mais adequado à sua condição de saúde. Em contraste, a autorreferenciação refere-se à situação em que um utente decide, de forma autónoma, dirigir-se a um Centro de Saúde para agendar uma consulta não programada, sem ter feito contacto prévio com o SNS 24. Essa escolha permite ao utente exercer maior autonomia sobre a sua saúde, embora não beneficie da triagem e orientação que a referenciação pelo SNS 24 proporciona.

Segundo o Ministério da Saúde, os CSP possibilitam o acesso aos diversos tipos de prestação de cuidados oferecendo resposta às necessidades dos utentes, podendo tratar-se ou não de motivos relacionados com a doença aguda. A iniciativa para a prestação de cuidados de saúde, pode, por isso, partir quer dos utentes, como também de familiares e cuidadores. Quando o atendimento solicitado é motivado por doença aguda deve ser facultado no próprio dia do pedido pela unidade

de saúde. Este atendimento corresponde a um agendamento não programado, também conhecido como consulta aberta ou de doença aguda, e deverá ser realizado pelo médico de família ou em regime de intersubstituição.¹⁰

Nas Unidades de Saúde Familiares (USF) Aníbal Cunha, Bom Porto e Cedofeita, pertencentes à Unidade Local de Saúde (ULS) Santo António, a consulta aberta (CA) destina-se aos utentes com situações de saúde agudas ou que requerem avaliação no próprio dia, independentemente da existência de consulta programada. Trata-se de uma consulta que pode ser agendada por iniciativa do utente ou de outro profissional que assim considere pertinente, que funciona diariamente entre as 8h00 e as 20h00, com duração programada de 15 minutos, permitindo resposta a situações agudas.

Por outro lado, em Diário da República Portuguesa são ainda reconhecidas necessidades que possam vir a ser resolvidas de forma indireta, em poucos dias, incluindo-se neste âmbito os denominados contactos indiretos que visam tratar situações como renovação de receituário crónico e emissão de documentos como relatórios, cartas de referência ou orientações escritas que não necessitem da presença do utente, vigorando tempos máximos de resposta a garantir dependendo de cada situação.¹⁰

Apesar da existência de canais apropriados para diferentes tipos de necessidades, observa-se na prática uma sobreposição de utilizações. Motivos habitualmente considerados próprios dos contactos indiretos, como pedidos de renovação de receitas, emissão de documentos ou esclarecimentos administrativos, surgem frequentemente como causas de procura da CA.¹¹ A estes acrescem outros motivos, como pedidos de avaliação de resultados de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, ou a necessidade de mostrar cartas de outros profissionais de saúde.^{11,12} Esta utilização desajustada da CA compromete a sua capacidade de resposta a situações efetivamente agudas e desafia a adequação dos recursos afetos aos CSP. A análise desta realidade, nomeadamente no contexto comparativo entre referências pelo SNS 24 e autorreferências, constitui um ponto fulcral da presente investigação.

Considerado o papel central da linha do SNS 24 como porta de entrada no SNS, a limitação dos meios disponíveis e a necessidade de promover a correta utilização dos recursos, entendeu-se que seria pertinente analisar os utentes observados em CA que ligam previamente à linha do SNS 24 e os que se autorreferenciam, nas USF Bom Porto, Aníbal Cunha e Cedofeita, como ponto de partida para uma eventual análise dos problemas e procura de soluções. Neste sentido, no presente estudo pretende-se caracterizar e comparar os utentes utilizadores da CA a nível sociodemográfico (idade, sexo, habilitações literárias) e caracterizar a utilização da CA quanto à tomada de decisão de

agendamento da consulta (com ou sem aconselhamento prévio do SNS 24), patologias/motivos mais frequentemente associados, plano terapêutico como cuidados e medidas gerais e encaminhamento para outras especialidades, outros profissionais de saúde ou encaminhamento para observação urgente, numa amostra de população da área do Porto Ocidental.

Material e Métodos

Tipo de estudo, amostra e período avaliado

Trata-se de um estudo analítico, observacional e retrospectivo, com análise dos registos clínicos dos utentes observados no âmbito da consulta não programada em três unidades de CSP na ULS Santo António por autorreferenciação ou por referenciação do SNS 24, nos meses de Janeiro e Julho de 2024. O período estudado foi selecionado tendo por base os meses de maior e menor afluxo às consultas não programadas, correspondendo respetivamente a Janeiro e Julho, onde o impacto do SNS 24 se poderia ver refletido.

Fonte de dados

As informações foram recolhidas através do processo clínico eletrónico SClínico® e do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF®). Todos os dados obtidos foram codificados e registados numa base de dados contruída para o efeito, com recurso ao programa Microsoft Office Excell 2024®.

O protocolo do estudo foi apresentado ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, e obteve aprovação dos coordenadores das USF. Foi posteriormente submetido à Comissão de Ética para a Saúde do Santo António/ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, obtendo parecer favorável, e garantida a autorização do Centro Académico Clínico.

Seleção da Amostra

A amostra foi constituída com base na divisão dos participantes em dois grupos distintos, de acordo com a via de acesso à consulta em CSP: Grupo I – utentes referenciados pelo serviço telefónico do SNS 24 e Grupo II – utentes que recorreram à CA por autorreferenciação.

Para o Grupo I – Referenciação via SNS 24 –, foram consideradas todas as referenciações realizadas pelo SNS 24, durante os meses de Janeiro e Julho de 2024, para três USF pertencentes à mesma ULS, ULS Santo António: USF Aníbal Cunha (n = 153), USF Bom Porto (n = 126) e USF Cedofeita (n = 163). De forma a obter uma amostra equilibrada por unidade, foi realizada uma amostragem aleatória simples de 50 utentes por unidade, perfazendo um total inicial de 150 utentes.

Posteriormente, foram aplicados critérios de exclusão, tendo sido excluídos os utentes que, embora referenciados, não tinham um agendamento de consulta dentro do intervalo temporal recomendado pela linha SNS 24, considerando-se como válidas as consultas agendadas num prazo

até 2 dias quando a orientação era < 12 horas, até 4 dias quando a orientação era < 24 horas, e até 10 dias quando a orientação era > 24 horas. Resultando numa amostra final de 95 utentes com consulta efetivamente realizada. Além disso, foram integradas neste grupo 9 consultas inicialmente incluídas no Grupo II, mas que, após análise, revelaram contacto prévio com a linha do SNS 24, perfazendo um total de 159 utentes no Grupo I.

A constituição do Grupo II – autorreferenciação para CA – teve por base a análise retrospectiva das consultas abertas realizadas nas USF Aníbal Cunha, Bom Porto e Cedofeita, também durante o mesmo período de 2024. A seleção foi realizada com base nas seguintes etapas:

Inicialmente foram selecionados dois dias da semana, terças e quintas-feiras, fundamentada nos dados extraídos do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), que demonstraram uma maior afluência à CA nestes dias.¹³ Em cada unidade foram selecionados aleatoriamente dois médicos de família e, consequentemente, a partir das agendas desses profissionais, foram identificadas todas as consultas abertas realizadas nos dias selecionados, totalizando: 300 consultas na USF Aníbal Cunha, 294 consultas na USF Bom Porto e 422 consultas na USF Cedofeita.

