

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Estágio no Serviço de Urgência

Dalila Natalina Monteiro Alves

M

2026



Porto, junho de 2026

Relatório de estágio

Estágio no Serviço de Urgência

Dalila Natalina Monteiro Alves

Endereço eletrónico: 202101163@edu.icbas.up.pt

Orientadora: Dra. Cristiana Almeida

Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna na Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.

Docente Externa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Coorientadora: Prof. Doutora Isabel Almeida

Assistente Hospitalar Graduada Sénior de Medicina Interna, na Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.

Diretora do Serviço de Urgência e Emergência da Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.

Professora Catedrática Convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR DA UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Dalila Natalina Monteiro Alves

Autora | Dalila Natalina Monteiro Alves

Cristiana Alexandra Rodrigues Almeida

Orientadora | Dra. Cristiana Alexandra Rodrigues Almeida

Porto, junho de 2026

Agradecimentos

À Dra. Cristiana Almeida, minha orientadora, manifesto o meu profundo agradecimento pela disponibilidade, dedicação e acompanhamento ao longo da realização deste trabalho. O seu rigor científico, profissionalismo e constante partilha de conhecimentos constituíram uma referência essencial durante este percurso, representando para mim um exemplo de excelência profissional.

À minha coorientadora, expresso igualmente o meu sincero agradecimento pela colaboração, disponibilidade e contributos prestados ao longo da elaboração deste relatório.

À minha irmã mais nova, Olívia Beatriz, agradeço especialmente toda a ajuda no registo e organização dos dados, bem como a disponibilidade e apoio demonstrados durante este processo.

Ao Pedro, pelo apoio incondicional ao longo de todo o curso, pela presença constante nos momentos mais exigentes e por ter sido um verdadeiro pilar ao longo desta caminhada académica e pessoal.

À minha mãe, à minha restante família e aos meus amigos (Rita, Mafalda, Tiago e Frutas), agradeço todo o amor, incentivo e compreensão demonstrados ao longo destes anos. O apoio de cada um foi essencial para tornar possível esta caminhada.

“Projeto o melhor.

Espero o pior.

Aceito de bom ânimo o que Deus me conceder!”

Professor Doutor João José Lopes Gomes

Resumo

O presente relatório insere-se no âmbito da unidade curricular “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio” do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e descreve a experiência adquirida durante um estágio extracurricular de natureza profissionalizante no Serviço de Urgência (SU) da Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.

O estágio teve como principais objetivos compreender a organização e funcionamento do SU, desenvolver competências clínicas na abordagem ao doente agudo e consolidar o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão em contexto de urgência. Paralelamente, procurar aprofundar competências comunicacionais, reconhecendo o papel da Medicina Interna na gestão de doentes com patologia aguda complexa.

A experiência prática, no decurso de 90 horas de atividade, incluiu participação na avaliação clínica inicial de 81 doentes, realização de anamnese e exame objetivo dirigido, discussão de hipóteses diagnósticas, de exames complementares de diagnóstico e do plano de investigação diagnóstica assim como de tratamento. Adicionalmente, realizou-se uma recolha sistemática de dados clínicos e sociodemográficos, incluindo motivo de admissão, decisor responsável pelo encaminhamento ao SU, dependência de terceiros, frequência de utilização do SU e destino após alta. Observou-se uma população predominantemente masculina, maioritariamente não dependente e utilizadora não frequente do SU. Apesar de na literatura, os doentes considerados dependentes apresentarem uma maior frequência de utilização do SU, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre dependência funcional e frequência de utilização na amostra analisada. Foram ainda observados casos clínicos ilustrativos da complexidade do raciocínio diagnóstico e da importância de uma abordagem holística do doente.

Para além da dimensão técnico-científica, o estágio comprovou a relevância da comunicação médico-doente e da abordagem interdisciplinar, bem como o papel do SU na resposta a situações de vulnerabilidade social. Ademais, permitiu reconhecer o elevado grau de exigência física, psicológica e emocional associado a este contexto, reforçando a importância de estratégias de adaptação e resiliência profissional.

Em conclusão, esta experiência contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento de competências clínicas, humanas e éticas, consolidando uma visão integrada da prática médica em contexto de urgência e do papel central da Medicina Interna na abordagem do doente agudo complexo.

Abstract

This report was prepared within the scope of the curricular unit Dissertation/Project/Internship Report of the Integrated master's degree in medicine at the Abel Salazar Institute of Biomedical Sciences, University of Porto, and describes the experience acquired during an extracurricular professional internship in the Emergency Department (ED) of the Santo António Local Health Unit.

The main objectives of the internship were to understand the organization and function of the Emergency Department, to develop clinical skills in the approach to the acute patient and to consolidate diagnostic reasoning and decision-making in an emergency context. Simultaneously, it sought to further develop communication skills, recognizing the role of Internal Medicine in the management of patients with complex acute condition.

The practical experience, over the course of 90 hours of activity, included participation in the initial clinical assessment of 81 patients, carrying out medical history taking and a focused physical examination, discussion of diagnostic hypotheses, complementary diagnostic tests, and the diagnostic investigation plan as well as treatment. Additionally, a systematic collection of clinical and sociodemographic data was performed, including reason for admission, the decision-maker responsible for referral to the emergency department, dependence on others, frequency of emergency department use, and destination after discharge. A predominantly male population was observed, mostly independent and infrequent users of the emergency department. Although, in the literature, patients considered to be dependent show a higher frequency of use of the emergency department, no statistically significant association was found between functional dependence and frequency of use in the population sample analysed. Clinical cases were also observed that illustrated the complexity of diagnostic reasoning and the importance of a holistic approach to the patient.

Beyond its technical and scientific aspects, the internship underscored the importance of effective physician–patient communication and interdisciplinary collaboration, as well as the role of the emergency department in responding to situations of social vulnerability. Furthermore, it provided insight into the considerable physical, psychological, and emotional demands associated with emergency care, reinforcing the importance of adaptability and professional resilience.

In conclusion, this experience made a substantially contribution to the development of clinical, interpersonal, and ethical competencies, fostering a comprehensive understanding of medical practice in emergency settings and reinforcing the central role of Internal Medicine in the management of patients with complex acute conditions.

Lista de siglas e acrónimos

CAC - Centro de Atendimento Clínico do Hospital da Prelada

CRAU - Consulta Reavaliação Após Urgência

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MGF -Medicina Geral e Familiar

MTS - *Manchester Triage System* (Sistema de Triagem de Manchester)

SCA - Síndrome Coronário Agudo

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

ULSSA - Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.

Índice geral

Agradecimentos	i
Resumo.....	ii
Abstract	iii
Lista de siglas e acrónimos	iv
Índice de gráficos	vi
Índice de tabelas	vii
Introdução	1
Objetivos do Estágio	3
Organização e Funcionamento do Serviço de Urgência	5
Papel da Medicina Interna no Serviço de Urgência.....	7
Experiência prática e competências clínicas no contexto do SU	10
Objetivos específicos	16
Resultados	17
Discussão dos resultados	19
Reflexão pessoal sobre o estágio.....	21
Gráfico 1	24
Gráfico 2	25
Gráfico 3	26
Gráfico 4	27
Gráfico 5	28
Tabela 1	29
Tabela 2	30
Tabela 3	31
Tabela 4	32
Referências bibliográficas	33
Anexos.....	35
Vinhetas resumo dos doentes observados.....	35
Tabela resumo com os dados gerais dos doentes observados.....	51

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Distribuição dos doentes observados de acordo com o sexo	22
Gráfico 2 – Distribuição do nº de doentes observados de acordo com respetivos decisores responsáveis pela admissão no SU	23
Gráfico 3 – Distribuição do nº de doentes observados de acordo com o destino final destes à saída do SU	24
Gráfico 4 – Distribuição dos doentes observados de acordo com o perfil de utilização do SU	25
Gráfico 5 – Distribuição dos doentes observados de acordo com o grau de dependência dos mesmos	26

Índice de tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos doentes observados de acordo com o motivo de admissão	27
Tabela 2 – Caraterização da amostra de doentes observados no respeitante a grau de dependência vs. frequência de utilização do SU.....	28
Tabela 3 – Caraterização da amostra de doentes observados no respeitante a grau de dependência vs. decisor responsável pela admissão no SU.....	29
Tabela 4 – Caraterização da amostra de doentes observados no respeitante a grau de dependência vs. desfecho clínico.....	30

Introdução

A Unidade Curricular “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio”, integrada no plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, contempla a realização de um trabalho conducente à obtenção do grau académico de Mestre em Medicina.

A escolha pela realização de um estágio extracurricular de natureza profissionalizante no Serviço de Urgência (SU) da Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA) resultou do interesse em contactar de forma mais direta com a realidade clínica hospitalar, particularmente num contexto caracterizado por complexa e intensa atividade assistencial. Com esta experiência, ambicionou-se consolidar competências práticas e de tomada de decisão em contexto de urgência, consideradas essenciais para uma formação médica abrangente e para o desempenho profissional futuro.

O Serviço de Urgência assume um papel central na organização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), constituindo frequentemente o primeiro ponto de contacto hospitalar para doentes com patologia aguda, descompensação da(s) sua(s) doença(s) crónica(s) ou situações clínicas que careçam de definição etiológica. A sua atividade é marcada por elevada pressão assistencial, necessidade de priorização rápida de recursos e de tomada de decisão em cenários de incerteza diagnóstica, exigindo competências técnicas, cognitivas e comunicacionais distintas.

Nos últimos anos, os desafios estruturais relacionados com a escassez de recursos humanos, o envelhecimento populacional e o aumento da procura por cuidados urgentes têm motivado alterações organizacionais relevantes. Neste contexto, destaca-se o Decreto-Lei n.º 2/2026, que estabelece um modelo organizativo de funcionamento centralizado dos serviços de urgência externa do SNS a nível regional, permitindo a concentração da resposta assistencial quando não estejam reunidas condições para assegurar funcionamento contínuo em múltiplas unidades. Esta reforma reflete a necessidade de adaptação do sistema às exigências assistenciais atuais, procurando garantir sustentabilidade, continuidade e qualidade dos cuidados prestados. ¹

A Medicina Interna desempenha um papel estruturante no SU, dada a sua abordagem transversal e integradora do doente adulto com patologia aguda complexa, frequentemente com múltiplas patologias e polimedicado. A experiência desenvolvida neste estágio permitiu não apenas consolidar conhecimentos clínicos, mas também compreender a articulação entre prática médica individual e organização sistémica dos cuidados de saúde, num cenário onde decisões clínicas e constrangimentos institucionais coexistem e se influenciam mutuamente.

Após perceber o Serviço de Urgência enquanto estrutura nuclear do sistema de saúde, admitindo a Medicina Interna como tendo um papel central na abordagem do doente agudo complexo, tornou-se essencial definir objetivos claros e estruturados que orientassem a minha aprendizagem ao longo do estágio. Estes objetivos foram delineados de forma a integrar não apenas a aquisição de competências técnicas, mas também o desenvolvimento do raciocínio clínico, da capacidade de tomada de decisão e da compreensão do percurso do doente no sistema de saúde. Assim, o estágio no SU da ULSSA assentou em objetivos gerais e objetivos específicos, descritos de seguida.

Objetivos do Estágio

Objetivos Gerais

1. Compreender a organização e funcionamento do Serviço de Urgência (SU);
2. Adquirir experiência prática e competências clínicas no contexto do SU;
3. Reconhecer e exercitar a abordagem à patologia aguda do foro médico no SU;
 - 3.1 -Reconhecer as patologias do foro médico agudo mais frequentemente observadas no SU e a respetiva abordagem diagnóstica e terapêutica;
 - 3.2 -Aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso de Medicina na avaliação das situações clínicas mais comuns em contexto da urgência;
 - 3.3 -Exercitar as capacidades de raciocínio diagnóstico e decisão terapêutica em ambiente de urgência;
 - 3.4 -Aperfeiçoar a execução de técnicas clínicas comuns;
 - 3.5 -Treinar competências comunicacionais inerentes à prática clínica, nomeadamente na interação com doentes, familiares e equipa multidisciplinar.

