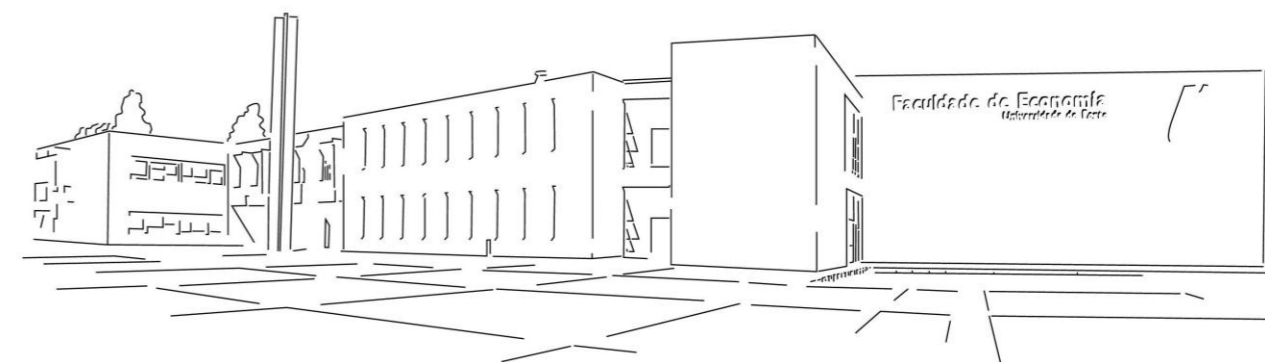


IMPACTO DO ENCERRAMENTO DA URGÊNCIA BÁSICA DE VALONGO NA ALFUÊNCIA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DE VALONGO

ELISABETE DOS SANTOS ALVES
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA
À FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM
GESTÃO E ECONOMIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE



U. PORTO



**Impacto do Encerramento da Urgência Básica de
Valongo na Afluência ao Serviço de Urgência do
Hospital de São João e Cuidados de Saúde Primários
de Valongo**

Por:
ELISABETE DOS SANTOS ALVES

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientador: Professor Doutor Jorge Miguel Silva Valente

2015

NOTA BIOGRÁFICA

Elisabete dos Santos Alves nasceu no Porto, em 1984. Licenciou-se em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria do Porto, onde também concluiu uma Pós-Graduação em Enfermagem de Emergência e Catástrofe.

Iniciou funções de Enfermagem após terminar a Licenciatura, como Enfermeira de hemodiálise na Clínica Central do Bonfim e posteriormente no serviço de urgência de adultos do Hospital de São João, onde permaneceu durante 7 anos.

Atualmente mantém funções como Enfermeira de Hemodiálise na Clínica Central do Bonfim e a nível hospitalar trabalha na Unidade Polivalente de Cuidados Intermédios Gerais do Centro Hospitalar São João.



AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer ao meu orientador Jorge Miguel Silva Valente que não só supervisionou como orientou e apoiou a realização deste trabalho. Foi sem dúvida um pilar fundamental para a concretização deste trabalho. O meu muito obrigada.

Agradeço à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João pela autorização para fornecimento de dados para a realização deste trabalho, fundamental para a realização do mesmo. Em particular ao Dr. Artur Paiva pelo voto de confiança demonstrado, e ao Carlos Casais pelo esforço em fornecer os dados o mais atempadamente possível.

Agradeço à minha família e amigos pelo apoio, confiança e incentivo ao longo destes dois anos. Apesar dos momentos menos bons, do cansaço e por vezes algum desânimo tiveram sempre uma palavra encorajadora e motivadora. Foram sem dúvida um suporte essencial para a conclusão deste trabalho. O meu muito obrigada por tudo.



RESUMO

O encerramento de alguns serviços de urgência básicos em Portugal foi uma das propostas da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência criada em Setembro de 2011, que teve como missão, entre outras, avaliar a rede das urgências hospitalares e emergência pré-hospitalar, propondo alterações à rede existente através de estratégias de resposta às necessidades de gestão e sustentabilidade dos serviços de urgência. Neste contexto, deu-se o encerramento do Serviço de Urgência Básico (SUB) do Pólo de Valongo a 15 de julho de 2014, continuando o atendimento de situações urgentes e não urgentes a ser assegurado pelo Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar de São João do Pólo do Porto e pelos Centros de Saúde.

O objetivo desta dissertação é avaliar o impacto do encerramento do SUB de Valongo, na afluência à urgência do Hospital de São João e Centros de Saúde, e perceber se o encerramento permitiu reduzir gastos em Saúde, mantendo a acessibilidade de cuidados. Este trabalho permite avaliar qual o impacto, não só económico, mas também de afetação de recursos, numa época em que as necessidades continuam ilimitadas para recursos cada vez mais escassos, sobretudo num contexto de crise financeira que o país atravessa.

Para tal, foi feita uma comparação da afluência de utentes ao Serviço de Urgência (SU) do Hospital de São João e aos Centros de Saúde de Valongo, antes e após o encerramento, em períodos homólogos, por tipos de prioridade, área geográfica, tipo de isenção e diagnóstico final.