Deste conjunto, foi realizada uma seleção aleatória simples que resultou na seleção de: 97 consultas (Aníbal Cunha), 95 consultas (Bom Porto), 91 consultas (Cedofeita), num total de 283 consultas inicialmente incluídas.

Na análise posterior, 9 consultas foram excluídas deste grupo e reclassificadas para o Grupo I, por apresentarem contacto prévio com o SNS 24, reduzindo a amostra a 274 utentes. Seguidamente, foram aplicados critérios de exclusão adicionais: 4 utentes foram excluídos por ausência de número de utente, inviabilizando a verificação de contacto prévio com o SNS 24, e 1 utente foi excluído por não ter comparecido à consulta. A amostra final do Grupo II foi, assim, constituída por 269 utentes.

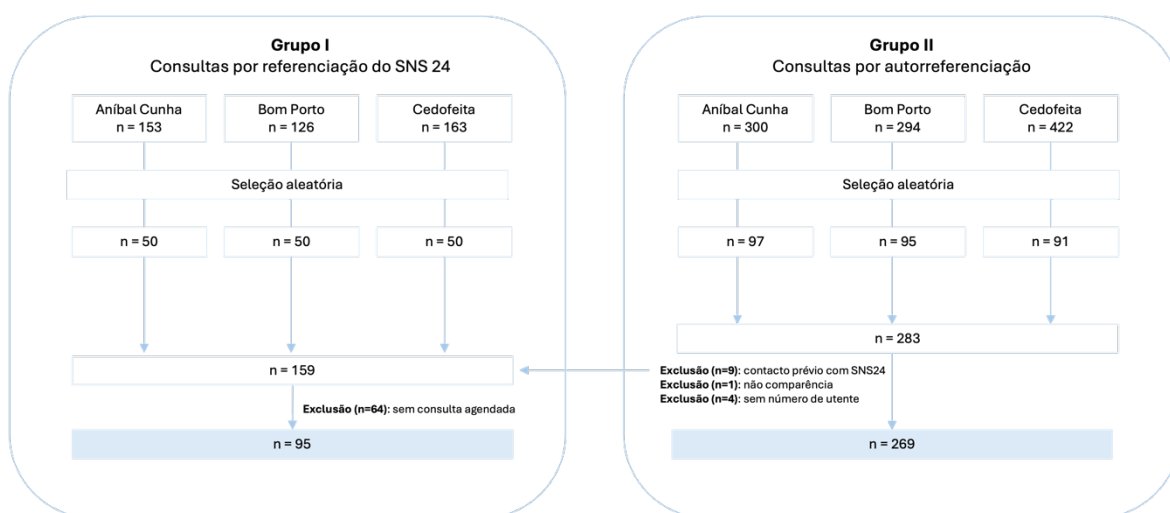


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção da amostra do estudo.

Variáveis e métodos estatísticos

Para o estudo foram definidas diferentes variáveis, sendo que para a caracterização socioeconómica e demográfica foram analisadas a idade, sexo e habilitações literárias. Quanto ao contacto com a linha do SNS 24, foram recolhidos dados relativos ao contacto telefónico como a data (dia e mês) e horário; nível de cuidados aconselhado pelo SNS 24: correspondente à “disposição final” atribuída (observação médica em CSP <12h, < 24h ou > 24h); e o tempo decorrido desde o contacto telefónico até à observação médica na unidade de CSP (com recolha de data e hora da consulta agendada na USF).

Relativamente à situação clínica, o motivo da consulta não programada foi obtido a partir da dos parâmetros de registo do SOAP correspondendo a: Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano, com análise dos parâmetros subjetivo («S») e avaliação («A»), sempre que estava codificada uma queixa por parte do utente, tendo sido privilegiado o parâmetro «A» em detrimento do «S», sempre que existia um diagnóstico bem definido associado à consulta ou na ausência de codificação no campo «S». O registo em questão foi baseado no código da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2). Para a análise da adequação ou não do motivo da utilização da consulta foram ainda recolhidos dados relativos ao tempo de evolução do quadro clínico (considerando o início ou o agravamento de sinais e sintomas, em número de dias), a prescrição de exames complementares de diagnóstico (ECD) tais como estudo analítico sanguíneo, análise de urina (combur, análise sumária de urina tipo II, urocultura), coprocultura, pesquisa de vírus e bactérias nas secreções respiratórias, teste diagnóstico antigénico rápido para *Streptococcus* do grupo A, exames imagiológicos (radiografias, tomografias computadorizadas, ecografias), estudo da função respiratória, estudo trato gastrointestinal (endoscopia, colonoscopia). Por último foram ainda

recolhidos dados relativos ao plano da consulta («P») como terapêutica prescrita (grupos farmacológicos), orientação relativamente a cuidados e medidas gerais e encaminhamento para outras especialidades em âmbito hospitalar, para outros profissionais de saúde como enfermagem, medicina física e reabilitação e outros terapeutas, e encaminhamento para observação urgente em SU.

Todos os dados recolhidos foram obtidos no processo clínico eletrónico do doente.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa IBM SPSS® *Statistics* versão 29.0.2.0(20). A análise das variáveis contínuas consistiu no cálculo da média e desvio padrão, enquanto para as variáveis categóricas obtiveram-se tabelas de frequência. Adotou-se um nível de significância de 0,05 para determinar a significância estatística. Para análise de variáveis categóricas, foi aplicado o teste de Qui-quadrado. Por outro lado, as variáveis contínuas foram comparadas pela distribuição *T-Student*.

Resultados

Na amostra inicial foram analisados 433 utentes, dentro dos quais 159 contactaram a linha do SNS 24 e 274 foram observados em consulta não programada por autorreferenciação.

Dos 274 utentes que agendaram consulta não programada por autodeterminação, Grupo II, 1 (0,4%) não compareceu e em apenas 269 conseguimos comprovar que não contactaram previamente a linha do SNS 24. De notar que 4 dos utentes excluídos foram observados em consulta não programada para utentes não inscritos no SNS, tendo sido excluídos uma vez que não é possível confirmar o contacto prévio com o centro de contacto do SNS 24. A amostra final é assim constituída por 364 utentes.

Em relação às características demográficas da população incluída no estudo verificou-se que 150 (41,2%) utentes pertencem ao sexo masculino e 214 (58,8%) sexo feminino. A média de idades da amostra é de 42,03 anos (DP=23,17; variação entre idade inferior a 1 ano e 94 anos). Quanto às habilitações literárias, apenas foi possível apurar a escolaridade em 161 doentes (dos 364 utentes da amostra final, 140 sem dados e 63 menores de idade), nos quais, em média, os utentes estudaram cerca de 10,47 anos (DP=4,38; variação entre 4 e 20 anos), em que 74 (33%) tinham o ensino básico, 41 (18,3%) tinham o ensino secundário e 46 (20,5%) tinham o ensino superior (Tabela I).

Não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita ao sexo e às habilitações literárias. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na média de idade entre os Grupos I e II ($p = 0,015$). O Grupo II apresenta, em média, uma idade significativamente maior do que o Grupo I.