Objetivos Específicos

1. Observar pelo menos 60 doentes admitidos em contexto de urgência, sob supervisão da orientadora de estágio;
2. Treinar a realização de anamnese dirigida e exame objetivo orientado ao problema clínico;
3. Efetuar registos clínicos no formato SOAP (S – Subjetivo; O – Objetivo; A – Avaliação; P – Plano);
4. Propor e discutir com a orientadora os meios complementares de diagnóstico necessários ao estudo etiológico dos doentes admitidos;
5. Interpretar os resultados dos meios complementares de diagnóstico solicitados;
6. Participar na discussão clínica dos doentes observados, propondo o plano terapêutico adequado;
7. Desenvolver competências na redação do plano de orientação do doente à saída do SU;
8. Aferir os decisores responsáveis pelo encaminhamento ao SU (utente/cuidador, Medicina Geral e Familiar, outro médico, linha de Saúde 24, INEM, outro) e o destino final dos doentes à data de alta (ambulatório, consulta externa hospitalar, internamento, óbito, entre outros), registando dentro de cada grupo o número de utentes utilizadores frequentes (≥ 5 idas ao

SU nos últimos 12 meses) e não frequentes e também aqueles que são dependentes de terceiros, averiguando potencial relação existente.²

Organização e Funcionamento do Serviço de Urgência

Caracterização

O Serviço de Urgência constitui uma estrutura funcional organizada numa lógica de priorização clínica, permitindo responder de forma diferenciada à gravidade das situações apresentadas. Tem por objetivo assegurar a avaliação dos doentes mediante uma estratificação de risco pré-determinada, assim como o tratamento célere destes.

Sistema de Triagem de Manchester

Nos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde, incluindo o SU do Hospital de Santo António, é utilizado o Sistema de Triagem de Manchester (*Manchester Triage System – MTS*), implementado em Portugal no início dos anos 2000 através do Grupo Português de Triagem.³

O *MTS* comporta um protocolo estruturado, baseado em fluxogramas orientados pela queixa principal do doente, e permite classificar cada episódio de urgência segundo um nível de prioridade clínica. A triagem é realizada por enfermeiros com formação específica, que aplicam critérios objetivos baseados em discriminadores clínicos (como dor, estado de consciência, sinais vitais ou presença de risco iminente, entre outros), atribuindo uma cor correspondente ao grau de urgência. No Hospital de Santo António, a orientação do doente, após a estratificação de risco, depende do discernimento do enfermeiro triador que decide qual a especialidade que melhor poderá dar resposta face ao discriminador do doente e a sua avaliação prévia. Assim, importa salientar que a robustez deste processo decisório é suportada por evidência institucional, nomeadamente através de auditorias internas realizadas ao sistema de triagem. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, estas auditorias demonstraram, de forma consistente, taxas de concordância superiores a 90% entre a prioridade atribuída pelos enfermeiros triadores e a avaliação de auditores externos (médicos e enfermeiros instrutores).⁴ Ademais, estudos adicionais realizados no mesmo hospital evidenciaram diferenças residuais (cerca de 1%) na atribuição de prioridades, reforçando a elevada consistência do processo. Estes resultados sustentam que o sistema apresenta elevada reprodutibilidade e fiabilidade inter-observador, constituindo um método clinicamente seguro e validado para a priorização de doentes em contexto de urgência.⁵

O sistema organiza-se em cinco categorias de prioridade, associadas a tempos máximos recomendados até observação médica:

- Vermelho (Emergente) – atendimento imediato (0 minutos)
- Laranja (Muito urgente) – até 10 minutos
- Amarelo (Urgente) – até 60 minutos
- Verde (Pouco urgente) – até 120 minutos
- Azul (Não urgente) – até 240 minutos

Este modelo permite que a avaliação médica não seja determinada pela ordem de chegada, mas sim pelo risco clínico estimado, promovendo maior segurança assistencial e racionalização de recursos.⁶

Estudos internacionais demonstram que o *MTS* apresenta desempenho adequado na estratificação de risco e na identificação de situações potencialmente graves, embora a sua eficácia dependa da formação dos profissionais e da correta aplicação dos algoritmos clínicos.⁷

Organização Espacial e Fluxo Assistencial

A organização espacial do Serviço de Urgência encontra-se estruturada em torno de zonas funcionais interligadas, sendo a triagem o elemento central de articulação. Após a admissão administrativa, o doente é encaminhado para a sala de triagem, onde ocorre a avaliação inicial e a atribuição de prioridade clínica.

Com base nesta classificação, o doente é então direcionado para diferentes áreas assistenciais, organizadas segundo níveis de gravidade, incluindo áreas de emergência, observação intermédia e encaminhamento para outras instituições, como é exemplo o Centro de Atendimento Clínico do Hospital da Prelada (CAC), que recebe os cidadãos com situações pouco urgentes ou não urgentes, não só da ULSSA, mas do Hospital de São João e doentes referenciados diretamente pela Linha SNS24. Outro aspeto importante tido em conta é a escolha da especialidade que melhor responderá às necessidades do doente, nomeadamente especialidades médicas como Medicina Interna, Cardiologia, Neurologia, ou especialidades médico-cirúrgicas como Cirurgia Geral, Ortopedia e Otorrinolaringologia, entre outras. Este modelo permite a criação de fluxos assistenciais diferenciados, promovendo a separação entre doentes críticos e não críticos e contribuindo para a eficiência e segurança do serviço.

A triagem assume um papel determinante na gestão do fluxo de doentes, funcionando como um mecanismo de regulação que articula a organização espacial com a resposta assistencial, em consonância com as recomendações nacionais para a organização dos serviços de urgência.

Papel da Medicina Interna no Serviço de Urgência

A Medicina Interna assume um papel central neste contexto, sendo frequentemente responsável pela avaliação do doente adulto com patologia aguda, nomeadamente em situações como insuficiência cardíaca descompensada, exacerbações de doença respiratória crónica, infeções graves, alterações metabólicas ou estados confusionais agudos, entre muitas outras. A abordagem integra avaliação clínica sistematizada, solicitação criteriosa de meios complementares de diagnóstico, aferição diagnóstica, definição do plano terapêutico e do destino final do doente (alta para ambulatório, para internamento ou referenciação a consulta específica, por exemplo).

Esta estrutura organizacional visa garantir:

- Segurança clínica;
- Priorização adequada do risco;
- Eficiência na utilização de recursos;
- Continuidade de cuidados.

Nos serviços de urgência, particularmente em contextos hospitalares com elevada afluência e pressão assistencial, a Medicina Interna destaca-se pelo seu carácter transversal, integrador e diferenciador. O Internista é frequentemente responsável pela abordagem inicial de doentes complexos, caracterizados por multimorbilidade, polimedicação e fragilidade associada à idade avançada, contextos que exigem uma avaliação clínica cuidadosa e individualizada. Neste enquadramento, o Internista adota um papel determinante na estratificação do risco, na definição de prioridades clínicas e na orientação diagnóstica e terapêutica, influenciando de forma decisiva o percurso assistencial do doente no serviço de urgência.

A diversidade e complexidade das situações clínicas observadas exigem uma abordagem sistemática, estruturada e abrangente, que integre de forma articulada dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos. Esta abordagem não se limita à resolução do evento agudo isolado, implicando uma avaliação global do doente, tendo em consideração o seu contexto clínico prévio, funcional e social. Para além do diagnóstico e tratamento imediato, a Medicina Interna assume igualmente um papel central na tomada de decisão relativamente ao destino do doente, momento-chave do processo assistencial. Esta decisão envolve a ponderação da gravidade clínica, da autonomia funcional, do suporte social disponível e do risco de evolução desfavorável, incluindo a possibilidade de descompensação precoce, sendo essencial para garantir a segurança do doente e a adequação dos cuidados prestados.^{8,9}

Continuidade de cuidados e Consulta de Reavaliação Após Urgência (CRAU)

No âmbito da racionalização de recursos e da promoção da continuidade assistencial, destaca-se a implementação da Consulta de Reavaliação Após Urgência (CRAU) na Unidade Local de Saúde de Santo António em julho de 2017, a primeira do país neste âmbito, gerida pela Dra. Cristiana Almeida e na qual participam também desde a sua implementação o Dr. António Pedro Gonçalves e o Dr. Nuno Sá e, mais recentemente, a Dra. Mariana Quaresma. A CRAU funciona às terças e sextas-feiras, das 9:00h às 14:00h, respetivamente nas salas 614 e 617 do Edifício Luís de Carvalho. A CRAU constitui um regime de consulta programada destinado a doentes que, após avaliação no SU, não apresentam critérios imediatos para internamento, mas cuja evolução clínica justifica reavaliação precoce.

Objetivos e implicações da CRAU:

- Reavaliação precoce de utentes observados em contexto de Urgência e consequente diminuição dos tempos de permanência diários em SU;
- Abolição das admissões para "reavaliação em contexto de urgência";
- Diminuição/limitação de readmissões indexadas à queixa;
- Diminuição do número de internamentos previsivelmente de curta duração (< 48-72h), desde que assegurado adequado e seguro cumprimento terapêutico e de cuidados em ambulatório;
- Orientação posterior de utentes observados em contexto de SU, quer para os Cuidados de Saúde Primários, quer para os respetivos Médicos Assistentes de Especialidade de seguimento crónico hospitalar, quer para outras especialidades das quais necessitem, garantindo estabilidade clínica, resolução ou adequado encaminhamento dos problemas que motivaram a sua ida ao SU;
- Maximizar autonomia do utente, motivar adequado cumprimento terapêutico, reforçar medidas preventivas e promover maior interação entre Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Hospitalares.

Aplicação:

- Uteses com necessidade de reavaliação clínica/analítica num espaço temporal de 24 horas a uma semana;
- Uteses sem Médico de Família atribuído no momento da observação, sem possibilidade de recorrer a este no espaço de tempo determinado como necessário para reavaliação ou quando se preveja limitação na capacidade de resposta, quer a nível temporal quer pela necessidade de exames auxiliares de diagnóstico a breve prazo.

Este modelo permite que o doente seja reavaliado presencialmente ou contactado telefonicamente nas 24-48 horas subsequentes ao episódio agudo ou até, desejavelmente, no máximo uma semana após o episódio agudo, de acordo com a priorização de necessidades relativas ao problema clínico que determinou reavaliação precoce, assegurando seguimento clínico estruturado sem necessidade de hospitalização preventiva. A CRAU surge, assim, como uma estratégia intermédia entre alta para o domicílio (sem seguimento e reavaliação estruturada prevista a curto prazo) e internamento do doente, promovendo assim segurança clínica aquando da alta para ambulatório, redução de readmissões no serviço de urgência indexadas à mesma causa, redução de internamentos evitáveis e uma utilização mais eficiente dos recursos hospitalares.

A Consulta de Reavaliação Após Urgência constitui uma extensão da abordagem holística praticada pelos Internistas no SU, permitindo acompanhar de forma mais precoce a evolução de quadros clínicos com potencial de descompensação, ajustar terapêutica instituída e confirmar resposta ao tratamento preconizado, assim como iniciar, de forma mais célere, investigação etiológica de problemas clínicos em doentes com estabilidade clínica o suficiente para orientação e seguimento em consulta, orientando os mesmos para outras consultas de especialidade hospitalar sempre que disso haja necessidade. Simultaneamente, a existência da CRAU contribui para amenizar um dos desafios estruturais dos serviços de urgência — a sobrecarga assistencial associada a admissões potencialmente evitáveis.¹⁰

Deste modo, o papel da Medicina Interna no SU não se limita à resolução imediata do episódio agudo, mas integra uma visão longitudinal do doente, articulando decisão clínica, gestão de risco e continuidade de cuidados, num equilíbrio constante entre segurança assistencial e sustentabilidade do sistema de saúde.

Este papel torna-se particularmente relevante no contexto atual de crescente pressão assistencial sobre os serviços de urgência. Nas últimas décadas, diversos sistemas de saúde têm registado um aumento significativo da procura por cuidados urgentes, fenómeno frequentemente associado ao envelhecimento da população, ao aumento da prevalência de multimorbilidade e às limitações de acesso a cuidados diferenciados noutros níveis do sistema de saúde. Consequentemente, a sobrelotação dos serviços de urgência constitui um desafio amplamente reconhecido, podendo traduzir-se em tempos de espera prolongados, maior complexidade na gestão dos fluxos de doentes e potencial impacto na qualidade e segurança dos cuidados prestados.^{10,11}

Experiência prática e competências clínicas no contexto do SU

Atividades desenvolvidas

O estágio decorreu ao longo de um total de 90 horas durante as quais foi possível acompanhar de forma direta a prática assistencial desenvolvida pela equipa médica, em particular pela orientadora de estágio. Esta experiência permitiu observar e participar em diversas etapas da abordagem ao doente em contexto de urgência, desde a avaliação clínica inicial até à definição do plano diagnóstico e terapêutico.

Avaliação Clínica e Abordagem ao Doente

Durante o período de estágio, acompanhei a orientadora e outros médicos na observação de doentes admitidos no SU, participando ativamente na recolha da história clínica e na realização de exame objetivo dirigido às queixas apresentadas. Isto permitiu consolidar competências relacionadas com a condução de uma anamnese estruturada e com a identificação de sinais clínicos relevantes para a formulação de hipóteses diagnósticas.

A observação da prática clínica em tempo real evidenciou a importância de uma abordagem sistematizada e orientada ao problema, particularmente num contexto em que o tempo disponível para avaliação é frequentemente limitado e as decisões clínicas necessitam de ser tomadas de forma célere.