Os resultados mostraram que o impacto do encerramento foi essencialmente inexistente a nível dos Centros de Saúde, e reduzido a nível do SU, pelo que terá sido assim possível reduzir gastos em saúde.

Palavras-Chave: Cuidados de Saúde Primários; Serviços de Urgência; Encerramento de Serviços de Urgência Básicos.



ABSTRACT

The closure of some basic emergency services in Portugal was one of the proposals of the Commission for the Revaluation of the National Network of Emergency and Urgency created in September 2011, which had as its mission, among others, to assess the network of hospital emergency and pre-hospital emergency, proposing changes to the existing network through response strategies for management needs and sustainability of emergency services. In this context, the Basic Emergency Service of Valongo Hospital was closed on July 15th, 2014, with the care of urgent and non-urgent situations to be undertaken by the Emergency Service (ES) of the São João Hospital and the health centers / primary Health Care.

The purpose of this work is to evaluate the impact of the closure of the ES of the Valongo Hospital, on the demand of the emergency service of the São João Hospital and the health centers, and assess whether the closure was able to reduce spending on health whilst maintaining accessibility.

This work allows us to evaluate the impact of the closure, not only economic, but also of resource allocation, when the needs are unlimited for increasingly scarce resources, and especially in the country's current context of financial crisis.

Therefore, a comparison of the influx of users has been made to the ES of the São João Hospital and Valongo health centers, before and after the closing in homologous periods, by type of priority, geographic area, type of exemption and final diagnosis.

The results showed that the impact of the closure was virtually non-existent in terms of health centers, and minor in what regards the ES, so therefore it was possible to reduce health expenditures.

Keywords: Primary Health Care; Emergency services; Emergency Basic Services closure.



Índice

NOTA BIOGRÁFICA.....	i
AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÍNDICE DE TABELAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
ABREVIATURAS.....	xi
1 – INTRODUÇÃO	1
2 – REVISÃO DA LITERATURA	6
2.1 – INTRODUÇÃO.....	6
2.2 – ACESSO E PROXIMIDADE.....	6
2.3 – CUSTOS COM CUIDADOS DE SAÚDE.....	11
2.4 – PROCURA POR CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	18
2.5 – PROCURA POR CUIDADOS DE SAÚDE SECUNDÁRIOS – SERVIÇOS DE URGÊNCIA.....	22
2.6 – IMPACTO DO ENCERRAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	42
2.7 – PRINCIPAIS CONCLUSÕES DA REVISÃO DA LITERATURA.....	46
3 – METODOLOGIA	56
3.1 – QUESTÕES DE PESQUISA.....	56
3.2 – OBJETIVO DE ESTUDO.....	56
3.3 – DESENHO METODOLÓGICO.....	57
3.4 – ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	60
4 – RESULTADOS	66
4.1 – ANÁLISE UNIVARIADA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	66
4.1.1 – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	66
4.1.2 – ANÁLISE DESCRITIVA.....	69
4.2 – ANÁLISE UNIVARIADA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA.....	73



4.2.1 – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	73
4.2.2 – ANÁLISE DESCRITIVA.....	77
4.3 – REGRESSÃO LOGÍSTICA.....	94
4.3.1 – TESTE HOSMER-LEMESHOW PARA O MODELO QUE INCLUI TODAS AS VARIÁVEIS, QUANDO A LOCALIZAÇÃO É “VAL_GOND”	99
4.3.2 – TESTE HOSMER-LEMESHOW PARA O MODELO QUE INCLUI TODAS AS VARIÁVEIS, EXCETO AS VARIÁVEIS RELATIVAS AOS MESES, QUANDO A LOCALIZAÇÃO É “VAL_GOND”.....	100
4.3.3 – TESTE HOSMER-LEMESHOW PARA O MODELO QUE INCLUI TODAS AS VARIÁVEIS, EXCETO AS VARIÁVEIS RELATIVAS AOS MESES E ÀS INTERAÇÕES "ANO- VAL_GOND-ISENTO", QUANDO A LOCALIZAÇÃO É “VAL_GOND”.....	101
4.3.4 – TESTE HOSMER-LEMESHOW PARA O MODELO QUE INCLUI TODAS AS VARIÁVEIS, QUANDO A LOCALIZAÇÃO É “VALONGO”.....	102
4.3.5 – TESTE HOSMER-LEMESHOW PARA O MODELO QUE INCLUI TODAS AS VARIÁVEIS, EXCETO AS VARIÁVEIS RELATIVAS AOS MESES, QUANDO A LOCALIZAÇÃO É “VALONGO”.....	102
4.3.6 – TESTE HOSMER-LEMESHOW PARA O MODELO QUE INCLUI TODAS AS VARIÁVEIS, EXCETO AS VARIÁVEIS RELATIVAS AOS MESES E ÀS INTERAÇÕES "ANO- VAL_GOND-ISENTO", QUANDO A LOCALIZAÇÃO É “VALONGO”.....	103
5 – CONCLUSÃO	109
BIBLIOGRAFIA	112