Tabela I. Caracterização sociodemográfica da amostra (n = 364)					
		Global n = 364	Referenciação SNS 24 n = 95	Autorreferenciação n = 269	P
Idade, anos					
	Média ± DP	42,03±23,17	37,08±23,01	43,77±23,02	0,015
Sexo, n (%)					
	Masculino	150 (41,2)	36 (37,9)	114 (42,4)	0,445
	Feminino	214 (58,8)	59 (62,1)	155 (57,6)	
Habilitações literárias					
	Média ± DP	10,47± 4,38	11,38± 3,96	10,01± 4,48	0,087
	Sem dados	140 (38,5)			

Idade escolar ou pré-escolar	63 (28,1)			
Ensino Básico	74 (33)	15 (25,4)	59 (35,8)	
Ensino Secundário	41 (18,3)	11 (18,6)	30 (18,2)	0,516
Ensino Superior	46 (20,5)	14 (23,7)	32 (19,4)	

Quanto à caracterização dos contactos com a linha do SNS 24, a orientação final consistiu em 29 (18,2%) observação em <12h, 120 (75,5%) observação em <24h e 10 (6,3%) observação em >24h. Em que apenas 95 dos 159 encaminhamentos culminaram no agendamento de uma consulta não programada. Constatou-se ainda que resultaram em consulta 58,6% das observações sugeridas em <12h, 62,5% das observações em <24h e 30% das observações em >24h.

Das 95 consultas não programadas com contacto prévio com a linha do SNS 24, foram sugeridas observações médicas em < 12h a 17 (17,9%), em < 24h a 75 (78,9%) e > 24h a 3 (3,2%). A orientação foi cumprida em 71 chamadas (74,7%). A taxa de cumprimento variou consoante o tempo sugerido para a observação: 64,7% para observações em <12h, 76% em <24h e 100% em >24h.

Quanto ao tempo decorrido entre a chamada e a consulta verificou-se uma média de 16 horas e 15 minutos (DP = 14:12), com valores a variar entre 36 minutos e 71 horas e 15 minutos. Em relação ao tipo de orientação e o tempo decorrido desde a chamada até à consulta, verificou-se que a média de tempo é maior, quanto maior o tempo sugerido na orientação: 13 horas e 50 minutos (DP=14:17) para orientação < 12h; 16 horas e 03 minutos (DP=12:54) para orientação < 24h e 34 horas e 48 minutos (DP=33:31) para orientação > 24h.

Daqueles que não cumpriram o tempo sugerido na orientação do SNS 24 para a observação médica, o tempo ultrapassado foi em média 11 horas 37 minutos (DP=12:42; variação entre 10 minutos e 46 horas e 5 minutos). Por grupo de orientação, conclui-se que o tempo ultrapassado em média foi de 18h51min (DP=10:09) em < 12h e 9h13min (DP=12:46) em < 24h. Todas as consultas com orientação para observação > 24h foram cumpridas em menos de 7 dias.

Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre o motivo de consulta e o tempo sugerido para observação médica pelo SNS 24 ($p < 0,001$). A análise revela que motivos como queixas do aparelho respiratório, ouvido, pele e olhos estão mais frequentemente associados a recomendações de observação médica em menos de 12 horas, sugerindo uma maior urgência. Por outro lado, motivos relacionados com o aparelho geniturinário, problemas sociais, ou planeamento familiar tendem a ser associados a tempos de observação superiores a 24 horas, refletindo uma menor urgência clínica.

Com base no motivo de consulta codificado no sistema informático e segundo os capítulos do ICPC-2, verificou-se, por ordem decrescente de frequência, que o capítulo R - Aparelho respiratório foi o mais frequentemente registado (26,4%). Seguindo-se pelos capítulos L – Sistema musculoesquelético (14%) e o D – Aparelho digestivo (9,9%). Verificou-se igualmente que 10,7% das consultas foram codificadas com o motivo 'Procedimentos'.

Verificou-se que os principais motivos de consulta no Grupo I foram predominantemente relacionados com o aparelho respiratório (42,1%), seguidos por problemas do sistema músculo-esquelético (8,4%), problemas gerais e inespecíficos (7,4%) e problemas de pele (7,4%). Já no Grupo II observou-se uma distribuição distinta, destacando-se igualmente os problemas do aparelho respiratório (20,8%), mas seguidos por motivos relacionados com o sistema músculo-esquelético (16,0%), procedimentos administrativos (13,0%) e problemas do aparelho digestivo (11,5%) (Tabela II).

Foi realizada uma análise estatística para avaliar a relação entre o motivo da consulta e os grupos em estudo, no qual o resultado revelou existir uma associação significativa entre o grupo de origem da consulta e os motivos clínicos codificados ($p = 0,009$). Constatando-se que o grupo I apresenta uma predominância mais marcada de queixas respiratórias, neurológicas e psicológicas, enquanto que no grupo II se observou proporções mais elevadas de problemas músculo-esqueléticos, digestivos e procedimentos.

Tabela II. Resultados da análise descritiva dos motivos mais prevalentes na CA segundo os capítulos ICPC-2

	Global n = 364	Referenciação SNS 24 n = 95	Autorreferenciação n = 269	P
Motivos, n (%)				0,009
Procedimentos	39 (10,7)	4 (4,2)	35 (13)	
A – Geral e Inespecífico	17 (4,7)	7 (7,4)	10 (3,7)	
D – Aparelho digestivo	36 (9,9)	5 (5,3)	31 (11,5)	
F – Olho	6 (1,6)	3 (3,2)	3 (1,1)	
H – Ouvido	13 (3,6)	3 (3,2)	10 (3,7)	
K – Aparelho circulatório	13 (3,6)	2 (2,1)	11 (4,1)	
L – Sistema musculoesquelético	51 (14)	8 (8,4)	43 (16)	
N – Sistema neurológico	9 (2,5)	2 (2,1)	7 (2,6)	
P – Psicológicos	16 (4,4)	5 (5,3)	11 (4,1)	

R – Aparelho respiratório	96 (26,4)	40 (42,1)	56 (20,8)
S – Pele	30 (8,2)	7 (7,4)	23 (8,6)
T – Endócrino, Metabólico e Nutricional	1 (0,3)	1 (1,1)	0 (0)
U – Aparelho Urinário	22 (6)	4 (4,2)	18 (6,7)
W – Gravidez, Parto, Planeamento Familiar	4 (1,1)	1 (1,1)	3 (1,1)
X – Aparelho Genital Feminino	6 (1,6)	2 (2,1)	4 (1,5)
Y – Aparelho Genital Masculino	2 (0,5)	0 (0)	2 (0,7)
Z – Problemas sociais	3 (0,8)	1 (1,1)	2 (0,7)

Relativamente aos sinais e sintomas predominantes apresentados como motivo para observação médica, verificou-se que queixas relacionadas com a região lombar, ombro e joelho foram referidas em 20 casos (5,49%), a tosse em 10 casos (2,75%), assim como a diarreia em 6 casos (1,65%) (Tabela III).