Destaco um caso clínico observado que ilustra de forma paradigmática os desafios do raciocínio diagnóstico em ambiente agudo. Tratava-se de uma mulher de 66 anos, com antecedentes pessoais de asma, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de dispneia persistente e progressivamente agravada. A presença de patologia respiratória prévia constituiu um potencial fator confundidor, orientando inicialmente o raciocínio para uma possível exacerbação asmática. No entanto, a evolução clínica desfavorável e a ausência de resposta à terapêutica instituída levantaram a suspeita de potenciais etiologias alternativas. A reavaliação clínica, com uma anamnese completa e dirigida, permite identificar elementos sugestivos de risco tromboembólico, motivando a investigação nesse sentido. Neste âmbito, foi realizada avaliação laboratorial com doseamento de D-dímeros, cujo valor elevado reforçou a probabilidade de tromboembolismo pulmonar em contexto clínico apropriado. Subsequentemente, procedeu-se à realização de AngioTC torácica, exame que confirmou a presença de tromboembolismo pulmonar (TEP) de características massivas, entretanto correlacionado com evento prévio de trombose venosa profunda. Este caso evidenciou de forma clara o risco de viés de ancoragem associado a diagnósticos prévios, bem como a importância de uma abordagem clínica holística, dinâmica e centrada no doente. Destaco, em particular, a atuação da médica orientadora, cuja experiência e atenção aos detalhes clínicos foram

determinantes para a orientação adequada do estudo complementar e para o estabelecimento do diagnóstico correto em tempo útil.

A experiência contribuiu significativamente para a minha formação, reforçando a necessidade de integrar dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos de forma sistemática, mantendo sempre uma atitude reflexiva perante cada caso clínico.

Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos

No decurso do estágio, foi igualmente possível contactar com a realização de diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos frequentes no contexto da Medicina Interna em Serviço de Urgência. Entre estes, destaca-se a realização de gasometrias arteriais, procedimento no qual tive oportunidade de participar sob supervisão, permitindo aprofundar conhecimentos sobre a técnica e sobre a interpretação dos resultados obtidos.

Também foi possível assistir à execução de procedimentos invasivos realizados pela equipa médica, nomeadamente paracenteses evacuadoras em doentes com ascite volumosa — em alguns casos com drenagem de volumes superiores a seis litros de líquido ascítico — e toracocenteses com finalidade diagnóstica e terapêutica. A observação destes procedimentos permitiu compreender melhor as indicações clínicas, as técnicas utilizadas e as potenciais complicações e limitações associadas.

Neste âmbito, a destacar um caso clínico observado no Serviço de Urgência que ilustra limitações práticas de técnicas habitualmente utilizadas na avaliação metabólica. Tratava-se de uma mulher de 72 anos que recorreu ao serviço de urgência com quadro compatível com descompensação metabólica grave. Durante a avaliação inicial, verificou-se a impossibilidade de quantificar a glicemia através dos métodos convencionais, nomeadamente a glicemia capilar e a análise por gasometria, uma vez que os valores se encontravam acima do limite superior de deteção destes equipamentos. Perante esta limitação técnica, foi necessária a colheita de sangue venoso para estudo analítico laboratorial completo, incluindo avaliação bioquímica. Apenas através desta metodologia foi possível quantificar a glicemia, que se revelou superior a 1200 mg/dL, confirmando uma hiperglicemia extrema. Este caso permitiu compreender, de forma prática, as limitações dos dispositivos de medição rápida frequentemente utilizados em contexto de urgência, bem como a importância de recorrer a métodos laboratoriais convencionais quando os valores excedem os intervalos de medição dos equipamentos disponíveis. Adicionalmente, evidenciou a necessidade de reconhecer sinais clínicos de descompensação metabólica grave, mesmo quando a quantificação

imediate não é possível por métodos à cabeceira do doente. Para além dos aspetos técnicos, este caso teve um impacto relevante na minha reflexão enquanto futura profissional de saúde. A situação clínica descrita ocorreu num contexto de incumprimento terapêutico prolongado, nomeadamente a ausência de administração de insulina durante vários meses, associada à falta de acompanhamento médico regular. Este episódio evidenciou de forma clara como fatores não estritamente clínicos, como o suporte familiar e o acesso aos cuidados de saúde, podem ter um impacto determinante na evolução das doenças crónicas. A ausência de seguimento adequado e de mecanismos de apoio contribuiu para uma situação de descompensação grave, potencialmente evitável com vigilância regular e adesão terapêutica.

A experiência reforçou a importância de uma abordagem holística do doente, que ultrapassa a dimensão biomédica, integrando fatores sociais, familiares e organizacionais. Enquanto futura médica, reconheço a necessidade de estar atenta a estas dimensões, promovendo estratégias que favoreçam a adesão terapêutica e o acompanhamento contínuo, particularmente em doentes mais vulneráveis. Este caso contribuiu, assim, para consolidar não apenas competências técnicas, mas também uma maior consciência da responsabilidade clínica na prevenção de complicações evitáveis.

Comunicação com doentes e familiares

Ao longo do estágio, foi igualmente possível observar e refletir sobre a importância da comunicação médico-doente e médico-familiares em contexto de urgência. A interação clínica neste ambiente apresenta particularidades próprias, uma vez que frequentemente ocorre em situações de *stress*, ansiedade ou incerteza diagnóstica, exigindo do médico não apenas competências técnicas, mas também capacidade de transmitir informação de forma clara, compreensível e empática. Durante o acompanhamento da orientadora de estágio, foi possível observar diferentes momentos de comunicação clínica, incluindo a explicação de diagnósticos, a discussão de planos terapêuticos e a prestação de esclarecimentos aos familiares dos doentes. Estas interações evidenciaram a importância de adaptar a linguagem ao nível de literacia em saúde dos interlocutores, garantir a compreensão das informações transmitidas e promover um espaço de diálogo que permita responder às preocupações e expectativas dos doentes e seus familiares. Esta dimensão relacional da prática médica revelou-se fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança e para a promoção de uma abordagem centrada no doente, mesmo num contexto de elevada pressão assistencial como o Serviço de Urgência.

Adicionalmente à comunicação em situações clínicas habituais, foi também possível observar contextos em que a comunicação assumia particular complexidade, nomeadamente na gestão de

expectativas dos familiares, na explicação de quadros clínicos incertos ou potencialmente graves e na abordagem de situações socialmente sensíveis. Em alguns momentos, tornou-se evidente a necessidade de equilibrar a transmissão de informação clínica objetiva com uma postura empática e humanizada, reconhecendo o impacto emocional que determinadas situações podem ter nos doentes e nos seus familiares. O presenciar estas interações permitiu compreender que a comunicação em contexto de urgência exige não apenas clareza na transmissão da informação, mas também capacidade de escuta ativa, sensibilidade perante a vulnerabilidade dos interlocutores e adaptação da abordagem comunicacional às circunstâncias específicas de cada contexto. Esta experiência reforçou a percepção de que a competência comunicacional constitui uma componente essencial da prática médica, sendo determinante para a construção de uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito mútuo. Como ilustração prática da relevância da comunicação em contexto de urgência, destaca-se um episódio observado durante o estágio, envolvendo uma doente do sexo feminino, com 93 anos de idade, trazida ao serviço de urgência pelo INEM, após ativação pelo filho, com queixas referidas de desorientação aguda. À admissão, a doente encontrava-se desacompanhada. Numa fase inicial, o motivo de observação centrava-se na suspeita de alteração do estado mental. Todavia, durante a avaliação clínica, e mediante uma abordagem comunicacional centrada na doente, baseada em escuta ativa, empatia e criação de um ambiente de confiança, foi possível obter informação adicional relevante. A doente revelou, de forma progressiva, ser alvo de maus-tratos no domicílio, nomeadamente episódios de violência verbal e física por parte do filho com quem coabitava. O relato descrito surgiu apenas após um esforço deliberado de comunicação por parte da orientadora, evidenciando a importância de proporcionar tempo, privacidade e atenção adequados, especialmente em doentes idosos e potencialmente vulneráveis. A ausência de acompanhamento familiar facilitou, neste caso, a expressão livre da doente, permitindo identificar uma situação de risco que não constituía o motivo inicial de referenciação ao serviço de urgência. Perante a suspeita fundamentada de violência sobre pessoa idosa, foram desencadeados os mecanismos institucionais apropriados, nomeadamente sinalização social e articulação com as entidades competentes, garantindo a proteção da doente e a adequada continuidade de cuidados.

Novamente, este caso evidencia de forma clara que a avaliação em contexto de urgência não deve limitar-se à queixa principal, sendo fundamental uma abordagem holística do doente. Reforça, igualmente, o papel crucial da comunicação clínica na identificação de situações ocultas de vulnerabilidade, demonstrando que competências como a escuta ativa, a empatia e a adaptação da abordagem comunicacional podem ser determinantes para o reconhecimento de contextos de risco e para a salvaguarda do bem-estar do doente.

Articulação Interdisciplinar

Outro aspeto relevante da atividade desenvolvida no Serviço de Urgência prende-se com a constante articulação entre diferentes especialidades médicas. Ao longo do estágio, foi possível assistir à discussão de diversos casos clínicos entre a orientadora e equipas de outras áreas, nomeadamente Ortopedia, Neurologia, Pneumologia e Cardiologia, entre outras. Estas interações evidenciaram a natureza multidisciplinar da abordagem ao doente em contexto de urgência, particularmente quando estão presentes quadros clínicos complexos ou quando se coloca a necessidade de avaliação especializada.

A discussão interprofissional permitiu compreender o processo de tomada de decisão clínica, bem como a importância da colaboração entre diferentes especialidades na definição da estratégia diagnóstica e terapêutica mais adequada.

Dimensão Social da Prática Clínica no Serviço de Urgência

Para além da componente estritamente clínica, o estágio possibilitou também o contacto com a dimensão social frequentemente presente na prática médica em contexto de urgência. Foram observadas situações que ultrapassavam a esfera exclusivamente biomédica, incluindo casos de suspeita de maus-tratos a idosos como já mencionado, episódios relacionados com consumo de substâncias psicoativas e situações de grande vulnerabilidade social.

Em particular, foi possível contactar com doentes em situação de sem-abrigo que recorriam ao Serviço de Urgência não apenas por motivos de saúde, mas também em busca de abrigo, alimentação ou apoio social. Estas circunstâncias evidenciam o papel que o Serviço de Urgência frequentemente assume como ponto de contacto com indivíduos em contextos de grande fragilidade social. A título ilustrativo, foi presenciado o caso de uma doente do sexo feminino, com 95 anos, residente sozinha num bairro sinalizado por problemáticas sociais relevantes, nomeadamente consumo e tráfico de substâncias ilícitas. A doente foi trazida pelo INEM, após ter sido necessário o recurso aos bombeiros para arrombamento da porta do quarto onde se encontrava encerrada. Numa fase inicial, o quadro clínico sugeria um possível síndrome confusional ou agravamento de défice cognitivo, com referência a episódios interpretados como alucinações visuais. Contudo, através de uma abordagem centrada na doente, com recurso a escuta ativa e exploração cuidadosa do contexto social, foi possível reavaliar esta interpretação inicial. A doente descreveu episódios prévios de intrusão no domicílio por terceiros associados ao tráfico de drogas, que utilizariam a habitação para ocultação de substâncias ilícitas. Neste contexto, os relatos inicialmente valorizados como fenómenos alucinatórios revelaram-se compatíveis com memórias de eventos traumáticos reais, associadas a um estado de medo persistente.

O comportamento de se trancar no quarto foi, assim, reinterpretado como uma resposta adaptativa a um contexto de insegurança e vulnerabilidade, e não exclusivamente como manifestação de patologia neuropsiquiátrica. Este caso evidenciou a importância de integrar o enquadramento social na avaliação clínica, evitando interpretações redutoras centradas apenas no diagnóstico biomédico e contribuiu para uma maior consciencialização da complexidade dos determinantes sociais da saúde e da necessidade de uma abordagem clínica que considere não apenas os aspetos biológicos da doença, mas também o contexto social e humano em que os doentes se inserem.

Objetivos específicos

Caracterização da amostra de doentes observados durante o estágio no SU

Durante o estágio observacional no SU, com a duração total de 90 horas, foi realizado um registo prospetivo de 81 episódios de urgência, com o objetivo de caracterizar o perfil de utilização deste serviço, na pequena amostra de utilizadores que foi possível acompanhar. Para cada episódio, foram recolhidas variáveis clínicas e sociodemográficas, incluindo sexo, motivo de admissão, decisores responsáveis pela admissão em SU (utente, cuidador, médico de Medicina Geral e Familiar, médico de especialidade hospitalar, linha Saúde 24, INEM, entre outros), dependência de terceiros, frequência de utilização do SU e destino após alta (ambulatório, consulta externa hospitalar, internamento, óbito, entre outros).