Índice de Tabelas

Tabela 1 - Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB em Portugal	12
Tabela 2 - Estudos Relevantes: principais resultados e contribuições de estudos analisados na revisão da literatura sobre custos com cuidados de saúde.	47
Tabela 3 - Estudos Relevantes: principais resultados e contribuições de estudos analisados na revisão da literatura sobre procura por cuidados de saúde primários.	48
Tabela 4 - Estudos Relevantes: principais resultados e contribuições de estudos analisados na revisão da literatura sobre procura por cuidados de saúde secundários – serviços de urgência.	53
Tabela 5 - Estudos Relevantes: principais resultados e contribuições de estudos analisados na revisão da literatura sobre o impacto do encerramento de serviços de saúde.	55
Tabela 6 – Recolha de Dados.....	58
Tabela 7 – Triagem de Manchester	59
Tabela 8 – Valor das taxas moderadoras a cobrar em 2013, 2014 e 2015 nos SUB, SUMC e SUP.....	60
Tabela 9 – Descrição das variáveis usadas no estudo no caso dos CSP.	62
Tabela 10 – Descrição das variáveis usadas no estudo no caso dos SU.....	64
Tabela 11 – Análise descritiva da distribuição da idade dos utentes (por categorias) dos CSP por categorias em 2013 e 2014.....	66
Tabela 12 – Análise descritiva da distribuição da idade dos utentes dos CSP em 2013 e 2014.	68



Tabela 13 – Distribuição relativa das consultas nos CSP por género em 2013 e 2014...	68
Tabela 14 – Distribuição absoluta e relativa das consultas nos CSP relativamente à situação em relação a taxas moderadoras em 2013 e 2014.	70
Tabela 15 – Distribuição relativa das consultas nos CSP relativamente ao mês em que ocorreram em 2013 e 2014.	70
Tabela 16 – Distribuição relativa das consultas nos CSP relativamente ao Concelho em 2013 e 2014.....	71
Tabela 17 - Distribuição relativa das consultas nos CSP relativamente ao Concelho de Valongo em 2013 e 2014.	71
Tabela 18 - Distribuição relativa das consultas nos CSP relativamente ao motivo de consulta em 2013 e 2014.	72
Tabela 19 – Análise descritiva da distribuição da idade (por categorias) dos utentes do SUB de Valongo em 2013.....	73
Tabela 20 – Análise descritiva da distribuição da idade dos utentes do SUB de Valongo em 2013.	73
Tabela 21 – Análise descritiva da distribuição da idade (por categorias) dos utentes do SUP do HSJ em 2013 e 2014.....	76
Tabela 22 – Análise descritiva da distribuição da idade dos utentes do SUP do HSJ em 2013 e 2014.....	76
Tabela 23 – Distribuição relativa dos episódios de urgência por género em 2013 e 2014.	77
Tabela 24 – Distribuição relativa dos episódios de urgência relativamente à situação em relação a taxas moderadoras em 2013 e 2014.....	78



Tabela 25 – Distribuição relativa dos episódios de urgência relativamente ao mês em que ocorreram em 2013 e 2014.....	80
Tabela 26 – Distribuição absoluta e relativa dos episódios de urgência relativamente ao Concelho (Valongo, Gondomar, Maia e Porto) em 2013 e 2014.....	81
Tabela 27 - Distribuição absoluta e relativa dos episódios de urgência relativamente ao Concelho em 2013 e 2014.	83
Tabela 28 – Distribuição absoluta e relativa dos episódios de urgência relativamente à Triagem de Manchester em 2013 e 2014.....	84
Tabela 29 - Distribuição relativa dos episódios de urgência relativamente à Triagem de Manchester por concelho em 2013 e 2014.	87
Tabela 30 - Distribuição relativa dos episódios de urgência relativamente aos azuis e verdes e aos laranjas e vermelhos, por concelho em 2013 e 2014.....	89
Tabela 31 - Distribuição relativa dos episódios de urgência relativamente aos azuis e verdes, aos amarelos e aos laranjas e vermelhos, por concelho em 2013 e 2014.....	91
Tabela 32 - Distribuição relativa dos episódios de urgência relativamente aos azuis e verdes, e aos laranjas e vermelhos, por concelho e isenção em 2013 e 2014.....	93
Tabela 33 – Descrição das variáveis usadas no estudo.....	96
Tabela 34 – As variáveis da equação do modelo	104



Índice de Figuras

Figura 1 - Despesa pública em saúde, em % da despesa total em saúde.....	13
Figura 2 - Despesa pública em saúde, em % do PIB.....	14
Figura 3 - Processo de Cuidados de Saúde.....	19
Figura 4 – Histograma da idade dos CSP em 2013 e 2014.....	67
Figura 5 – Histograma da idade dos utentes que recorreram ao SUB de Valongo em 2013.....	74
Figura 6 – Histograma da idade dos utentes que recorreram ao SUP do HSJ em 2013 e 2014.....	75



ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos dos Centros de Saúde

AIT – Acidente Isquémico Transitório

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BCE – Banco Central Europeu

CE – Comissão Europeia

CRP – Constituição da República Portuguesa

CRRNEU – Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CS – Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCI – Doença Cardíaca Isquémica

DCV – Doença Vascular Cerebral

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ENDS – Estratégia Nacional para o Desenvolvimento Sustentável