Tabela III. Resultados da análise descritiva dos sinais e sintomas mais prevalentes na CA segundo os capítulos ICPC-2		
		Global n = 364
Sinais e sintomas, n (%)		
A – Geral e Inespecífico		
	A03 – Febre	4 (1,1)
D – Aparelho digestivo		
	D11 – Diarreia	6 (1,65)
	D06 – Dor abdominal localizada	3 (0,82)
L – Sistema musculo- esquelético		
	L03 – Sintoma/ queixa da região lombar	7 (1,92)
	L08 – Sintoma/ queixa do ombro	7 (1,92)
	L15 – Sintoma/ queixa do joelho	6 (1,65)
	L77 – Entorse/ Distensão do tornozelo	4 (1,1)
R – Aparelho respiratório		

R05 – Tosse	10 (2,75)
-------------	-----------

O diagnóstico em específico mais registado foi Infecção aguda do aparelho respiratório superior com 36 casos diagnosticados, responsável por 37,5% das doenças do sistema respiratório e 9,8% da totalidade dos casos. Seguem-se os diagnósticos de gripe (16 casos, representando 4,4% dos casos), cistite/ infecção urinária outra (13 casos, representando 3,57% dos casos) e amigdalite (10 casos, representando 2,75% dos casos) (Tabela IV).

Tabela IV. Resultados da análise descritiva dos diagnósticos mais prevalentes na CA segundo os capítulos ICPC-2		
		Global n = 364
Diagnósticos, n (%)		
D – Aparelho digestivo		
	D73 – Gastroenterite, presumível infecção	7 (1,92)
H – Ouvido		
	H71 – Otite média aguda/ Miringite	8 (2,2)
L – Sistema musculo- esquelético		
	L86 – Síndrome da coluna com irradiação	6 (1,65)
P – Psicológico		
	P74 – Distúrbio ansioso/ Estado de ansiedade	7 (1,92)
	P76 – Perturbação depressiva	5 (1,37)
R – Aparelho Respiratório		
	R74 – Infecção aguda do aparelho respiratório superior	36 (9,8)
	R80 – Gripe	16 (4,4)
	R76 – Amigdalite aguda	10 (2,75)
U – Aparelho Urinário		
	U71 – Cistite/ Infecção urinária, outra	13 (3,57)

Quanto ao tempo de evolução do quadro clínico que motivou a observação médica, verificou-se que a duração média foi de 20,90 dias (DP=120,16; com variação entre 0 e 1825 dias). A análise da associação entre o contacto prévio com a linha SNS 24 e a duração da queixa clínica revelou uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), indicando que o padrão temporal da evolução dos sintomas difere entre os utentes que contactaram o SNS 24 antes da consulta e aqueles que não o fizeram (Grupo II). Observou-se que, entre os utentes que contactaram o SNS 24, a maioria apresentava queixas de curta duração, concentradas sobretudo nos últimos 3 a 7 dias (cerca de 84% dos casos), enquanto no grupo que não contactou a linha SNS 24, a distribuição da duração da queixa era mais dispersa, com uma maior proporção de queixas de duração superior a um mês (aproximadamente 9%) e uma maior frequência de queixas com duração inferior a um mês.

Foram solicitados ECD em 96 doentes, isto é, 26,1% das consultas. No total, foram requisitados 175 ECD com predomínio dos exames imagiológicos dirigidos ao aparelho respiratório e músculo-esquelético (36, ou seja 20,6%), estudo da urina (16%) e o estudo analítico sanguíneo (14,9%). No grupo I verificou-se que em 28,3% foram requisitados ECD, face aos 20% daqueles que no grupo II.

Na mesma amostra, verificou-se que em 13 consultas foram sugeridos cuidados e medidas gerais de forma exclusiva. Mais de metade (51,6%) dos planos terapêuticos incluíram cuidados e medidas não farmacológicas. Por outro lado, verificou-se uma maior indicação de cuidados e medidas gerais no Grupo I em que 68,4% do grupo recebeu estas recomendações, contrastando com os 45,7% do Grupo II – relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Relativamente ainda ao plano de tratamento, contacta-se que na grande maioria dos casos, 67,3%, há aconselhamento de tratamento farmacológico, todavia a sua prescrição é realizada numa frequência ligeiramente menor, 62,4%. No Grupo I há uma maior prescrição de medicamentos que no Grupo II, 68,4% versus 60,2% respetivamente, embora esta relação não seja estatisticamente significativa ($p=0,156$). Depois dos anti-inflamatórios (19,5%) e dos antibióticos (17,3%), os fármacos mais prescritos foram os analgésicos e antipiréticos (15,9%) e os anti-histamínicos (11,3%).

De entre os 364 doentes observados, 11 (3%) terminaram a consulta com uma consulta de reavaliação, 18 (4,9%) foram encaminhados para consulta de especialidade no âmbito hospitalar, 26 (7,1%) encaminhados para outros profissionais de saúde e 35 (9,6%) encaminhados para observação médica no SU pelo quadro clínico apresentado. Não se tendo verificado nenhuma relação estatisticamente significativa entre os grupos e a necessidade de encaminhamento, como se observa na Tabela V, no entanto a necessidade de encaminhamento verificou-se ser superior nos utentes que não contactaram a linha do SNS 24.

Relativamente ao encaminhamento para outros profissionais de saúde destacou-se como mais frequente a orientação para Medicina Física e de Reabilitação (MFR), em 42,3%, representando 3% da totalidade da amostra." (Tabela V).

Tabela V. Resultados da análise descritiva da orientação após observação médica na CA				
	Global n = 364	Referenciação SNS 24 n = 95	Autorreferenciação n = 269	P
Orientação, n (%)				
Consulta de reavaliação	11 (3)	1 (1,1)	10 (3,7)	0,192
Referenciação para médico/especialista	18 (4,9)	2 (2,1)	16 (5,9)	0,138
Referenciação para outros prestadores/ enfermeiros/ assistentes sociais/ terapeutas	26 (7,1)	7 (7,4)	19 (7,1)	0,921
MFR	11 (3)			
Referenciação para SU	35 (9,6)	12 (12,6)	23 (8,6)	0,246

Relativamente à avaliação dos fatores que conduzem ao encaminhamento para o SU procurou-se analisar a associação entre o contacto prévio com a linha SNS 24 e a decisão de encaminhamento para o SU, bem como a relação entre o motivo da consulta e essa mesma referenciação. Dos 35 encaminhamentos para o SU, 12 (3,2%) pertenciam ao Grupo I e 23 (6,3%) ao Grupo II. Embora o número absoluto seja maior no Grupo II, a percentagem relativa indica que uma maior proporção de utentes que contactaram o SNS 24 foi encaminhada para o SU (12,6%), indicando uma tendência ligeiramente maior de encaminhamento para o SU entre os que contactaram o SNS 24, ainda que sem significância estatística ($p = 0,246$).

Por outro lado, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o motivo da consulta e a referenciação para o SU ($p < 0,001$). Problemas relacionados com o aparelho respiratório, ouvido e aparelho circulatório apresentaram maior proporção de encaminhamentos para o SU, com 5 casos para cada um dos aparelhos respiratório e ouvido, e 4 casos para o aparelho circulatório. Estes resultados sugerem que, embora o contacto prévio com o SNS 24 não influencie significativamente a probabilidade de encaminhamento para o SU, o motivo da consulta constitui um fator determinante na decisão clínica de encaminhar o utente para avaliação urgente.