Relativamente à frequência de utilização, os utilizadores frequentes do serviço de urgência foram definidos como aqueles com 5 ou mais episódios de recurso ao SU nos últimos 12 meses, em consonância com a literatura, na qual os limiares mais frequentemente utilizados variam entre ≥ 4 e ≥ 5 episódios anuais.^{12,13} Apesar da inexistência de uma definição universal para “utilizador frequente”, a adoção do limiar de ≥ 5 episódios anuais reflete um compromisso entre sensibilidade e especificidade, permitindo identificar doentes com uma utilização significativamente superior ao padrão médio.²

Quanto à dependência de terceiros, e segundo a definição mais consensual, a pessoa dependente é aquela que, em consequência de limitações funcionais, cognitivas ou emocionais, apresenta incapacidade total ou parcial para realizar autonomamente atividades de autocuidado, necessitando do apoio de outra pessoa para a satisfação das suas necessidades básicas de vida diária. Assim, a dependência implica necessidade de ajuda parcial ou total para atividades básicas (higiene, alimentação, mobilidade, entre outras) e uma relação de interdependência com cuidadores formais ou informais. Está frequentemente associada a envelhecimento, doença crónica ou incapacidade.¹⁴

Os dados foram posteriormente analisados de forma descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas, procurando identificar padrões de utilização e possíveis associações entre as variáveis estudadas.

Resultados

A amostra foi constituída por 81 doentes observados no Serviço de Urgência, dos quais 56% eram do sexo masculino e 44% do sexo feminino (Gráfico 1).

Relativamente ao decisor responsável pela admissão no SU, o INEM foi responsável pelo encaminhamento da maioria dos doentes, correspondendo a 42 casos (51,9%). Em 27,2% da amostra, a decisão de recorrer ao SU partiu do próprio utente, enquanto em 8,6% dos casos a admissão foi motivada pelo cuidador. Os Médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) foram responsáveis pelo encaminhamento de 6,2% dos doentes e a Linha Saúde 24 por 4,9% (Gráfico 2).

Quanto ao destino após observação no SU, 43,2% dos doentes teve alta para o domicílio e 28,4% foram internados. Registaram-se ainda altas para outras especialidades (14,8%), altas para CRAU (4,9%) e transferências para outras entidades do SNS (4,9%). Também se registaram dois episódios de abandono (2,5%) e um óbito (1,2%) (Gráfico 3).

No que respeita ao perfil de utilização do SU, 25,0% dos doentes foram classificados como utilizadores frequentes e 75,0% como utilizadores não frequentes (Gráfico 4).

Relativamente ao grau de dependência, 35,0% dos doentes apresentavam dependência funcional, enquanto 65,0% eram considerados não dependentes (Gráfico 5).

A distribuição dos motivos de admissão ao SU encontra-se representada na Tabela 1. A dispneia constituiu o motivo de admissão mais frequente (16,0%), seguida da toracalgia (11,0%). O grupo “outras causas” representou 19,9% das admissões. Os restantes motivos apresentaram frequências inferiores a 6,0%, incluindo síncope/lipotimia e dor abdominal, bem como palpitações, queixas urinárias e desorientação (5,0% cada).

A análise conjunta do grau de dependência e do perfil de utilização do SU demonstrou que, dentro do grupo dos utilizadores frequentes, a proporção de doentes dependentes e não dependentes é igual (50,0%) contrariamente ao grupo dos utilizadores não frequentes, no qual predominam os doentes não dependentes (70,5%). De forma a testar a hipótese de possível associação entre a condição de dependência e a utilização frequente do SU, foi aplicado o teste do qui-quadrado de independência (χ^2). Verificou-se que os pressupostos de aplicação do teste estavam cumpridos, uma vez que todos os valores esperados foram superiores a 5 (valor mínimo esperado $\approx 6,9$). O teste revelou um valor de $\chi^2 = 2,78$, correspondendo a um valor de $p \approx 0,09$. Posto isto, não se observou uma associação estatisticamente significativa entre a dependência e a utilização frequente do

serviço de urgência ($p > 0,05$). Adicionalmente, aplicou-se a medida de *Odds ratio* e embora se tenha obtido um valor de $OR = 2.4$, o que sugere que os indivíduos dependentes apresentaram cerca de 2,4 vezes mais probabilidade de serem utilizadores frequentes do serviço de urgência, esta tendência não atingiu significância estatística (Tabela 2).

A distribuição dos decisores responsáveis pela admissão no SU, estratificada por dependência funcional, encontra-se apresentada na Tabela 3. Nos doentes considerados dependentes, o encaminhamento ocorreu predominantemente através do INEM (24,7%) e do cuidador (8,6%). Nos doentes não dependentes, o INEM (27,2%) e a decisão do próprio (25,9%) constituíram os principais decisores de admissão. A orientação ao SU por médicos de MGF (6,2%), de outras especialidades (1,3%) e pela Linha Saúde 24 (4,9%) ocorreu exclusivamente no grupo dos doentes não dependentes.

Como representado na Tabela 4, em ambos os grupos, dependentes e não dependentes, os desfechos clínicos que resultaram em alta, tanto para o domicílio como para outras especialidades, constituiu os desfechos mais frequentes. Nos doentes dependentes, 12,3% tiveram alta para o domicílio, 6,2% tiveram alta para outras especialidades e 14,8% foram internados. Nos doentes não dependentes, estes valores foram de 30,9%, 8,6% e 13,6%, respetivamente. As altas para CRAU e as transferências para outras entidades do SNS ocorreram exclusivamente no grupo dos doentes não dependentes (4,9% cada).

Discussão dos resultados

A amostra analisada apresentou uma população predominantemente masculina, com maior proporção de doentes não dependentes e uma taxa global de utilizadores não frequentes do Serviço de Urgência, o que está em consonância com a literatura que descreve o SU como um contexto maioritariamente ocupado por episódios agudos isolados, ainda que com uma proporção relevante de doentes com necessidades complexas.¹⁵

Os resultados obtidos sugerem a existência de uma tendência para uma maior utilização frequente do SU entre os doentes dependentes, uma vez que estes representaram metade dos utilizadores frequentes, enquanto nos utilizadores não frequentes predominavam os doentes não dependentes. Esta observação é reforçada pelo valor da Odds ratio (OR = 2,4), que indica que os indivíduos dependentes apresentaram cerca de 2,4 vezes mais probabilidades de recorrer frequentemente ao SU quando comparados com os não dependentes. No entanto, apesar desta tendência, a análise estatística não demonstrou uma associação significativa entre as variáveis estudadas ($p = 0,09$). A ausência de significância estatística poderá estar relacionada com a dimensão relativamente reduzida da amostra, o que limita o poder estatístico do estudo para detetar diferenças existentes na população.

Relativamente aos motivos de admissão, verificou-se predominância de queixas respiratórias e cardiovasculares, nomeadamente dispneia e toracalgia, em concordância com a literatura, que destaca estas queixas como causas frequentes de recurso ao SU, sobretudo em populações envelhecidas e com elevada carga de doença crónica. A heterogeneidade dos restantes motivos reforça igualmente o carácter indiferenciado da procura em contexto de urgência, extensamente descrito em estudos europeus.¹⁶

No que diz respeito ao decisor responsável pela admissão, os resultados são globalmente consistentes com a evidência disponível. O INEM constituiu a principal via de acesso ao SU, seguido da decisão do próprio utente, padrão igualmente descrito na literatura como reflexo da perceção de gravidade e da acessibilidade imediata aos serviços de emergência. Observou-se ainda que os doentes dependentes recorrem mais frequentemente à mediação de terceiros, nomeadamente cuidadores e serviços de emergência, enquanto os não dependentes apresentam maior autonomia na decisão de recorrer ao SU e maior utilização de alternativas como o médico de família e a linha de saúde 24. Este padrão é concordante com estudos que identificam a dependência funcional como um fator limitador da autonomia no acesso aos cuidados de saúde, aumentando a necessidade de apoio na procura e utilização dos recursos de saúde.¹⁷

Quanto aos desfechos clínicos, a maioria dos episódios resultou em alta para o domicílio, sendo o internamento a segunda orientação mais frequente, o que é consistente com a literatura que descreve a existência de uma elevada taxa de resolução no Serviço de Urgência dos motivos de admissão, sem necessidade de internamento hospitalar. Apesar da dependência funcional, verificou-se também uma elevada proporção de altas para o domicílio neste grupo, o que poderá refletir episódios de menor gravidade clínica ou uma forte influência de determinantes sociais e do suporte familiar na decisão de recurso e gestão do episódio agudo. Ainda assim, a literatura descreve a dependência como um fator associado a maior risco de internamento e piores desfechos clínicos, o que se infere nesta amostra.¹⁸

Em contraste, os doentes não dependentes apresentaram maior diversidade de percursos assistenciais, incluindo transferências e encaminhamentos para outros níveis de cuidados, sugerindo maior heterogeneidade clínica e maior capacidade de integração no sistema de saúde. Globalmente, os resultados reforçam que a dependência funcional impacta, sobretudo, a autonomia no acesso à utilização do SU e, em menor grau, os desfechos clínicos, ainda que estes sejam determinados por uma complexa interação entre fatores clínicos, funcionais e sociais.

Em suma, os resultados obtidos estão em concordância com a literatura, com a exceção do papel da dependência funcional, pois apesar de se ter verificado uma tendência concordante, esta não apresentou significância estatística.

Reflexão pessoal sobre o estágio

A realização do estágio no Serviço de Urgência constituiu uma das experiências mais marcantes do meu percurso formativo em Medicina, pelo contacto direto com a prática clínica em contexto real e pela oportunidade de integrar conhecimentos teóricos na prática. Este período permitiu não só consolidar aprendizagens prévias, como também desenvolver uma compreensão mais profunda do papel do médico enquanto agente técnico, humano e social, num ambiente de elevada complexidade, imprevisibilidade e exigência.

Do ponto de vista clínico, o SU revelou-se particularmente desafiante, exigindo decisões rápidas em cenários de incerteza diagnóstica e a mobilização simultânea de conhecimento, raciocínio clínico e julgamento crítico. Tornou-se evidente que a prática médica neste contexto não segue apenas protocolos lineares, exigindo adaptação constante a cada doente. A observação de casos complexos, como um tromboembolismo pulmonar inicialmente confundido com exacerbação asmática, reforçou a importância de uma postura crítica e da evitação de vieses cognitivos, promovendo um raciocínio clínico mais flexível e reflexivo.

A participação na abordagem inicial dos doentes evidenciou também a importância de uma anamnese dirigida e de um exame objetivo orientado ao problema, sobretudo em contextos de tempo limitado. A necessidade de identificar sinais de alarme e priorizar hipóteses diagnósticas reforçou a relevância de uma abordagem sistematizada, garantindo segurança clínica sem comprometer a eficiência. Este estágio permitiu ainda reconhecer as limitações próprias do contexto da urgência, nomeadamente a pressão assistencial e a informação frequentemente incompleta.

No domínio técnico, o contacto com procedimentos como gasometria arterial, paracentese e toracocentese permitiu aprofundar conhecimentos teóricos e compreender melhor as suas indicações e limitações. Situações como a hiperglicemia extrema não mensurável por métodos à cabeceira do doente evidenciaram a necessidade de reconhecer limites dos meios diagnósticos e de adaptar a prática clínica em função desses constrangimentos, reforçando uma consciência crítica fundamental para uma prática médica responsável.

Para além da dimensão técnica, o estágio teve um forte impacto na componente humana da medicina. O SU expõe de forma intensa a vulnerabilidade dos doentes, seja pela dor, medo ou incerteza, tornando a comunicação um elemento central, não apenas informativo, mas também terapêutico. A observação da interação entre médicos, doentes e familiares comprovou a importância de uma comunicação clara, empática e adaptada, essencial para a construção de uma relação de confiança.

Situações como a identificação de maus-tratos demonstraram que a prática médica ultrapassa a dimensão biológica da doença, assumindo também um papel social relevante. A criação de um ambiente seguro de escuta mostrou-se essencial para identificar contextos de vulnerabilidade que poderiam passar despercebidos, reforçando a responsabilidade do médico na detecção e intervenção em situações de risco social.

Contudo, tornou-se igualmente evidente a exigência elevada do trabalho no SU, tanto a nível técnico como físico, psicológico e emocional. O ritmo intenso, a tomada de decisão sob pressão e a exposição constante ao sofrimento geram um desgaste significativo. A gestão de múltiplos doentes complexos, aliada a situações de comunicação de más notícias, implica uma carga cognitiva e emocional elevada. Esta experiência permitiu reconhecer a importância de estratégias de autocuidado, gestão do *stress* e suporte entre colegas, bem como de condições organizacionais adequadas, fortalecendo simultaneamente a admiração pela resiliência dos profissionais deste contexto.