EPE – Entidade Pública Empresarial

ES – Emergency Service

FMI – Fundo Monetário Internacional

HSJ – Hospital de São João

ICD – International Classification of Diseases

ICPC – International Classification of Primary Care

IPO – Instituto Português de Oncologia

MCDT – Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica

OCDE / OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico /
Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde



- PIB** – Produto Interno Bruto
SIV – Suporte Imediato de Vida
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviço de Urgência Básico
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
SUP – Serviço de Urgência Polivalente
UCC – Unidade de cuidados na comunidade
UCSP – Unidade de cuidados de saúde personalizados
UE – União Europeia
UNICEF – United Nations Children´s Fund
URAP – Unidade de recursos assistenciais partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de saúde pública



1 – INTRODUÇÃO

O problema da tendência constante do crescimento da despesa tornou fundamental a realização de reformas de longa duração na área da saúde, permitindo manter a sustentabilidade do serviço nacional de saúde e ajustando a oferta às necessidades da população.

Segundo OECD (2010), estima-se que entre 1998 e 2008 os gastos com saúde *per capita* tenham crescido em termos reais 4,6% ao ano, em média, entre os países da União Europeia. Entre 2000 e 2009, Portugal teve um crescimento de 2,2% da taxa média anual das despesas de saúde *per capita*, em termos reais, no entanto entre 2009 e 2012, a referida taxa diminuiu 3,3% (OECD, 2014).

Em Portugal, a reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) surgiu pela necessidade de reestruturação do sistema de saúde. Neste contexto, em 2005 deu-se início à criação das Unidades de Saúde Familiares (USF), que são unidades com autonomia funcional e técnica com o objetivo de prestar cuidados de saúde primários personalizados - *Decreto-Lei n.º 23/2006*, de 2 de fevereiro. Em 2009 houve uma mudança estrutural com o reagrupamento dos Centros de Saúde (CS) existentes em Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) - *Decreto-Lei n.º 28/2008*, de 22 de fevereiro. Os ACES cobrem uma população que não deve, em regra, ser inferior a 50.000 nem superior a 250.000, e são constituídos por um conjunto de unidades funcionais responsáveis pela prestação de serviços de saúde (USF, Unidade de Cuidados na Comunidade – UCC, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – URAP, Unidade de Saúde Pública – USP).

Neste contexto surge também a necessidade de reorganização da rede hospitalar, da qual resultou a fusão do Hospital de São João, do Porto, com o Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo, criando-se assim o atual Centro Hospitalar de São João, EPE em



01 de abril de 2011, através do *Decreto-Lei n.º 30/2011*, de 2 de março.

O Hospital de São João é o maior hospital do Norte, localiza-se na cidade do Porto e, enquanto Centro Hospitalar, abrange as populações de Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar, dentro do concelho do Porto, bem como os concelhos da Maia e Valongo. Atua igualmente como centro de referência para os distritos do Porto (com exceção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo, assim como para áreas geográficas mais alargadas, no contexto das Redes de Referência Hospitalar.

O ACES que abrange a área de Valongo designa-se ACES grande Porto III – Maia/Valongo, e resultou da fusão dos anteriores ACES Maia e Valongo – *Portaria n.º 310/2012* de 10 de outubro. Segundo o Plano de Ação 2013-2014 do ACES grande Porto III – Maia/Valongo, este ACES abrange os concelhos da Maia e Valongo e tem uma população de 229.164 residentes. O número total de inscritos é de 216.245, dos quais 89,9% estão integrados em USF (MS, 2013).

O uso inadequado dos serviços de urgência (SU) com excesso de episódios não urgentes tem sido também uma preocupação crescente, não só em Portugal como noutros países, devido ao aumento dos custos que implica relativamente às despesas em saúde (Mason et al., 2014).

Vários estudos e trabalhos têm sido desenvolvidos nesta área, não só na determinação da prevalência destes episódios, mas também nos fatores associados ao uso inadequado destes serviços. Estes estudos serão abordados na parte de revisão de literatura deste trabalho.

Em setembro de 2011 foi criada a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), constituída por 11 peritos. De acordo com o



relatório da CRRNEU, apenas 54% dos casos atendidos em 2010 nos SU Nacionais eram “urgentes”, “muito urgentes” ou “emergentes” (CRRNEU, 2012).

Esta comissão não só avaliou o estado de implementação da Rede de Emergência Pré-Hospitalar e das Urgências Hospitalares, como produziu um relatório sobre a atual resposta da rede e sobre possíveis cenários de alterações a esta rede, permitindo estratégias de resposta às necessidades de gestão e sustentabilidade dos serviços de urgência, tendo em conta o impacto no acesso e circuitos de referênciação.

De acordo com o relatório da CRRNEU, os serviços de urgência básicos (SUB) “devem existir onde exista população em número considerável e, simultaneamente, o seu acesso a um nível de SU superior (Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica – SUMC ou Serviço de Urgência Polivalente – SUP) não esteja assegurado em menos de 60 minutos”.

Uma das propostas desta comissão foi o encerramento do SUB de Valongo, mantendo o acesso da população a um nível de SU superior, ou seja, ao SUP do Hospital de São João.