Por último, nas consultas analisadas, os procedimentos administrativos revelaram-se uma componente relevante da atividade clínica. Verificou-se que em 87 das 364 consultas (23,9%) foi

realizado pelo menos um procedimento administrativo, com predominância no Grupo II (24,5%) face ao Grupo I (22,1%), ainda que sem significância estatística. Contudo, importa destacar que apenas em 39 dessas consultas o procedimento administrativo foi codificado como o motivo principal de procura. Entre os procedimentos realizados, os Certificados de Incapacidade Temporária (CIT) foram os mais prevalentes, representando 71,2% dos procedimentos administrativos e correspondendo a 17,1% do total de consultas analisadas. Destes, 21% referiam-se a CIT por assistência a filho, enquanto 16% dos procedimentos não apresentavam registro claro quanto à sua natureza. Numa análise restrita às consultas cujo plano terapêutico consistiu exclusivamente na realização de um procedimento administrativo, identificaram-se 23 casos (6,3%), novamente com predomínio dos CIT.

Discussão

Este estudo teve como principal objetivo caracterizar a CA das USF Aníbal Cunha, Bom Porto e Cedofeita, relativamente às características demográficas e socioeconómicas dos utentes utilizadores desta consulta, à decisão de agendamento da consulta, aos motivos e a adequação desses motivos, analisando comparativamente os utentes previamente orientados pelo SNS 24 com os autorreferenciados.

A população neste estudo utilizadora das CA apresenta uma prevalência do sexo feminino (58,8%) e idade média de 42 anos. Estes resultados são consistentes com estudos anteriores relativos a fatores determinantes na utilização de CA em Portugal.^{11,14-16}

Quando comparados os grupos em estudo, como seria expectável, conclui-se que o grupo de utentes que procura o agendamento de CA sem contacto prévio com o SNS 24 apresenta uma média de idade mais avançada. Este resultado facilmente se compreende dado que este serviço de aconselhamento é relativamente recente, com início em 2007, e dadas as dificuldades de adaptação aos serviços de saúde digitais por parte de populações mais envelhecidas.

Relativamente às habilitações literárias, semelhante ao observado numa USF do Porto Ocidental em 2018, predominam utilizadores com ensino básico (33%).¹¹ Destacando-se ainda que 20,5% têm o ensino superior. Estes resultados, devem ser interpretados com reserva, uma vez que foram condicionados por uma elevada ausência de registos e, para além disso, mesmo que os dados estivessem completos, as listas em análise não são representativas da população geral, o que compromete a generalização dos resultados.

No que concerne aos contactos da linha do SNS 24, a orientação mais frequente consistiu numa observação médica num período 24h, seguida de <12h e >24h. Na totalidade dos pedidos externos, por parte do SNS 24, para observação médica em CSP concluiu-se que 59,7% dos encaminhamentos culminaram no agendamento de uma consulta não programada. Estes resultados vão de encontro à acessibilidade verificada no BI-CSP, em maio de 2025, na região norte do país que ronda os 60%.¹³ Adicionalmente, quando comparados com os dados divulgados em abril de 2024 pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), os resultados obtidos neste estudo revelam uma taxa de resposta semelhante à média nacional, onde 42% utentes encaminhados não obtém uma consulta no centro de saúde.⁷ Para além dos resultados obtidos, importa salientar uma limitação na metodologia do presente estudo, também identificada no estudo anteriormente referido, relacionada com a impossibilidade de distinguir se a ausência de atendimento resultou da opção do utente ou da

indisponibilidade de resposta por parte da unidade de saúde. Esta limitação condiciona a interpretação de alguns dos dados relativos ao acesso efetivo aos cuidados.⁷

Salienta-se ainda que, a percentagem de cumprimento do tempo sugerido para observação foi significativa (74,7%), sendo maior nos casos com maior tempo sugerido para a observação. Este padrão sugere que o cumprimento da recomendação é menor quando o tempo indicado para observação é mais curto. Esta tendência poderá refletir constrangimentos organizativos das unidades de saúde, nomeadamente a indisponibilidade de agenda com a tipologia de consulta adequada no intervalo de tempo recomendado. De forma coerente, dados da ERS indicam que 58% das reclamações dos utentes se referem à referenciação para unidades de CSP sem capacidade de atendimento no momento, e 15% apontam encaminhamentos inadequados, o que reforça a necessidade de melhorar a articulação entre triagem e resposta assistencial.⁷

Relativamente ao tempo decorrido entre a chamada e a consulta agendada, observou-se uma média de 16h15, com elevada variabilidade. Entre os casos que não cumpriram o tempo sugerido, o tempo médio ultrapassado foi de 11h37, podendo atingir mais de 46 horas. Destaca-se que, uma vez mais que nos casos com orientação para observação em <12h, o incumprimento médio foi mais elevado. Ainda assim, todas as observações orientadas para >24h foram realizadas no prazo máximo de 7 dias. Estes dados evidenciam a heterogeneidade na resposta dos CSP e a dificuldade em garantir tempos adequados sobretudo nos casos mais urgentes. A média de tempo superior nos casos classificados como mais urgentes contraria a lógica de prioridade clínica, podendo refletir falhas na adequação da resposta. Tal situação poderá estar associada aos horários reduzidos de funcionamento das unidades, muitas das quais operam apenas durante parte do dia. Isso sugere a necessidade de rever o fluxograma para ajustar os prazos à capacidade real do serviço ou, alternativamente, reforçar recursos para garantir atendimento 24h nos casos mais urgentes, assegurando maior alinhamento entre a prioridade clínica e o tempo de resposta.

A associação encontrada entre o motivo de consulta e o tempo sugerido para observação médica pelo SNS 24 confirma que diferentes problemas de saúde estão relacionados com recomendações temporais distintas. Isto indica que o sistema de triagem diferencia a urgência conforme o tipo de queixa, sugerindo tempos de observação que variam em função da natureza dos sintomas, como seria de prever, tendo em consideração que os algoritmos utilizados no SNS 24 têm como objetivo guiar os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, para uma prática mais segura e eficaz. Estudos internacionais reforçam a importância de avaliar a segurança e coerência destes sistemas de triagem: Graversen et al. (2020) demonstraram que a triagem telefónica em cuidados primários apresenta níveis satisfatórios de segurança e qualidade, embora com variações entre

profissionais; no seguimento, o mesmo autor, em 2023 identificou fatores associados à ocorrência de subtriagem e sobretriagem, alertando para os riscos de decisões inadequadas em determinados perfis de utentes; por sua vez, Islam et al. (2021), numa revisão sistemática, analisaram a consistência de sistemas de triagem com software de apoio à decisão, concluindo que, apesar da sua utilidade, persistem limitações que justificam monitorização e otimização contínuas.¹⁷⁻¹⁹ Assim, os resultados deste estudo quando confrontados com a literatura reforçam a pertinência de continuar a avaliar e ajustar os tempos de observação recomendados pelo SNS 24, garantindo um equilíbrio entre a segurança clínica e a eficiência do sistema.²⁰

Para além da análise anterior, a caracterização dos motivos de consulta revela as principais necessidades clínicas dos utentes e destaca padrões de procura relevantes para a organização dos cuidados. Os resultados obtidos permitem concluir que os motivos de consulta mais frequentes pertencem ao Aparelho respiratório (26,4%), com predominância no grupo I (42,1%). Este padrão é coerente com estudos realizados em contexto de cuidados primários, como o de Fróis et al. (2022), onde as infeções respiratórias assumem da mesma forma um peso significativo, especialmente nos meses de inverno.¹⁵ O estudo decorreu em janeiro e julho, sendo janeiro um mês com maior prevalência de infeções respiratórias, o que poderá ter influenciado a elevada prevalência de sintomas e diagnósticos deste foro.