O contacto com doentes em grande fragilidade social permitiu ainda compreender melhor os determinantes sociais da saúde. Muitos episódios de urgência refletem problemas estruturais como pobreza, isolamento ou falta de acesso a cuidados continuados, evidenciando a necessidade de uma abordagem clínica holística que integre fatores biomédicos e sociais.

Do ponto de vista ético, esta experiência levantou questões complexas relacionadas com a proporcionalidade das intervenções, a autonomia do doente e a gestão de recursos. A observação da tomada de decisão em doentes idosos ou com múltiplas comorbilidades reforçou a importância de considerar não apenas o benefício clínico imediato, mas também a qualidade de vida e os valores individuais, exigindo uma reflexão ética contínua.

A nível pessoal, o estágio representou um importante momento de crescimento, permitindo confrontar expectativas com a realidade e desenvolver competências como resiliência, gestão do *stress* e adaptação. A observação da orientadora de estágio constituiu uma referência relevante, pelo rigor técnico, capacidade de decisão e sensibilidade humana, contribuindo para uma aprendizagem ativa e para o desenvolvimento de maior autonomia.

A experiência reforçou também a importância do trabalho em equipa, evidenciando que a articulação entre médicos, enfermeiros e outros profissionais é essencial para uma resposta eficaz e segura. Esta dinâmica interdisciplinar destacou o valor da comunicação interprofissional e do respeito pelos diferentes contributos.

Por fim, a experiência permitiu refletir sobre o papel da Medicina Interna no Serviço de Urgência, particularmente pela sua abordagem integradora e centrada no doente, essencial perante a complexidade e multimorbilidade frequentes neste contexto.

Em síntese, o estágio no SU constituiu uma experiência formativa de grande valor, que ultrapassou a aquisição de competências técnicas, promovendo um desenvolvimento pessoal e profissional integrado. A conjugação entre prática clínica, reflexão crítica e dimensão humana da medicina contribuiu para uma visão mais completa, reforçando a importância de uma prática simultaneamente científica, ética e humanista.

Gráfico 1

Distribuição dos doentes observados de acordo com o sexo

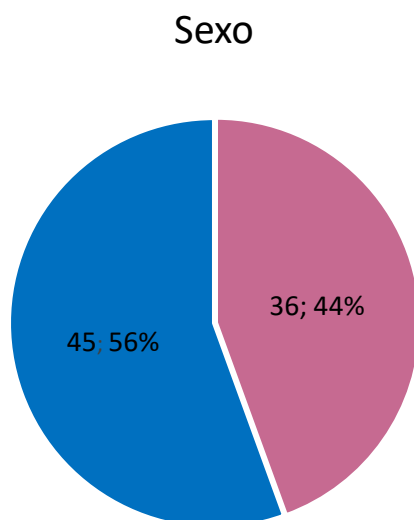


Gráfico 1 – representação gráfica dos doentes observados de acordo com o sexo:

- 36 doentes do sexo feminino (44%);
- 45 doentes do sexo masculino (56%).

Gráfico 2

Distribuição do número de doentes observados de acordo com respetivos decisores responsáveis pela admissão no SU

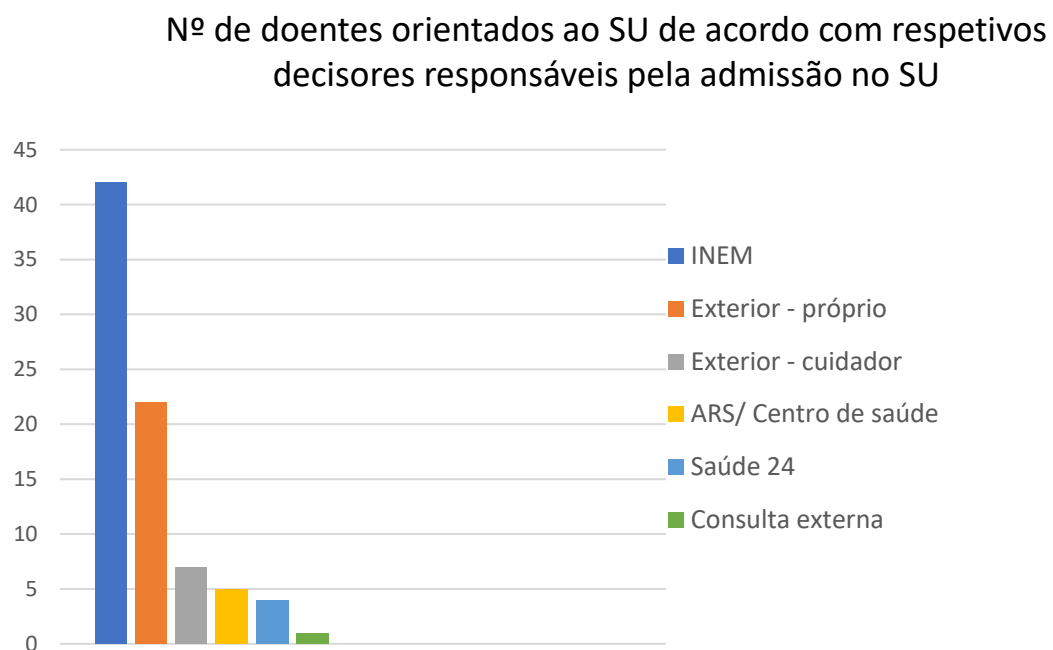


Gráfico 2 – Distribuição do nº de doentes observados de acordo com respetivos decisores responsáveis pela admissão no SU:

- 42 via INEM;
- 22 o próprio utente;
- 7 via cuidador;
- 5 via Médico de MGF;
- 4 via linha Saúde 24;
- 1 via Consulta Externa.

Gráfico 3

Distribuição do número de doentes observados de acordo com o destino final destes à saída do SU



Gráfico 3 – Distribuição do nº de doentes observados de acordo com o destino final destes à saída do SU:

- 35 altas para domicílio (43,2%);
- 23 Internamentos (28,4%);
- 12 altas para outras especialidades (14,8%)
- 4 altas para CRAU (4,9%);
- 4 transferências para outra entidade SNS (4,9%);
- 2 altas por abandono (2,5%);
- 1 falecido (1,3%).

Gráfico 4

Distribuição dos doentes observados de acordo com o perfil de utilização do SU

Frequência de utilização do SU

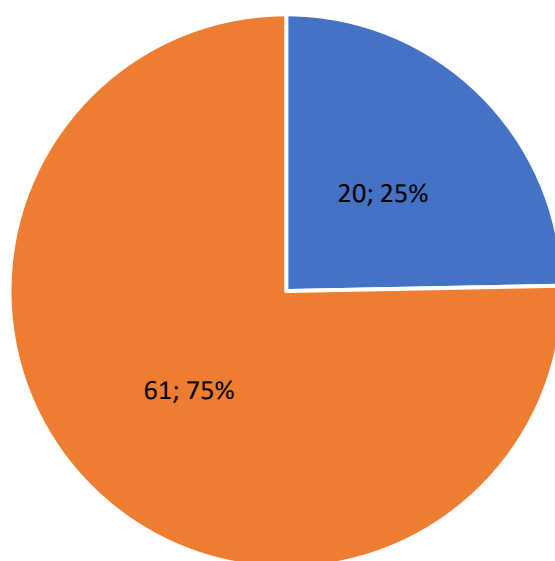


Gráfico 4 – Distribuição dos doentes observados de acordo com o perfil de utilização do SU:

- 20 utilizadores frequentes (25%);
- 61 utilizadores não frequentes (75%).

Gráfico 5

Distribuição dos doentes observados de acordo com o grau de dependência dos mesmos

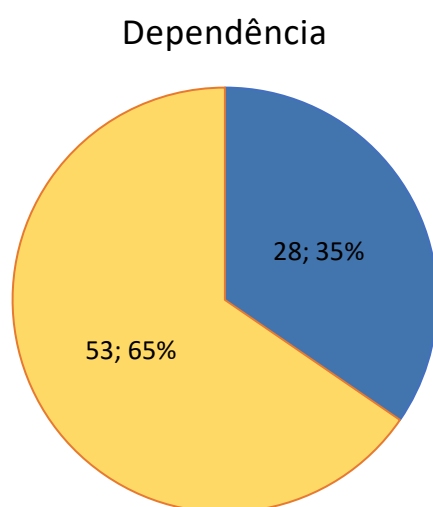


Gráfico 5 – Distribuição dos doentes observados de acordo com o grau de dependência dos mesmos:

- 28 doentes dependentes (35%)
- 53 doentes não dependentes (65%)

Tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos doentes observados de acordo com o motivo de admissão

Motivo de Admissão	Frequência absoluta	Frequência relativa
Dispneia	13	16,0%
Toracalgia	9	11,0%
Síncope/lipotimia	5	6,0%
Dor abdominal	5	6,0%
Palpitações	4	5,0%
Queixas urinárias	4	5,0%
Desorientação	4	5,0%
Naúseas e vômitos	3	3,7%
Ascite	3	3,7%
Dor nos membros	3	3,7%
Pneumotórax	2	2,5%
Queda	2	2,5%
Febre	2	2,5%
Síndrome gripal	2	2,5%
Edemas periféricos	2	2,5%
Hiperglicemia	2	2,5%
Outras causas	16	19,9%

Tabela 2 – Caracterização da amostra de doentes observados no respeitante a grau de dependência vs. frequência de utilização do SU

	Dependentes (frequência absoluta/ frequência relativa)	Não dependentes (frequência absoluta/ frequência relativa)	Total
Utilizadores frequentes	10 (12,3%)	10 (12,3%)	20 (25,0%)
Utilizadores não frequentes	18 (22,2%)	43 (53,5%)	61 (75,0%)
Total	28 (35,0%)	53 (65,0%)	81 (100,0%)

Teste Qui-quadrado de independência

$$\chi^2 \approx 2,78$$

$$gl = 1$$

$$p \approx 0,09$$

Interpretação: Como $p > 0,05$, não há evidência estatisticamente significativa de associação entre ser dependente e ser utilizador frequente do SU.

Odds Ratio

$$OR = (10 \times 43) / (10 \times 18) = 430 / 180 \approx 2,39$$

Interpretação: doentes dependentes têm cerca de 2,4 vezes mais probabilidade de serem utilizadores frequentes, mas sem significância estatística neste caso.

Tabela 3 – Caracterização da amostra de doentes observados no respeitante a grau de dependência vs. decisor responsável pela admissão no SU

	Dependentes (frequência absoluta/ frequência relativa)	Não dependentes (frequência absoluta/ frequência relativa)	Total
INEM	20 (24,7%)	22 (27,2%)	42 (51,9%)
Exterior – o próprio	1 (1,3%)	21 (25,9%)	22 (27,2%)
Exterior – o cuidador	7 (8,6%)	0 (0,0%)	7 (8,6%)
Médico Medicina Geral e Familiar (ARS/ Centro de Saúde)	0 (0,0%)	5 (6,2%)	5 (6,2%)
Linha Saúde 24	0 (0,0%)	4 (4,9%)	4 (4,9%)
Médico especialidade hospitalar (Consulta Externa)	0 (0,0%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)
Total	28 (35,0%)	53 (65,0%)	81 (100,0%)

Tabela 4 – Caracterização da amostra de doentes observados no respeitante a grau de dependência vs. desfecho clínico

	Dependentes (frequência absoluta/ frequência relativa)	Não dependentes (frequência absoluta/ frequência relativa)	Total
Alta para domicílio	10 (12,3%)	25 (30,9%)	35 (43,2%)
Internamento	12 (14,8%)	11 (13,6%)	23 (28,4%)
Alta para CRAU	0 (0,0%)	4 (4,9%)	4 (4,9%)
Alta para outras especialidades	5 (6,2%)	7 (8,6%)	12 (14,8%)
Transferência para outra entidade SNS	0 (0,0%)	4 (4,9%)	4 (4,9%)
Abandono	0 (0,0%)	2 (2,5%)	2 (2,5%)
Falecido	1 (1,3%)	0 (0,0%)	1 (1,3%)
Total	28 (34,6%)	53 (65,4%)	81 (100,0%)

Referências bibliográficas

1. Portugal. Decreto-Lei n.º 2/2026. Modelo organizativo que prevê o funcionamento centralizado dos serviços de urgência externa do Serviço Nacional de Saúde, de âmbito regional. *Diário da República*. 2026 Jan 14.
2. Fernandes, João André Lage. *O Perfil do Utilizador Frequente do Serviço de Urgência um estudo no Hospital de Loures, EPE*. Dissertação de mestrado em Gestão da Saúde. Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública, 2024.
3. Grupo Português de Triage. Sistema de Triage de Manchester em Portugal. Disponível em: <https://www.grupoportuguestriage.pt>
4. Ordem dos Enfermeiros. (2026, abril 17). Press release – Ordem dos Enfermeiros defende eficiência do sistema de triagem utilizado nos hospitais. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/press-release-ordem-dos-enfermeiros-defende-efici%C3%A2ncia-do-sistema-de-triagem-utilizado-nos-hospitais/>.
5. Marques, A. (2009). *Triage de prioridades: Triage de Manchester* (Dissertação de mestrado em Medicina de Catástrofe). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
6. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J, eds. *Emergency Triage: Manchester Triage Group*. 3rd ed. Wiley-Blackwell; 2014.
7. Zachariasse JM, et al. Performance of the Manchester Triage System: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2017;71:17-27.
8. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2022.
9. Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2023.
10. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One*. 2018;13(8):e0203316.
11. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37–43.
12. LaCalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med*. 2010;56(1):42–48.

13. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callaham ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med.* 2006;48(1):1–8.
14. Ribeiro, O., & Pinto, C. (2013). *Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional.* *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 27–36.
15. World Health Organization (2015). *World report on ageing and health.*
16. Hinson JS, et al. Patients presenting to the emergency department with chief complaints: A large multicenter study. *Acad Emerg Med.* 2017;24(8):905-913.
17. Burgdorf, J., et al. (2019). *Family caregiver factors associated with emergency department utilization...* *Journal of Primary Care & Community Health.*
18. Aminzadeh, F., & Dalziel, W. (2002). *Older adults in the emergency department...* *Annals of Emergency Medicine.*

Anexos

Vinhetas resumo dos doentes observados

Caso 1 - Doente do sexo feminino, 75 anos, autónoma para atividades de vida diária, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Observada por indicação do Médico de Família. Apresenta quadro de hipossensibilidade vesical associado a uroculturas positivas com isolamento de dois agentes bacterianos. Associadamente, observa-se lesão no joelho com características compatíveis com celulite em avaliação inicial. Foi realizada avaliação clínica no contexto de suspeita de infeção urinária e infeção de tecidos moles. Confirmação de quadro clínico compatível com celulite do joelho e infeção urinária, sem critérios de gravidade ou necessidade de internamento.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio sob antibioterapia e encaminhamento para seguimento em consulta de CRAU.

Caso 2 - Doente do sexo feminino, 81 anos, autónoma, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência e sem dependência funcional relevante. Encaminhada pelo Médico de Família para avaliação de dor em membro superior esquerdo, sem evidência de etiologia cardíaca aguda após avaliação inicial. Mantém medicação crónica habitual. Sem critérios de dependência ou utilização frequente dos serviços de urgência. Dor em contexto osteoarticular crónico e contratura muscular subaguda.

Decisão clínica e destino: alta com analgesia e orientação para seguimento em consulta CRAU.

Caso 3 - Doente do sexo masculino, 80 anos, dependente para atividades de vida diária, mas sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Transferido pelo INEM na sequência de queda da cama. Não são descritos sinais de trauma major na informação inicial. Avaliação clínica dirigida a exclusão de lesões traumáticas agudas. Assumida queda acidental sem repercussão traumática significativa identificada com indicação para vigilância em regime ambulatorio.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com vigilância em regime ambulatorio.

Caso 4 - Doente do sexo feminino, 101 anos, dependente, com elevado grau de fragilidade funcional e com historial de utilização frequente dos serviços de urgência. História de epilepsia conhecida. Transportada à urgência por quadro de afasia associado a crises convulsivas, com sinais neurológicos compatíveis com descorticação à admissão em sala de emergência. Decisão clínica tomada por representante legal (filha). Quadro compatível com descompensação neurológica aguda no contexto de epilepsia conhecida, manifestando compromisso neurológico significativo, justificando internamento em Serviço de Neurologia.

Decisão clínica e destino: internamento em Serviço de Neurologia.

Caso 5 - Doente do sexo masculino, 53 anos, autónomo, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Recorre por episódio de aperto torácico. Antecedentes de enfarte agudo do miocárdio antigo com alterações eletrocardiográficas compatíveis (ondas Q patológicas em parede posterior). Sem dependência funcional. Avaliação dirigida a exclusão de síndrome coronário agudo (SCA). Exclusão de SCA com doente estável para seguimento ambulatorio.

Quadro compatível com angina estável em contexto de antecedentes coronários.

Decisão clínica e destino: alta para seguimento em regime ambulatorio em Medicina Geral e Familiar (MGF).

Caso 6 - Doente do sexo masculino, 68 anos, autónomo, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Transferido pelo INEM por episódio de hipertensão arterial grave (216/113 mmHg), enquadrado como emergência hipertensiva, associado a cefaleias de intensidade moderada. Antecedente de revascularização cardíaca por bypass em 2025.

Diagnóstico assumido: crise hipertensiva sem evidência de lesão aguda de órgãos-alvo. Estabilização clínica e vigilância hemodinâmica.

Decisão clínica e destino: alta para seguimento em consulta de MGF.

Caso 7 - Doente do sexo masculino, 41 anos, autónomo, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Transferido pelo INEM por dor torácica localizada com irradiação para membro superior esquerdo. Sem outros dados sugestivos de instabilidade hemodinâmica inicial. Avaliação orientada para exclusão de patologia cardíaca aguda. Confirmada exclusão de patologia cardíaca aguda.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio e orientação para vigilância de sinais de alarme. Seguimento em consulta de MGF.

Caso 8 - Doente do sexo masculino, 69 anos, dependente, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Transportado por INEM, com envolvimento de cuidadores (esposa e filha). História de demência e neoplasia do pulmão esquerdo. Apresenta quadro de dispneia e expectoração aumentada. Antecedente de tabagismo. Avaliação clínica em contexto respiratório e oncológico

avanzado. Assumida exacerbação respiratória em contexto de neoplasia pulmonar avançada, com boa resposta a terapêutica broncodilatadora.

Decisão clínica e destino: alta com referenciação para consulta de Pneumologia e Oncologia.

Caso 9 - Doente do sexo feminino, 83 anos, autónoma, com historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Recorrência por quadro de dispneia, prurido generalizado e dor abdominal. Avaliação inicial sem critérios de instabilidade maior. Sem dependência funcional. Assumida possível reação alérgica recorrente (urticária ou hipersensibilidade) com sintomas associados de dispneia e dor abdominal, sem critérios de gravidade.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio e orientação para vigilância em consulta de MGF.

Caso 10 - Doente do sexo masculino, 55 anos, autónomo, com historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Observado por síndrome febril em contexto de doença infecciosa urogenital (prostatite), associada a infeção por vírus herpes Simplex e antecedentes de doença infecciosa aguda. Avaliação clínica e decisão de internamento para tratamento e vigilância.

Decisão clínica e destino: internamento em Medicina Interna.

Caso 11 - Doente do sexo masculino, 55 anos, dependente para atividades de vida diária e com historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Encaminhado por cuidador. Apresenta quadro de dessaturação no contexto de doença oncológica avançada, com massa tumoral cervical em cuidados paliativos. Situação enquadrada em fase avançada de doença, com necessidade de continuidade de cuidados de suporte e controlo sintomático.

Decisão clínica e destino: alta com seguimento em Cuidados Paliativos.

Caso 12 - Doente do sexo feminino, 85 anos, dependente, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Encaminhada por cuidador. Episódio de febre, com hipótese diagnóstica de infeção urinária (pielonefrite) e possível infeção ocular associada. Iniciada terapêutica antibiótica com amoxicilina + ac. clavulânico. Avaliação em contexto de infeção em doente idosa frágil.

Decisão clínica e destino: internamento em Medicina Interna.

Caso 13 - Doente do sexo masculino, 103 anos, dependente, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Transportado por cuidadora (filha) na sequência de episódio de lipotimia. Mantém bom estado cognitivo para a idade, sem deterioração aguda evidente descrita. Avaliação clínica sem sinais de gravidade imediata. Excluídos eventos cardíacos e cerebrovasculares de novo. Lipotimia em doente com fragilidade geriátrica.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio e orientação para vigilância em consulta de MGF.

Caso 14 - Doente do sexo feminino, 59 anos, autónoma, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Antecedentes de transplante hepático. Recorre por episódio de lipotimia. Decisão clínica tomada pelo próprio. Avaliação dirigida à exclusão de causa aguda cardiovascular, metabólica ou infecciosa.

Decisão clínica e destino: Após exclusão das causas anteriormente referidas, necessidade de transferência para Instituto Português de Oncologia.

Caso 15 - Doente do sexo masculino, 62 anos, autónomo, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Quadro clínico sugestivo de crise gotosa. Avaliação clínica em contexto de dor articular aguda inflamatória. Sem outros critérios de gravidade descritos. Sintomatologia responsiva a tratamento com agente antigotoso.

Decisão clínica e destino: alta medicado com colchicina e orientação para vigilância de sinais de alarme e consulta de MGF.

Caso 16 - Doente do sexo masculino, 67 anos, dependente, com historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Transportado por cuidador (filho). Antecedentes de neoplasia hepática. Apresenta icterícia, hipotensão arterial e lactatos elevados (7,1), compatível com quadro de gravidade sistémica. Avaliação em contexto de doença oncológica avançada com sinais de choque.

Decisão clínica e destino: internamento em Medicina Interna.

Caso 17 - Doente do sexo masculino, 70 anos, dependente, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Recorre por disfagia. Antecedentes de patologia gastrointestinal em estudo (referência a EDA prévia). Avaliação orientada para exclusão de patologia obstrutiva ou neurológica. Excluída patologia obstrutiva, neurológica e sinais de gravidade, assume-se disfagia em contexto de patologia gastrointestinal, ainda sem diagnóstico definitivo.

Decisão clínica e destino: alta com orientação de cuidados alimentares e referenciação para consulta de Gastreenterologia.

Caso 18 - Doente do sexo masculino, autónomo, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Antecedentes de cirrose hepática com ascite. Submetido a drenagem de grande volume ascítico (9000 ml). Vive sozinho, viúvo há 4 meses. Avaliação clínica pós-procedimento com estabilidade.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio e orientação para vigilância de sinais de alarme e consulta de MGF.

Caso 19 - Doente do sexo masculino, 67 anos, autónomo, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Episódio de lipotimia em contexto de jejum prolongado e *stress* físico/psicológico. Sem sinais de alarme associados descritos. Avaliação clínica sem critérios de gravidade. Assumido episódio de hipoglicemia secundária a jejum prolongado, agravado por *stress* psicológico.

Decisão clínica e destino: alta para ambulatório e orientação para vigilância de sinais de alarme e consulta de MGF.

Caso 20 - Doente do sexo feminino, 92 anos, dependente, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Episódio de síncope. Decisão de recorrer ao SU partilhada entre doente e familiares. Avaliação em contexto de doente idosa frágil com episódio sincopal isolado. Assumido episódio de síncope por hipotensão ortostática, sem sinais de alarme.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio e orientação para vigilância em consulta de MGF.

Caso 21 - Doente do sexo feminino, 45 anos, autónoma, sem historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Episódio de litíase renal recorrente. Veio pelo próprio pé ao SU. Avaliação clínica, analgesia e tratamento em conformidade.

Decisão clínica e destino: alta para ambulatório e orientação para vigilância de sinais de alarme. Seguimento em MGF.

Caso 22 - Doente do sexo masculino, 77 anos, autónomo, com historial de utilização frequente dos serviços de urgência. Antecedentes de cirrose hepática com ascite. Submetido a drenagem de 5000 ml de líquido ascítico. Decisor - o próprio. Avaliação clínica pós-procedimento com estabilidade.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio e orientação para vigilância de sinais de alarme e consulta de MGF.

Caso 23 - Doente do sexo masculino, 89 anos, com quadro de dispneia progressiva associada a expetoração abundante, úlceras de pressão e contexto de caquexia marcada. Observado em

contexto pré-hospitalar por decisão do INEM. Doente dependente nas atividades de vida diária, sem utilização prévia frequente dos serviços de urgência.

Decisão clínica e destino: internamento hospitalar para estabilização clínica, antibioterapia e otimização de cuidados de suporte.

Caso 24 - Doente do sexo feminino, 82 anos, com queixas de náuseas e vômitos de início agudo. Avaliada em contexto pré-hospitalar por INEM. Doente dependente, sem antecedentes relevantes de utilização frequente dos serviços de urgência. Assumida gastroenterite vírica.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com terapêutica sintomática e orientação para vigilância em consulta de MGF.

Caso 25 - Doente do sexo feminino, 94 anos, com suspeita de vítima de violência doméstica. Transporte ativado pelo filho, alegado agressor. Avaliação em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente para atividades de vida diária, com necessidade de avaliação social e médico-legal. À observação, expressa vontade de regressar a casa.

Decisão clínica e destino: internamento para avaliação clínica, social e proteção da doente, com articulação multidisciplinar.