Assim, o SUB de Valongo encerrou no dia 15 de julho de 2014, sendo que o atendimento de situações urgentes continuou a estar garantido pelo SUP do Hospital de São João, de acordo com as áreas de referência dos Centros de Saúde onde os utentes estão inscritos, e garantido também o atendimento de situações não urgentes, que preferencialmente devem ser dirigidas aos CSP.

Resultante ainda das propostas da CRRNEU, foi implementada uma viatura de Suporte Imediato de Vida (SIV) em Valongo, sob a gestão do Centro Hospitalar de São João, a 15 de setembro de 2014, reforçando assim a oferta de meios de emergência médica extra-hospitalar para a população da referida área geográfica.

Este trabalho tem como objetivo avaliar o impacto do encerramento do SUB da



Valongo, na procura pelo SUP do Hospital de São João e pelos CSP de Valongo. Pelas diferenças de variabilidade de procura, poderemos chegar a conclusões sobre uma eventual redução de custos permitida pela medida implementada, mantendo a acessibilidade e proximidade a serviços de saúde. O estudo é relevante no sentido em que permite avaliar qual o impacto, não só económico, mas também de afetação de recursos, numa época em que as necessidades continuam ilimitadas para recursos cada vez mais escassos, sobretudo num contexto de crise financeira que o país atravessa.

Este estudo é o primeiro em Portugal a avaliar o impacto do encerramento de um serviço de urgência na procura por outros serviços de saúde.

Para tal, usamos informação sobre a procura pelo SUB de Valongo antes do seu encerramento, sobre a procura pelo SUP do Hospital de São João e sobre a procura pelos CSP de Valongo, antes e após o encerramento do SUB de Valongo.

O Serviço de Urgência Básico de Valongo estava integrado num hospital distrital que abrangia cinco freguesias – Alfena, Campo, Ermesinde, Sobrado e Valongo, tendo sido durante muitos anos o Hospital de referência para os concelhos de Gondomar e Valongo. Segundo dados do Relatório e Contas do Centro Hospitalar de São João de 2013, em 2012 foram observados naquele SUB cerca de 126 doentes por dia (CHSJ, 2013).

O Serviço de Urgência Polivalente do Hospital de São João está integrado num hospital central, universitário e serve de referência para uma grande parte da população a Norte de Portugal e, segundo o mesmo relatório e contas referido no parágrafo anterior em 2012 foram observados, em média, cerca de 437 doentes adultos por dia.

Os Cuidados de Saúde Primários de Valongo estão agrupados no ACES grande Porto III – Maia/Valongo, como já foi referido anteriormente, abrangendo os concelhos da Maia



e Valongo.

Esta dissertação está estruturada da seguinte forma. No segundo capítulo é feita uma revisão da literatura sobre o tema. A metodologia escolhida para este trabalho é apresentada no terceiro capítulo. No quarto capítulo são apresentados e discutidos os resultados. Por fim, o quinto capítulo é reservado para as principais conclusões da dissertação e limitações do estudo.



2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – Introdução

A crescente preocupação com o aumento dos custos em saúde faz com que se torne essencial a tomada de medidas para reduzir esses custos, medidas essas que devem promover a equidade do sistema, assim como a qualidade, eficiência e acessibilidade de cuidados de saúde (Farinha et al., 2008).

Esta é uma preocupação não só de Portugal, como de outros países, e a literatura parece ser consensual quanto à necessidade de aumentar a promoção da saúde, transferindo recursos dos cuidados de saúde secundários para os cuidados de saúde primários, como iremos ver ao longo deste capítulo. No entanto, poucos estudos existem sobre o impacto destas medidas.

De seguida é feita uma revisão bibliográfica relativamente ao acesso e à proximidade dos serviços de saúde, aos custos com cuidados de saúde, à procura por cuidados de saúde primários, à procura por cuidados de saúde secundários, nomeadamente pelos serviços de urgência, e ainda relativamente ao impacto do encerramento de serviços de saúde.

2.2 – Acesso e Proximidade

O acesso universal aos cuidados de saúde está previsto na Constituição da República Portuguesa (CRP) através do artigo 64º. De acordo com este artigo todos têm direito à proteção da saúde, sendo este realizado através de um serviço nacional de saúde (SNS) universal, geral e tendencialmente gratuito, incumbindo prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, assim como uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde (AR, 2005).



Assim, surge o conceito de equidade, ou seja, de que todos os indivíduos têm direito a iguais cuidados de saúde, e importa também referir que equidade pode ser horizontal ou vertical, sendo que horizontal significa que dois indivíduos com doença de igual gravidade devem receber cuidados de saúde idênticos, e vertical significa que dois indivíduos com situações clínicas diferentes devem ser tratados de modo diferente, em que os recursos alocados devem ser proporcionais à gravidade da situação.

A proximidade pode influenciar a procura pelos serviços de saúde, quer pelo tempo, quer pelo custo de deslocação. No entanto, ao nível da avaliação da procura pelos serviços de saúde, a proximidade não pode ser olhada de forma independente de outras variáveis como o rendimento, a educação e a gravidade das situações.