No grupo II, os problemas respiratórios mantêm-se relevantes (20,8%), mas observou-se uma maior diversidade nos motivos de consulta, sendo esta diferença de perfis estatisticamente significativa ($p = 0,009$). Assim, a distribuição dos motivos de consulta sugere que o modo de entrada no sistema de saúde é influenciado pelos motivos de consulta, com o SNS 24 a filtrar mais frequentemente situações respiratórias, enquanto a autorreferenciação mostra uma procura mais heterogénea.

De entre os capítulos do ICPC-2, verificou-se a coexistência de necessidades clínicas e administrativas entre os utentes que recorrem à CA. Destacando-se o predomínio de queixas músculo-esqueléticas e respiratórias, tanto ao nível de sintomas como de diagnósticos. A articulação entre os sintomas relatados, os diagnósticos estabelecidos e os motivos de procura reforçam a ideia de que a CA continua a funcionar como um espaço de acesso para situações clínicas agudas e diversificadas, embora marcada por padrões distintos consoante o modo de acesso à CA, e condicionada pelas características sazonais e organizativas dos CSP.

A predominância de motivos respiratórios no Grupo I, em contraste com uma maior diversidade no Grupo II, deve ser interpretada à luz do contexto epidemiológico e comportamental. A associação estatisticamente significativa entre o modo de entrada e o motivo da consulta reforça esta interpretação, alinhando-se com o estudo de Vale et al. (2024), que evidenciou o papel dos sistemas

de triagem no enviesamento dos perfis de acesso.²¹ Por um lado, a elevada incidência de infeções respiratórias no período em análise contribui para o número elevado de contactos relacionados com sintomas respiratórios. Por outro, o crescimento exponencial da utilização da linha SNS 24 durante e após a pandemia da doença infecciosa provocada pelo vírus SARS-CoV-2 levou a uma maior familiaridade da população com este serviço, especialmente para queixas respiratórias, reforçando a tendência de procurar a linha para esse tipo de sintomas. Assim, a predominância observada pode refletir uma combinação destes fatores, para além da possível influência dos algoritmos de triagem na atribuição de prioridade a sintomas respiratórios.

A análise do tempo de evolução dos quadros clínicos que motivaram as CA revela informações pertinentes sobre a adequação do seu uso face à natureza aguda que estas consultas visam atender. Os dados indicam que a duração média das queixas foi de 20,90 dias e que existe uma associação estatisticamente significativa entre o contacto prévio com a linha SNS 24 e a duração da queixa clínica ($p < 0,001$), sugerindo que os utentes que recorreram ao SNS 24 tendem a procurar cuidados de forma mais precoce, com sintomas de curta duração, predominantemente entre 3 a 7 dias, em cerca de 84% dos casos. Em contraste, os utentes que não contactaram o SNS 24 apresentaram uma distribuição mais heterogénea na duração das queixas, incluindo uma proporção significativa com sintomas persistentes há mais de um mês. Estes achados podem refletir diferentes padrões de comportamento na procura de cuidados e levantam questões sobre a adequação do uso das consultas abertas para situações não agudas, problema este que tem vindo a motivar investigação clínica.^{11,22} A existência de 110 casos em falta na variável da duração da queixa recomenda cautela na interpretação dos resultados, devido a possíveis limitações relacionadas com a completude dos dados.

Complementando a discussão sobre os motivos de consulta codificados, a presença significativa de motivos administrativos, como os procedimentos, evidencia uma utilização da consulta médica para fins não clínicos. Importa referir que em 6,3% das consultas, a realização de um procedimento administrativo correspondeu ao único elemento do plano, mesmo que existisse um diagnóstico clínico registado que não exigisse tratamento ou orientações específicas. Esta prática evidencia a utilização da consulta presencial para fins administrativos, comprometendo a eficiência dos cuidados primários, aumentando a pressão sobre serviços já saturados e reduzindo a resposta a casos mais complexos. Comparativamente, Ramos et al. (2018) reportaram 6,12% de consultas exclusivamente administrativas, valor semelhante ao deste estudo, indicando uma persistência temporal desta tendência, apesar dos avanços em mecanismos alternativos.¹¹ Contudo, diferenças contextuais entre estudos exigem cautela na extrapolação dos dados.

Por outro lado, em muitas consultas, os procedimentos administrativos fazem parte integrante do plano terapêutico, coexistindo com outras orientações, incluindo medidas e cuidados não farmacológicos, bem como tratamento farmacológico. Neste contexto, os CIT destacam-se como os procedimentos mais frequentes, incluindo 21% de CIT parental, refletindo as necessidades laborais e sociais dos utentes, que muitas vezes condicionam o recurso aos cuidados de saúde. Esta realidade é consistente com a literatura, que aponta para a sobreposição do uso das consultas médicas, especialmente para renovação de receituário, emissão de documentos e outras solicitações que não exigem contacto presencial.¹⁰⁻¹²

No presente estudo, a proporção de procedimentos administrativos é ligeiramente superior no Grupo II em comparação com o Grupo I, não tendo sido encontrada associação estatisticamente significativa entre o tipo de acesso e a realização destes procedimentos clínicos. Isto sugere que o uso da consulta para fins administrativos não depende apenas do modo de acesso, mas também de padrões instalados de procura e da organização dos serviços.

No que respeita aos ECD solicitados, verificou-se que 26,1% das consultas incluíram a requisição de pelo menos um exame. Destacaram-se os exames imagiológicos, sobretudo dirigidos ao aparelho respiratório e musculoesquelético (20,6%), em consonância com os principais motivos de consulta e diagnósticos observados, centrados sobretudo em queixas destes grupos. Este padrão é igualmente corroborado pela frequência do estudo de urina e análises sanguíneas. Importa sublinhar que a maior proporção de ECD foi registada no Grupo I (28,3%) face ao Grupo II (20%), o que poderá refletir a menor clareza diagnóstica de algumas situações identificadas no contacto telefónico e que, por essa razão, justificaram encaminhamento médico. Ou seja, é plausível que os quadros clínicos que motivaram o contacto com o SNS 24 apresentassem maior complexidade ou menor evidência clínica à distância, exigindo confirmação diagnóstica através de ECD.

No domínio do aconselhamento de cuidados e medidas gerais, em 3,5% das consultas este foi o único componente do plano, questionando a necessidade do acesso presencial, especialmente porque a maioria dos utentes não contactou previamente o SNS 24, sugerindo que algumas situações poderiam ter sido resolvidas por telefone. Apesar disso, cuidados gerais estiveram presentes em mais de metade dos planos terapêuticos (51,6%), destacando a sua importância nos cuidados primários. A maior frequência de registo deste aconselhamento no Grupo I em comparação ao Grupo II, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), pode resultar de melhor sistematização do registo ou de estratégia de reforço das orientações.