Caso 26 - Doente do sexo masculino, 75 anos, com queixas urinárias compatíveis com infeção do trato urinário baixo. Avaliado em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem critérios de gravidade sistémica e sem utilização frequente dos serviços de urgência. Confirmada infeção urinária não complicada.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio sob antibioterapia e vigilância clínica em consulta de MGF.

Caso 27 - Doente do sexo masculino, 86 anos, proveniente de instituição residencial, com hematúria macroscópica. Avaliado após referenciação institucional, com eventual necessidade de transferência inter-hospitalar. Doente dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Suspeita de neoplasia do trato urinário.

Decisão clínica e destino: transferência para hospital de referência / continuidade de cuidados hospitalares.

Caso 28 - Doente do sexo masculino, 92 anos, proveniente de lar, com quadro de dessaturação e dispneia progressiva, compatível com infeção respiratória adquirida na comunidade. Avaliado em contexto de urgência com decisão conjunta entre instituição e INEM. Doente dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência.

Decisão clínica e destino: internamento hospitalar para oxigenoterapia, investigação etiológica e tratamento.

Caso 29 - Doente do sexo feminino, 83 anos, com dor abdominal generalizada associada a episódio compatível com possível crise convulsiva. Observada pelo INEM em contexto pré-hospitalar. Doente dependente, com elevada utilização prévia dos serviços de saúde.

Decisão clínica e destino: internamento em Unidade de Cuidados Intensivos para monitorização e investigação etiológica.

Caso 30 - Doente do sexo masculino, 62 anos, com crise convulsiva após sessão de hemodiálise. História de doença renal crónica terminal e défice visual importante. Avaliado em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente dependente, com elevada utilização dos serviços de urgência. Assumida a hipótese de a hemodiálise ter contribuído para o *washout* do fármaco antiepilético, resultando em concentrações subterapêuticas e crise convulsiva.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com ajuste terapêutico antiepilético (substituição do levetiracetam por valproato). Seguimento em MGF.

Caso 31 - Doente do sexo feminino, 88 anos, com dor torácica difusa, com agravamento à palpação e compressão. Avaliada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Avaliação dirigida a exclusão de síndrome coronário agudo (SCA). Exclusão de SCA com doente estável para seguimento ambulatório.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com orientação para seguimento em consulta de CRAU.

Caso 32 - Doente do sexo feminino, 28 anos, de nacionalidade brasileira, grávida, com queixas de ansiedade. Avaliada em contexto pré-hospitalar através de triagem SNS 24. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Episódio de ansiedade situacional leve/moderada associada à gravidez.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com orientação para seguimento em cuidados de saúde primários e vigilância em contexto de gravidez. Seguimento em MGF.

Caso 33 - Doente do sexo feminino, 65 anos, com episódio de bradicardia sinusal documentada de 45 bpm, sem instabilidade hemodinâmica associada. Observada em contexto pré-hospitalar. Avaliação realizada após decisão do próprio. Doente não dependente para atividades de vida diária, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Diagnóstico de bradicardia sinusal.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com orientação para vigilância clínica e seguimento em consulta de MGF.

Caso 34 - Doente do sexo feminino, 75 anos, com Trissomia 21, referenciada por quadro de tremores e agitação psicomotora. Avaliada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Assumido quadro de tremores e agitação psicomotora, sem sinais de alarme, sugestivo de alteração neurológica a esclarecer.

Decisão clínica e destino: alta para consulta de Neurologia para estudo etiológico e ajuste terapêutico.

Caso 35 - Doente do sexo masculino, 59 anos, com dor torácica de características pleuríticas com irradiação para membro superior esquerdo. Avaliado em contexto pré-hospitalar por decisão do próprio. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Exclusão de SCA com doente estável para seguimento ambulatorio.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com terapêutica sintomática, incluindo relaxante muscular, e orientação para vigilância de sinais de alarme e seguimento em consulta de MGF.

Caso 36 - Doente do sexo feminino, 91 anos, com episódio de síncope. Avaliada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Durante a avaliação, sem critérios de gravidade imediata. Foi assumida hipótese de efeito farmacológico pela polimedicação.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com vigilância clínica e orientação para reavaliação se recorrência em consulta de MGF.

Caso 37 - Doente do sexo masculino, 36 anos, com história complexa de abuso de substâncias, contexto social destruturado e queda de bicicleta com ferimentos superficiais compatíveis com celulite/trauma cutâneo associado. Avaliado em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, com elevada vulnerabilidade social e clínica. Apresenta comportamento instável durante a avaliação. Após várias tentativas falhadas de realizar uma anamnese clara, o doente abandona as instalações.

Decisão clínica e destino: alta por abandono após recusa de continuidade de avaliação e cuidados.

Caso 38 - Doente do sexo masculino, 77 anos, com quadro de prostração progressiva e novo aparecimento de edema dos membros inferiores associado a lesões cutâneas compatíveis com celulite. Avaliado em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente dependente, com utilização prévia frequente de serviços de urgência.

Decisão clínica e destino: internamento em Medicina Interna para estudo da sintomatologia.

Caso 39 - Doente do sexo feminino, 81 anos, com dispneia para pequenos esforços, enquadrada em contexto de insuficiência cardíaca descompensada associada a infeção respiratória. Avaliada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência.

Decisão clínica e destino: internamento em Medicina Interna para estudo da sintomatologia.

Caso 40 - Doente do sexo masculino, 28 anos, com queixas de tonturas e palpitações episódicas. Avaliado em contexto pré-hospitalar através de triagem Saúde 24. Doente não dependente, com utilização frequente dos serviços de urgência. Após terapêutica ansiolítica, retorno ao estado basal, sem queixas. Assumido episódio de ansiedade situacional leve/moderada.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com orientação para vigilância e seguimento em MGF.

Caso 41 - Doente do sexo masculino, 63 anos, com diagnóstico de pneumotórax espontâneo. Avaliado em contexto de urgência após ativação do INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência.

Decisão clínica e destino: internamento em Pneumologia para vigilância, drenagem e resolução do quadro.

Caso 42 - Doente do sexo masculino, 74 anos, com registo de extrassístoles ventriculares e supraventriculares, em padrão de bigeminismo. Avaliado em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Assumido ritmo cardíaco sinusal com marcada presença de extrassístolia com boa resposta a fármaco antiarrítmico.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio sob terapêutica antiarrítmica e seguimento em cardiologia.

Caso 43 - Doente do sexo masculino, 35 anos, com síndrome depressivo e sintomatologia ansiosa associada, com referência a ideação suicida passiva sem plano estruturado. Avaliado em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Após pedido de colaboração à Psiquiatria, foi assumido episódio depressivo moderado associado a discussão com companhia.

Decisão clínica e destino: alta com reforço da necessidade de manutenção da terapêutica habitual e orientação para seguimento urgente em psiquiatria.

Caso 44 - Doente do sexo masculino, 52 anos, com antecedentes de enfarte agudo do miocárdio prévio, com estenose conhecida da artéria coronária direita, dirige-se ao SU por toracalgia. Observado em contexto pré-hospitalar após decisão do próprio. Doente não dependente para

atividades de vida diária, sem utilização frequente dos serviços de urgência e sem sinais de descompensação aguda no momento da avaliação. Exclusão de SCA e sem agravamento da estenose coronária com doente estável para seguimento ambulatorio.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com orientação para vigilância e seguimento em consulta de cardiologia.

Caso 45 - Doente do sexo masculino, 62 anos, com neoplasia pulmonar conhecida, em contexto de doença avançada com tratamento em curso, apresenta febre e dispneia. Avaliado em contexto pré-hospitalar após decisão do próprio. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Assumido agravamento da doença neoplásica.

Decisão clínica e destino: transferência para o Instituto Português de Oncologia.

Caso 46 - Doente do sexo masculino, 88 anos, com infeção do trato urinário e quadro associado de anorexia e diminuição da ingestão alimentar. Avaliado em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente dependente, com frequente utilização dos serviços de urgência e elevada fragilidade global.

Assumida infeção do trato urinário baixo.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com antibioterapia e vigilância clínica, com orientação para reavaliação se recorrência em consulta de MGF.

Caso 47 - Doente do sexo masculino, 58 anos, com antecedentes de perturbação bipolar, referenciado em contexto de descompensação comportamental. Avaliado em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência, sem critérios de risco imediato no momento da avaliação. Hemodinamicamente estável.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com reforço da adesão terapêutica e orientação para seguimento em Psiquiatria.

Caso 48 - Doente do sexo feminino, 95 anos, com queixas de dor na região trocantérica, sem história de trauma significativo recente. Avaliada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Assumido quadro autolimitado, com gravidade baixa.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com terapêutica analgésica. Seguimento em consulta de MGF.

Caso 49 - Doente do sexo feminino, 85 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca, em contexto de descompensação clínica. Avaliada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência.

Decisão clínica e destino: internamento em Medicina Interna.

Caso 50 - Doente do sexo masculino, 46 anos, com quadro de lombalgia mecânica sem sinais de alarme associados. Avaliado em contexto pré-hospitalar por decisão do próprio. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Assumido quadro autolimitado, com gravidade baixa.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com terapêutica analgésica e orientação para sinais de alarme. Seguimento em consulta de MGF.

Caso 51 - Doente do sexo feminino, 84 anos, com quadro de prostração marcada e dor generalizada sem foco evidente. Avaliada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente dependente para atividades de vida diária, sem utilização frequente dos serviços de urgência.

Decisão clínica e destino: internamento em Medicina Interna.

Caso 52 - Doente do sexo masculino, 73 anos, com antecedentes de cardiopatia isquémica, observado em contexto pré-hospitalar pelo INEM, por toracalgia. Quadro clínico não descrito como agudo no momento da avaliação. Doente dependente, com utilização frequente dos serviços de urgência. Exclusão de SCA com doente estável para seguimento ambulatorio.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com orientação para vigilância clínica e seguimento em cardiologia.

Caso 53 - Doente do sexo feminino, 19 anos, com antecedentes de tiroidite de Hashimoto, com quadro compatível com síndrome gripal. Avaliada em contexto pré-hospitalar por decisão da própria. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Assumida síndrome gripal sazonal.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com terapêutica sintomática e vigilância. Seguimento em consulta de MGF.

Caso 54 - Doente do sexo feminino, 95 anos, com síndrome demencial conhecido, com episódios de alucinações visuais no contexto de possível efeito farmacológico (Zolpidem). Avaliada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente para atividades de vida diária, sem utilização frequente dos serviços de urgência.

Decisão clínica e destino: internamento em Medicina interna.

Caso 55 - Doente do sexo masculino, 89 anos, com antecedentes de pielonefrite prévia, atualmente com novo episódio suspeito de infeção urinária complicada. Avaliado em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência.

Decisão clínica e destino: internamento em Medicina interna.

Caso 56 - Doente do sexo feminino, 19 anos, com queixas de dor torácica, sem antecedentes pessoais relevantes conhecidos. Avaliada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Assumido episódio autolimitado, com doente estável após avaliação hospitalar.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com orientação para vigilância de sinais de alarme. Seguimento em consulta de MGF.

Caso 57 - Doente do sexo feminino, 63 anos, com síndrome demencial e antecedentes de consumo crónico de álcool, com quadro de obstipação prolongada. Avaliada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Encontrado fecaloma nos exames de imagem com a sua remoção posterior.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com medidas laxativas e vigilância clínica. Seguimento em consulta de MGF.

Caso 58 - Doente do sexo masculino, 78 anos, com queixas de dor torácica, com registo eletrocardiográfico de bloqueio auriculoventricular de 1.º grau. Avaliado em contexto pré-hospitalar por decisão do próprio. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Exclusão de SCA com doente estável para seguimento ambulatorio.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com orientação para seguimento em cardiologia.

Caso 59 - Doente do sexo masculino, 71 anos, com dispneia acentuada após intervenção médica. Avaliado em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência, com pneumotórax iatrogénico após biópsia pulmonar.

Decisão clínica e destino: transferência para hospital de referência para continuidade de cuidados hospitalares.

Caso 60 - Doente do sexo feminino, 95 anos, com quadro de dispneia em avaliação pré-hospitalar pelo INEM. Doente dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Sem critérios

de instabilidade aguda no momento da avaliação. Assumida Dispneia ligeira/moderada, sem critérios de instabilidade aguda.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio institucional, com vigilância clínica em articulação com cuidados continuados.

Caso 61 - Doente do sexo feminino, com história de dor crónica do membro superior direito, em contexto de utilização de substâncias analgésicas opioides. Avaliada em contexto pré-hospitalar por decisão da própria. Doente não dependente para atividades de vida diária, com utilização muito frequente dos serviços de urgência. Após terapêutica com opióides verificou-se melhoria significativa das queixas.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio e orientação para Psiquiatria.