Num estudo realizado na Irlanda do Norte em que se procurou identificar alguns dos fatores associados com o elevado número de episódios nos serviços de urgência, McKee et al. (1990) concluíram que a distância do domicílio do utente até ao serviço e o estatuto socioeconómico são alguns dos fatores influenciadores. Os resultados mostraram que a distância entre o domicílio do utente e o SU está associada com a variação nas taxas dos episódios de diferentes áreas, ou seja, aqueles que vivem mais próximo a um SU tendem a usá-lo como um substituto para os cuidados primários. Estes autores enfatizam a complexidade da relação entre o uso dos cuidados de saúde primários e secundários, e a importância da proximidade na determinação do uso de serviços hospitalares.

Um outro estudo, realizado no Reino Unido, revelou também que com o aumento da distância a um SU há uma redução significativa na procura (Rudge et al., 2013). Segundo estes autores há uma associação positiva entre a distância a uma unidade de cuidados primários e a procura por serviços de urgência, quer para adultos, quer para crianças, ou seja, prevê que para cada quilómetro adicional de distância a uma unidade de cuidados primários, a procura por um SU vai aumentar em 4,2% no caso dos adultos



e em 4,9% no caso de crianças. No entanto, e ainda segundo estes autores, um estudo no Canadá mostrou que houve uma redução significativa da procura com a distância para os casos menos urgentes, embora o mesmo não se tenha verificado para os mais urgentes.

Em Portugal, Lourenço et al. (2007) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a existência ou não de equidade na utilização de cuidados médicos. Concluíram que para a população global persistem fatores não relacionados com o estado de saúde inibidores do acesso, muito embora o modelo utilizado tenha revelado dois cenários diferentes. Na classe dos utilizadores ocasionais concluíram pela ausência de equidade, enquanto na classe dos utilizadores recorrentes não puderam rejeitar a hipótese de equidade. O modelo aplicado permitiu-lhes ainda concluir que o impacto do rendimento e das variáveis demográficas sobre a utilização de cuidados de saúde é no geral significativo para o caso dos utilizadores ocasionais, enquanto para o grupo dos utilizadores recorrentes esse impacto não é significativo. Estes autores sugerem assim que as intervenções em termos políticos devem incidir sobre a classe dos utilizadores ocasionais, devendo adotar-se políticas de discriminação positiva e abandonar a atitude passiva no sentido de esperar que o cidadão procure os serviços de saúde.

Segundo Furtado e Pereira (2010), existem cinco dimensões que podem afetar o acesso aos cuidados de saúde: disponibilidade, proximidade, custos, qualidade e aceitação. A disponibilidade relaciona-se com a existência de uma oferta adequada de serviços e depende também do tipo de cuidados cobertos pela rede de serviços de saúde pública; a proximidade reflete a acessibilidade física ou geográfica dos cuidados; os custos referem-se aos incorridos no consumo de serviços de saúde, que podem ser custos diretos como o valor não participado de um medicamento, ou custos indiretos como de transporte necessário para aceder a esses cuidados, ou do tempo de espera para o atendimento. Estes custos podem ainda estar condicionados pela posse de seguros de



saúde ou subsistemas públicos. A qualidade está relacionada não só com a prestação de serviços, mas também com a organização dos mesmos, quer em termos de horários de funcionamento, de marcação de consultas, entre outros. Por fim, a aceitação relaciona-se com a avaliação da prestação de cuidados de saúde, que depende das expectativas dos utentes.

Segundo estes autores, a equidade no acesso aos cuidados de saúde é apenas um dos fatores que promove a equidade no estado de saúde, ou seja, as iniquidades em saúde têm origem nos determinantes sociais da saúde, como a educação ou o trabalho, mas também nos estilos de vida da população. Referem ainda que a utilização dos cuidados de saúde depende também das características dos indivíduos como o nível educacional e cultural, a ocupação, a etnia, as redes sociais e familiares, e dependem ainda das suas convicções em saúde, como atitudes e valores perante a saúde e cuidados de saúde, as quais podem condicionar a subsequente perceção de necessidade e utilização destes serviços. O rendimento, a capacidade de pagar e o local de residência são fatores de capacitação, ou seja, constituem os meios necessários para o indivíduo aceder aos serviços de saúde, e assim efetivar a utilização dos mesmos, e por isso consideram que as políticas ou estratégias destinadas a promover o acesso aos cuidados de saúde devem ser avaliadas não só pelo nível de serviços que estão disponíveis para a população, mas também pela capacidade dos indivíduos para fazer uso desses serviços e beneficiar da sua utilização.

Ainda de acordo com os mesmos autores, os estudos por eles revistos continuam a evidenciar um gradiente social favorecendo os grupos socioeconómicos superiores, e referem que algumas das desigualdades encontradas são explicadas pelos fatores de risco, como a obesidade, e por dificuldades no acesso aos meios de prevenção e tratamento. Assim, consideram que existe evidência de iniquidade na utilização de cuidados de saúde, o que indicia a existência de barreira no acesso aos cuidados de



saúde. No entanto, não existem estudos que analisem de um modo integrado as diferentes causas das desigualdades em saúde e no acesso aos cuidados.