Relativamente ao tratamento instituído, na maioria das consultas houve aconselhamento terapêutico farmacológico, com prescrição efetiva quase na totalidade dos casos, refletindo

situações em que se optou por orientação sem formalizar receita. O Grupo I apresentou maior prescrição do que o Grupo II, sem significância estatística, possivelmente devido a sintomas mais agudos ou infecciosos. Adicionalmente, é plausível que alguns utentes do Grupo I tivessem já recorrido previamente a automedicação sem sucesso, reforçando a necessidade de avaliação médica. Quanto às classes farmacológicas, destacam-se anti-inflamatórios (19,5%), antibióticos (17,3%), analgésicos/antipiréticos (15,9%) e anti-histamínicos (11,3%), coerentes com os quadros respiratórios e músculo-esqueléticos prevalentes.

Apenas uma pequena parte dos doentes foi encaminhada para seguimento posterior: 3% para reavaliação, 4,9% para consulta hospitalar, 7,1% para outros profissionais e 9,6% para observação no SU. A ausência de encaminhamento na maioria indica menor complexidade clínica, permitindo gestão na consulta inicial. Entre os encaminhamentos a outros profissionais, a MFR foi a mais frequente (42,3%), associada a diagnósticos musculoesqueléticos comuns na amostra. Contudo, não houve relação estatisticamente significativa entre grupos e encaminhamentos, e a amostra é insuficiente para conclusões firmes, recomendando-se estudos futuros com amostras maiores para melhor entendimento dos fatores que influenciam estes processos.

A análise da associação entre o contacto prévio com a linha SNS 24 e o encaminhamento para o SU não revelou uma relação estatisticamente significativa, embora o Grupo II tenha apresentado mais encaminhamentos, a diferença não permite concluir que o SNS 24 influencie essa decisão. É ainda possível que variáveis clínicas e contextuais, não contempladas nesta análise, influenciem tanto o contacto com a linha SNS 24 quanto a decisão de encaminhamento para o SU.

Por outro lado, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o motivo da consulta e a referência para o SU ($p < 0,001$). Problemas relacionados com o aparelho respiratório, ouvido e aparelho circulatório apresentaram maior proporção de encaminhamentos para o SU. Isto sugere que o conteúdo clínico da queixa, mais do que o percurso prévio do utente, tem um peso determinante na decisão de referência. Assim, embora o contacto com o SNS 24 possa ter um papel relevante na orientação dos utentes, os dados aqui apresentados apontam o motivo da consulta como o principal fator associado ao encaminhamento para o SU.

Adicionalmente, um estudo debruçado sobre a caracterização da CA, constatou que a referência para o SU ocorreu em apenas 1,9% destas consultas, contrastando com os 9,6% observados no presente estudo.¹¹ Esta divergência poderá indicar uma maior complexidade clínica dos episódios atendidos na amostra atual ou uma diferente abordagem clínica na avaliação e encaminhamento dos utentes. Tal diferenciação reforça a necessidade de análises contextualizadas e comparativas que considerem as dinâmicas específicas de cada unidade ou região.

Estes resultados, ainda que obtidos num contexto específico e com as limitações inerentes ao desenho do estudo, sublinham a necessidade de reavaliar os circuitos administrativos disponíveis, promovendo a utilização adequada dos contactos indirectos e reforçando estratégias que permitam canalizar as consultas abertas para a sua função prioritária: a resposta clínica imediata a situações agudas. Para isso, será essencial garantir aos utentes uma maior acessibilidade e clareza quanto aos canais próprios para resolução de questões administrativas, ao mesmo tempo que se fomenta a literacia em saúde e o uso consciente dos serviços disponíveis.

Conclusão

O estudo teve como principal objetivo analisar e comparar as características das consultas abertas realizadas em três USF da ULS Santo António, com especial enfoque na diferenciação entre utentes referenciados pelo SNS 24 e aqueles que recorreram por iniciativa própria. Através da análise dos registos clínicos, procurou-se compreender as dinâmicas de acesso, os perfis clínicos dos episódios, os recursos utilizados e os destinos clínicos atribuídos pelos profissionais.

Contudo, o desenho do estudo não permite determinar de forma objetiva e padronizada se os motivos que levaram à realização das consultas foram adequados ou não. Em rigor, não foi utilizada qualquer grelha, algoritmo ou critério validado para classificar a pertinência avaliar de forma objetiva a “adequação” das consultas. Por esse motivo, a noção de adequação foi tratada num sentido mais descritivo e contextual, centrando a análise na caracterização e comparação dos grupos, e não na emissão de juízos normativos.

Apesar disso, o estudo oferece contributos relevantes para a compreensão dos padrões de utilização da CA e dos fatores que a influenciam. No que diz respeito às características dos utentes, observou-se um predomínio do sexo feminino e uma média etária de 42 anos. Uma análise mais aprofundada revelou uma idade significativamente superior nos utentes do Grupo II, o que poderá refletir diferenças de acesso digital e menor utilização do SNS 24 por populações mais envelhecidas. O ensino básico foi o grau de escolaridade mais frequente, reforçando a necessidade de estratégias para promoção da literacia em saúde.

A análise da decisão de agendamento da consulta evidenciou que, das orientações do SNS 24, a maioria resultou em marcação na CA. Além disso, verificou-se que quanto menor o intervalo de tempo recomendado para observação médica, maior a adesão ao encaminhamento. A concordância entre o tempo recomendado pelo SNS 24 e o tempo efetivo de procura da consulta demonstrou-se, assim, globalmente positiva.

Em termos clínicos, os principais motivos de consulta foram queixas respiratórias e músculo-esqueléticas. Verificou-se uma maior proporção de queixas respiratórias entre os referenciados pelo SNS 24, e queixas de maior duração no grupo da autorreferenciação, o que poderá refletir diferentes momentos do ciclo de doença e motivações distintas na procura. Os procedimentos administrativos, como os pedidos de CIT, foram também dos principais motivos de consulta. A autodeclaração de doença em 2023 reduziu parte desta procura, permitindo justificações de curta duração sem consulta, mas não substitui situações como baixas para assistência à família, que mantêm necessidade de avaliação médica presencial.

Ao nível da investigação complementar, verificou-se que cerca de um quarto das consultas originaram pedidos de ECD, sendo mais frequentes os exames de imagiologia ao aparelho respiratório e músculo-esquelético. O grupo referenciado pelo SNS 24 teve maior proporção de ECD e de prescrição medicamentosa, sugerindo uma orientação mais precoce e dirigida. A maioria dos tratamentos envolveu medidas gerais e cuidados não farmacológicos, destacando o papel do aconselhamento clínico.

Relativamente ao destino final da consulta, cerca de 25% dos episódios resultaram em algum tipo de encaminhamento, sendo o SU o destino mais comum. Os resultados mostraram que o motivo clínico da consulta teve maior peso na decisão de encaminhamento do que o contacto prévio com o SNS 24, não se tendo verificado associação estatisticamente significativa entre o contacto com o SNS 24 e o encaminhamento. No entanto, importa destacar que a análise se baseou num número muito reduzido de casos, o que limita substancialmente a robustez da mesma e pode inviabilizar a extrapolação destes resultados para outros contextos ou populações. Neste sentido, futuros estudos, com amostras mais representativas e metodologias ajustadas para controlar potenciais fatores confundidores, são essenciais para aprofundar o entendimento do papel da linha SNS 24 na orientação e encaminhamento dos utentes para o SU.