Caso 62 - Doente do sexo feminino, 77 anos, com agravamento progressivo de dispneia em contexto de patologia respiratória ou cardiopulmonar de base. Avaliada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente dependente para atividades de vida diária, sem utilização frequente dos serviços de urgência.

Decisão clínica e destino: internamento em Medicina interna.

Caso 63 - Doente do sexo masculino, 80 anos, com queixas de dispneia agravada, avaliado em contexto pré-hospitalar através de triagem Saúde 24. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Dispneia moderada, sem critérios de instabilidade aguda, com boa resposta à broncodilatação.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com orientação para vigilância e seguimento em MGF.

Caso 64 - Doente do sexo feminino, 45 anos, com diagnóstico de neurosarcoidose em seguimento hospitalar. Avaliada em contexto de consulta externa. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Abandono da doente ainda em fase de avaliação.

Decisão clínica e destino: alta por abandono após não comparência à continuidade de avaliação.

Caso 65 - Doente do sexo masculino, 76 anos, com queixas de tipo cardíaco inespecífico com início durante uma caminhada. Avaliado em contexto pré-hospitalar por triagem SNS 24. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Exclusão de SCA com doente estável para seguimento ambulatorio.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com indicação para estudo cardiológico programado.

Caso 66 - Doente do sexo feminino, 75 anos, com antecedentes de diabetes mellitus descompensada, referenciada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Episódio de hiperglicemia.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com ajuste terapêutico e orientação para vigilância glicémica apertada em consulta de MGF.

Caso 67 - Doente do sexo feminino, 91 anos, com distensão abdominal, em contexto de institucionalização em lar. Avaliada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente dependente, com utilização frequente dos serviços de urgência. Edema congestivo por descompensação da insuficiência cardíaca de base.

Decisão clínica e destino: internamento em Medicina interna.

Caso 68 - Doente do sexo feminino, 66 anos, com diagnóstico de tromboembolismo pulmonar maciço. Avaliada em contexto de urgência após referência pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Confirmado tromboembolismo pulmonar.

Decisão clínica e destino: internamento em Medicina interna para anticoagulação e vigilância em unidade hospitalar.

Caso 69 - Doente do sexo masculino, 74 anos, com queixas de palpitações e dispneia episódica. Avaliado em contexto de cuidados de saúde primários. Doente dependente, com utilização frequente dos serviços de urgência. Exclusão de SCA com doente estável para seguimento ambulatório.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com orientação para vigilância em Consulta de MGF.

Caso 70 - Doente do sexo masculino, 79 anos, com agravamento progressivo de dispneia. Avaliado em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Assumido quadro de pneumonia adquirida na comunidade com critérios para internar.

Decisão clínica e destino: internamento em Medicina interna.

Caso 71 - Doente do sexo masculino, 66 anos, com quadro de dispneia agravada progressiva. Avaliado em contexto de cuidados de saúde primários. Doente não dependente para atividades de vida diária, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Dispneia moderada, sem critérios de instabilidade aguda, com boa resposta à broncodilatação.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com terapêutica broncodilatadora e orientação para vigilância clínica em consulta de MGF.

Caso 72 - Doente do sexo masculino, 33 anos, com dor pleurítica em contexto de antecedentes de pneumotórax prévio. Avaliado em contexto pré-hospitalar por decisão do próprio. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Confirmado novo pneumotórax espontâneo.

Decisão clínica e destino: internamento em Pneumologia.

Caso 73 - Doente do sexo masculino, 70 anos, com queixas de dor epigástrica em contexto não especificado de gravidade. Avaliado em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Assumido episódio de gastroenterite vírica autolimitado.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com terapêutica sintomática e orientação para vigilância de sinais de alarme. Seguimento em consulta de MGF.

Caso 74 - Doente do sexo masculino, 89 anos, com quadro de ortopneia progressiva. Avaliado em contexto pré-hospitalar por decisão do próprio. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Assumida descompensação da insuficiência cardíaca de base.

Decisão clínica e destino: internamento em Medicina interna.

Caso 75 - Doente do sexo feminino, 77 anos, com diabetes mellitus descompensada, com glicemia extremamente elevada. Avaliada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Quadro de hiperglicemia responsiva a insulina.

Decisão clínica e destino: transferência para hospital de residência a pedido do filho, após descida da glicemia.

Caso 76 - Doente do sexo masculino, 84 anos, com dispneia em contexto de pneumonia em fase terminal de vida. Avaliado em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Aplicados cuidados de últimas horas/dias de vida.

Decisão clínica e destino: óbito no contexto clínico de infeção respiratória avançada em idoso fragilizado.

Caso 77 - Doente do sexo feminino, 56 anos, com exacerbação de dispneia em contexto respiratório. Avaliada em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Quadro de dispneia moderada/grave sem instabilidade hemodinâmica.

Decisão clínica e destino: internamento em Pneumologia.

Caso 78 - Doente do sexo masculino, 55 anos, em situação de sem-abrigo, com queixas de palpitações. Avaliado em contexto pré-hospitalar por decisão do próprio. Doente não dependente, com utilização frequente dos serviços de urgência. Eletrocardiograma realizado e exclusão de alterações de ritmo cardíaco. Doente estável após avaliação clínica.

Decisão clínica e destino: alta clínica com seguimento para apoio social.

Caso 79 - Doente do sexo masculino, 77 anos, com infeção respiratória vírica confirmada (gripe A). Avaliado em contexto pré-hospitalar pelo INEM. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência.

Decisão clínica e destino: internamento em Pneumologia.

Caso 80 - Doente do sexo feminino, 73 anos, com dor epigástrica. Avaliada em contexto pré-hospitalar por decisão do próprio. Doente não dependente, com utilização frequente dos serviços de urgência. Exclusão de SCA com doente estável para seguimento ambulatorio.

Decisão clínica e destino: alta para domicílio com orientação para vigilância em Consulta de MGF.

Caso 81 - Doente do sexo feminino, 87 anos, com insuficiência cardíaca descompensada. Avaliada em contexto de triagem via Saúde 24. Doente não dependente, sem utilização frequente dos serviços de urgência. Confirmada descompensação de insuficiência cardíaca de base.

Decisão clínica e destino: ajuste terapêutico e alta para CRAU.

Tabela resumo com os dados gerais dos doentes observados

Utente	Idade	Sexo	Queixa	Decisor	Dependente	Utilizador frequente	Desfecho do episódio de urgência
1º	75	F	Globo vesical	ARS/ Centro de Saúde	Não	Não	Alta (CRAU)
2º	81	F	Dor no MSE	ARS/ Centro de Saúde	Não	Não	Alta (CRAU)
3º	80	M	Queda da cama	INEM	Sim	Não	Alta
4º	101	F	Afasia	Exterior – cuidador	Sim	Sim	Internamento
5º	53	M	Toracalgia	Exterior – próprio	Não	Não	Alta
6º	68	M	Emergência hipertensiva	INEM	Não	Não	Alta
7º	41	M	Toracalgia	INEM	Não	Não	Alta
8º	69	M	Dispneia	INEM	Sim	Não	Alta
9º	83	F	Dor abdominal	Exterior – próprio	Não	Sim	Alta
10º	55	M	Febre recorrente	Exterior – próprio	Não	Sim	Internamento
11º	55	M	Dispneia	Exterior – cuidador	Sim	Sim	Alta
12º	85	F	Febre e úlcera na região sagrada	Exterior – cuidador	Sim	Não	Internamento
13º	103	M	Lipotimia	Exterior – cuidador	Sim	Não	Alta
14º	59	F	Lipotimia	Exterior – próprio	Não	Não	Transferência
15º	62	M	Gota	Exterior – próprio	Não	Não	Alta
16º	67	M	Hipotensão arterial	Exterior – cuidador	Sim	Sim	Internamento

17º	70	M	Disfagia		Exterior – próprio	Sim	Não	Alta
18º	68	M	Ascite		Exterior – próprio	Não	Não	Alta
19º	67	M	Sincope		Exterior – próprio	Não	Não	Alta
20º	92	F	Sincope		Exterior – cuidador	Sim	Não	Alta
21º	45	F	Litíase renal		Exterior – próprio	Não	Não	Alta
22º	77	M	Ascite		Exterior – próprio	Não	Sim	Alta
23º	89	M	Dispneia		INEM	Sim	Sim	Internamento
24º	82	F	Náuseas e vômitos		INEM	Sim	Não	Alta
25º	94	F	Desorientação		INEM	Não	Sim	Internamento
26º	75	M	Queixas urinárias		INEM	Não	Não	Alta
27º	86	M	Hematúria macroscópica		Exterior – cuidador	Sim	Não	Alta
28º	92	M	Dispneia		INEM	Sim	Não	Internamento
29º	83	F	Dor abdominal		INEM	Sim	Sim	Internamento
30º	62	M	Crise convulsiva após dialise		INEM	Sim	Sim	Alta
31º	88	F	Toracalgia		INEM	Não	Não	Alta (CRAU)
32º	28	F	Ansiedade		Saúde 24	Não	Não	Alta
33º	65	F	Bradicardia		Exterior – próprio	Não	Não	Alta
34º	75	F	Tremores		INEM	Sim	Não	Alta
35º	59	M	Toracalgia		Exterior – próprio	Não	Não	Alta

36º	91	F	Síncope	INEM	Sim	Não	Alta
37º	36	M	Queda de bicicleta	INEM	Não	Sim	Abandonou
38º	77	M	Prostração	INEM	Sim	Sim	Internamento
39º	81	F	Dispneia	INEM	Sim	Não	Internamento
40º	28	M	Palpitações	Saúde 24	Não	Sim	Alta
41º	63	M	Pneumotórax espontâneo	INEM	Não	Não	Internamento
42º	74	M	Extrassístolia	INEM	Não	Não	Alta
43º	35	M	Ideação suicida	INEM	Não	Não	Alta
44º	52	M	Toracalgia	Exterior – próprio	Não	Não	Alta
45º	62	M	Défice motor	Exterior – próprio	Não	Não	Transferência
46º	88	M	Anorexia	INEM	Sim	Sim	Alta
47º	58	M	Vertigens	INEM	Não	Não	Alta
48º	95	F	Dor trocantérica	INEM	Não	Não	Alta
49º	85	F	Edemas periféricos	INEM	Não	Não	Internamento
50º	46	M	Lombalgia	Exterior – próprio	Não	Não	Alta
51º	84	F	Prostração	INEM	Sim	Não	Internamento
52º	73	M	Desorientação	INEM	Sim	Sim	Alta
53º	19	F	Síndrome gripal	Exterior – próprio	Não	Não	Alta
54º	95	F	Alucinações visuais	INEM	Não	Não	Internamento

55º	89	M	Queixas urinais	INEM	Sim	Não	Internamento
56º	19	F	Toracalgia	INEM	Não	Não	Alta
57º	63	F	Obstipação prolongada	INEM	Sim	Não	Alta
58º	78	M	Toracalgia	Exterior – próprio	Não	Não	Alta
59º	71	M	Pneumotórax iatrogénico	INEM	Não	Não	Transferência
60º	95	F	Dispneia	INEM	Sim	Não	Alta
61º	57	F	Dor crônica MSD	Exterior – próprio	Não	Sim	Alta
62º	77	F	Dispneia agravada	INEM	Sim	Não	Internamento
63º	80	F	Dispneia agravada	ARS/ Centro de saúde	Não	Não	Alta
64º	45	F	Neurosarcoidose	Consulta externa	Não	Não	Abandonou
65º	76	M	Toracalgia	Saúde 24	Não	Não	Alta
66º	75	F	Hiperglicemia	INEM	Não	Não	Alta
67º	91	F	Distensão abdominal	INEM	Sim	Sim	Internamento
68º	66	F	Dispneia persistente	INEM	Não	Não	Internamento
69º	74	M	Palpitações	ARS/ Centro de saúde	Não	Sim	Alta
70º	79	M	Dispneia agravada	INEM	Não	Não	Internamento
71º	66	M	Dispneia	ARS/ Centro de saúde	Não	Não	Alta
72º	33	M	Dor pleurítica	Exterior – próprio	Não	Não	Internamento

73º	70	M	Dor epigástrica	INEM	Não	Não	Alta
74º	89	M	Ortopneia	Exterior – próprio	Não	Não	Internamento
75º	77	F	Hiperglicemia	INEM	Não	Não	Transferência
76º	84	M	Dispneia	INEM	Sim	Não	Óbito
77º	56	F	Dispneia agravada	INEM	Não	Não	Internamento
78º	55	M	Palpitações	Exterior – próprio	Não	Sim	Alta
79º	77	M	Síndrome gripal	INEM	Não	Não	Internamento
80º	73	F	Dor epigástrica	Exterior – próprio	Não	Sim	Alta
81º	87	F	Edemas periféricos	Saúde 24	Não	Não	Alta (CRAU)