Furtado e Pereira (2010) identificaram as potenciais barreiras aos cuidados de saúde em Portugal de acordo com as cinco dimensões já referidas anteriormente.

Para este trabalho consideramos mais relevante salientar as dimensões da disponibilidade, da proximidade e dos custos, uma vez que o estudo se refere ao impacto do encerramento de um serviço de saúde, podendo este constituir, ou não, uma barreira no acesso aos cuidados.

Assim, relativamente à dimensão da disponibilidade, as potenciais barreiras podem ser a existência de utentes dos CS sem médico de família e a oferta reduzida de determinadas especialidades médicas como estomatologia, psiquiatria ou dermatologia na rede pública de cuidados de saúde. Para a segunda dimensão, que diz respeito à proximidade, identificam-se como principais barreiras o isolamento em termos geográficos de utentes com dificuldades em deslocarem-se aos centros de saúde, a distribuição desigual de recursos físicos e humanos no território e a pouca divulgação dos mecanismos (e critérios) para ultrapassar a barreira da distância, nomeadamente os reembolsos do custo associado à deslocação, assim como os utentes das zonas rurais, que são simultaneamente os mais desfavorecidos socioeconomicamente e os que se encontram mais longe dos centros de cuidados especializados. Para a dimensão dos custos, as principais barreiras identificadas são o pagamento no ato da consulta de uma taxa moderadora fixa (embora exista isenção de pagamento para um conjunto de situações das quais se destacam as grávidas, crianças até aos 12 anos, pensionistas ou determinados doentes crónicos, que são os utilizadores mais frequentes), os custos indiretos inerentes à deslocação ou à falta ao trabalho, que podem afetar as populações mais desfavorecidas, os custos elevados associados às consultas prestadas pelo setor privado, que são suportados pelo utente, exceto quando este está abrangido por



subsistemas públicos ou seguros de saúde privados (Furtado e Pereira,2010).

Com o objetivo de melhorar o acesso aos cuidados de saúde, houve um conjunto de intervenções a nível nacional, como a implementação da Linha de Saúde 24, os programas de redução dos tempos de espera para cirurgia (SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), bem como a nível regional, como a utilização de unidades móveis de saúde ou da telemedicina; no entanto, não existe uma avaliação dessas medidas (Furtado e Pereira, 2010). Por fim, estes autores referem que as medidas destinadas a aumentar o acesso aos cuidados de saúde não podem ser avaliadas apenas pelo nível de serviços disponíveis, mas também pela capacidade do indivíduo para fazer uso desses serviços e beneficiar da sua utilização.

2.3 – Custos com Cuidados de Saúde

O envelhecimento da população, a maior prevalência de doenças crónicas, a alteração do perfil dos consumidores, os avanços tecnológicos no tratamento de doenças, as tecnologias de informação e o aumento da oferta de cuidados são alguns dos motivos relacionados com o aumento dos custos em saúde.

Este aumento, assim como a preocupação com a acessibilidade de cuidados, melhoria da qualidade, e equidade no acesso, fazem com que seja cada vez mais necessário a adequação da utilização dos recursos.

Uma das metas da Estratégia Nacional para o Desenvolvimento Sustentável (ENDS) de 2015 foi “manter a despesa pública em saúde na ordem dos 7% do PIB (Produto Interno Bruto) até 2010" (Mota et al., 2005).

A Tabela 1 mostra os valores da despesa corrente em cuidados de saúde (público e privado) desde 2000 a 2013.



Ano	Despesa em saúde em % PIB
2000	8,3
2001	8,4
2002	8,5
2003	8,9
2004	9,3
2005	9,4
2006	9,1
2007	9,1
2008	9,3
2009	9,9
2010	9,8
2011	9,5
2012	Pro 9,3
2013	Pre 9,0

Tabela 1 - Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB em Portugal (Pro – Valor Provisório; Pre – Valor Preliminar)

Fonte: INE, PORDATA (PORDATA, 2014)

A “despesa corrente em saúde mede a utilização final dos residentes em bens e serviços de saúde. Inclui a despesa corrente em cuidados de saúde pessoais, os serviços de saúde pública e de prevenção e a despesa na administração de saúde e seguros de saúde. Engloba, ainda, as importações (despesas em saúde fora do território económico efetuadas por residentes) e exclui as exportações de serviços de saúde (prestadas por unidades residentes a unidades não residentes). Integra os cuidados curativos e reabilitação (internamento, ambulatório, hospital dia e cuidados domiciliários), os cuidados de enfermagem prolongados (internamento, hospital de dia e cuidados domiciliários), os serviços auxiliares de cuidados de saúde e os artigos médicos disponibilizados a doentes não internados (produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis e aparelhos terapêuticos e equipamento médico durável)” (INE, 2013).

A despesa pública e privada inclui “o SNS, os subsistemas de saúde públicos (ADSE,



Assistência Médica e Medicamentosa aos beneficiários das Forças Militares e Militarizadas e Serviços Sociais da PSP e do Ministério da Justiça) e outras unidades da administração pública (incluindo as deduções à coleta de IRS por cuidados de saúde), os subsistemas de saúde privados (SAMS, PTACS, RTP, entre outros) e os outros seguros privados), a despesa privada das famílias, as instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias (exceto as de seguros sociais) e as outras sociedades (exceto as de seguros de saúde)” (INE, 2013).