Conclui-se que a CA continua a ser um recurso essencial na resposta à doença aguda em CSP, e que o SNS 24 pode desempenhar um papel relevante na facilitação do acesso. Todavia, permanece o desafio de clarificar o conceito de “adequação” neste contexto, sendo recomendável aprofundar a investigação com metodologias que integrem critérios objetivos, a perspetiva do utente e a experiência clínica.

Referências Bibliográficas

1. Serviço Nacional de Saúde. Sobre nós [Internet]. Lisboa: SNS 24; página eletrónica; 09 de Maio 2025. (Disponível em <https://www.sns24.gov.pt/pt/sobre-nos/>. Consultado pela última vez a 2025/06/06).
2. Simão H. Estudo descritivo do perfil de utilizador da linha Saúde 24 com análise de impacto ao nível da eficiência, equidade e empowerment em comparação com o modelo inglês NHS Direct. Lisboa: Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa. 2009. Disponível em <https://run.unl.pt/handle/10362/4342>. Consultado pela última vez: 2025/06/06.
3. Bancaleiro C. Três anos de Linha "Dói, Dói, Trim, Trim". Público. Lisboa: 30 de maio de 2003. Disponível em: <https://www.publico.pt/2003/05/30/sociedade/noticia/tres-anos-de-linha-doi-doi-trim-trim-1150234>. Consultado pela última vez: 2025/06/06.
4. Agência Lusa. Linha de Saúde Pública entra em funcionamento 24 horas por dia. Público. Lisboa: 6 de janeiro de 2007. Disponível em: <https://www.publico.pt/2007/01/06/sociedade/noticia/linha-de-saude-publica-entra-em-funcionamento-24-horas-por-dia-1281685>. Consultado pela última vez: 2025/06/06.
5. António Cotrim/Agência Lusa. Oito milhões de chamadas para a Linha Saúde 24 em dez anos de funcionamento. Observador. Lisboa: 23 de abril de 2017. Disponível em: <https://observador.pt/2017/04/23/oito-milhoes-de-chamadas-para-a-linha-saude-24-em-dez-anos-de-funcionamento/>. Consultado pela última vez: 2025/06/06.
6. SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Primeiro-Ministro inaugura SNS 24 – Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde [Internet]. Lisboa: SPMS; página eletrónica; 24 Julho 2017. (Disponível em <https://www.spms.min-saude.pt/2017/07/primeiro-ministro-inaugura-sns-24-centro-contacto-do-servico-nacional-saude/>. Consultado pela última vez: 2025/06/06).
7. Entidade Reguladora da Saúde. Estudo sobre a Linha SNS 24 e o impacto no acesso à prestação de cuidados de saúde. Porto, Portugal: ERS, 2024. Disponível em: <https://www.ers.pt/media/vtxhgskb/estudo-sns-24-04-04-2024.pdf>. Consultado pela última vez: 2025/06/06.
8. Agência Lusa. Linha SNS 24 já atendeu mais de dois milhões de chamadas em 2024. CNN Portugal. Lisboa: 28 de agosto de 2024. Disponível em: <https://cnnportugal.iol.pt/linha-sns-24/chamadas/linha-sns-24-ja-atendeu-mais-de-dois-milhoes-de-chamadas-em-2024/20240828/66cf088ad34ea1acf26dbcf5>. Consultado pela última vez: 2025/06/06.
9. Serviço Nacional de Saúde. Linha SNS 24 já atendeu mais de 2 milhões de chamadas em 2024 [Internet]. SNS; página eletrónica; disponível em. (<https://www.sns.gov.pt/noticias/2024/08/28/linha-sns-24-ja-atendeu-mais-de-2-milhoes-de-chamadas-em-2024/>. Consultado pela última vez a 2025/06/06).
10. Ministério da Saúde. Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio. Diário da República, 1ª série; 2017.
11. Ramos AA, Proença, I, Magalhães, J, et al. Caracterização das Consultas abertas. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar 2018;34(6):361-369. DOI: 10.32385/rpmgf.v34i6.12082.
12. Rocha H, Braga R, Cavadas L, et al. Caraterização da consulta aberta de uma Unidade de Saúde Familiar: quem, quando e porquê? Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar 2020;36(2):200-207. DOI: 10.32385/rpmgf.v36i2.12318.
13. Administração Central do Sistema de Saúde. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários - BI-CSP [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; página eletrónica;

- disponível em: (<https://bicsp.min-saude.pt> . Consultado pela última vez a 2025/05/05).
14. Ferreira BD, Neto, C.P., Loureiro, R., Almeida, C. Fatores determinantes na procura de cuidados de saúde a um SUB, por utentes de uma USF. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 2024;40(5):432-42. DOI: 10.32385/rpmgf.v40i5.13987.
 15. Fróis AT, Sampaio, AF. Impacto da pandemia COVID-19 na utilização da consulta aberta de uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 2022;38:583-593. DOI: 10.32385/rpmgf.v38i6.13434.
 16. Leitão CA, Santos SR, Aguiar AS, Sousa VL, Lanhas HA, Alves FM. Determinants of frequent use of open consultations: a study on patient demographics, chronic conditions, and utilization patterns in primary care. *Porto Biomed J* 2025;10(2):e282. (In eng). DOI: 10.1097/j.pbj.0000000000000282.
 17. Graversen DS, Christensen MB, Pedersen AF, et al. Safety, efficiency and health-related quality of telephone triage conducted by general practitioners, nurses, or physicians in out-of-hours primary care: a quasi-experimental study using the Assessment of Quality in Telephone Triage (AQTT) to assess audio-recorded telephone calls. *BMC Fam Pract* 2020;21(1):84. (In eng). DOI: 10.1186/s12875-020-01122-z.
 18. Graversen DS, Pedersen AF, Christensen MB, Folke F, Huibers L. Factors associated with undertriage and overtriage in telephone triage in Danish out-of-hours primary care: a natural quasi-experimental cross-sectional study of randomly selected and high-risk calls. *BMJ Open* 2023;13(3):e064999. (In eng). DOI: 10.1136/bmjopen-2022-064999.
 19. Islam F, Sabbe M, Heeren P, Milisen K. Consistency of decision support software-integrated telephone triage and associated factors: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak* 2021;21(1):107. (In eng). DOI: 10.1186/s12911-021-01472-3.
 20. Carrasqueiro S, Oliveira M, Encarnação P. Evaluation of telephone triage and advice services: a systematic review on methods, metrics and results. In: Safran C RS, Marin H, ed. *MIE 2011 - User Centred Networked Health Care* Oslo, Norway: IOS Press; 2011:407-411.
 21. Vale ACF. Consulta aberta nos Cuidados de Saúde Primários no ACeS Braga. Braga: Dissertação de mestrado, Universidade do Minho. 2024. Disponível em <https://hdl.handle.net/1822/93246>. Consultado pela última vez: 2025/06/06.
 22. Keizer E, Smits M, Peters Y, Huibers L, Giesen P, Wensing M. Contacts with out-of-hours primary care for nonurgent problems: patients' beliefs or deficiencies in healthcare? *BMC Fam Pract* 2015;16:157. (In eng). DOI: 10.1186/s12875-015-0376-9.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