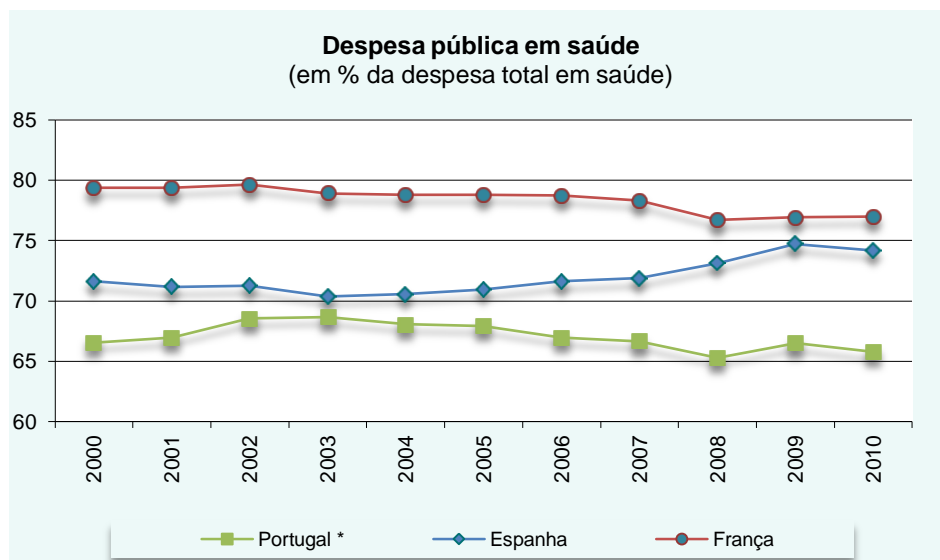


Figura 1 - Despesa pública em saúde, em % da despesa total em saúde (* valores provisórios: Portugal, 2010)

Fonte: INE, OCDE e Eurostat (INE, 2013)

Na Figura 1 observa-se a importância relativa da despesa pública em saúde na despesa total de saúde (pública e privada). Podemos ver que esta apresentou uma tendência descendente a partir de 2004, tendo registado em 2003 o seu valor máximo (68,7%). Em 2010, 65,8% da despesa total em saúde foi financiada pela Administração Pública. Ainda através desta figura podemos observar que, comparativamente com países como a Espanha e a França, Portugal apresentou valores sistematicamente inferiores (INE,



2013).

A despesa pública em saúde em percentagem do PIB entre 2000 e 2010 pode ser observada na Figura 2. Como é possível observar, apesar de ter apresentado uma tendência moderadamente crescente, em 2010 atingiu o valor de 7% conforme a meta definida pela ENDS e já descrita anteriormente (INE, 2013).

Comparativamente com Espanha e França, a Figura 2 evidencia que a despesa pública em saúde em Portugal, em percentagem do PIB, foi superior à registada em Espanha, mas inferior à registada em França. Em Espanha e França a evolução deste indicador é também ascendente; no entanto, em Espanha, tal como em Portugal, evidencia-se uma redução da despesa pública em saúde, em 2010.

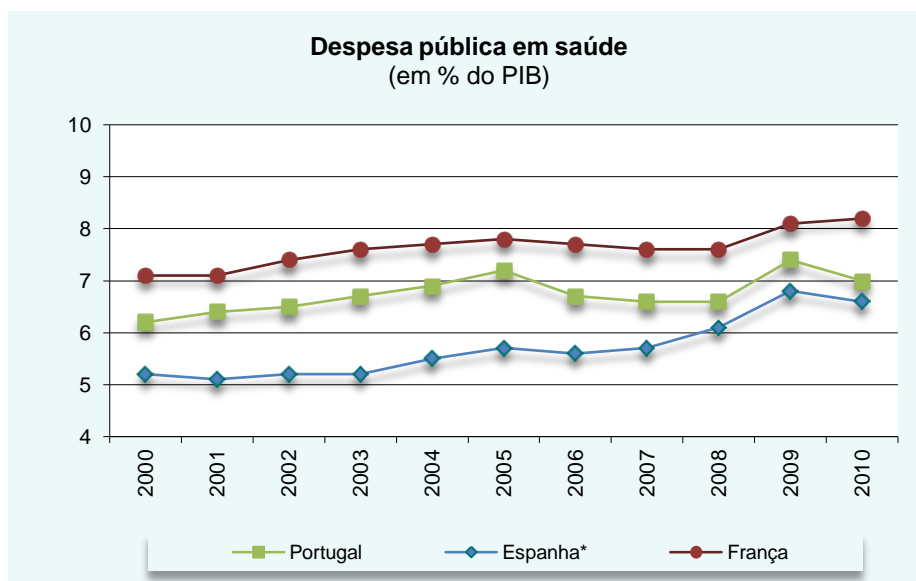


Figura 2 - Despesa pública em saúde, em % do PIB (* valores provisórios: Espanha, 2007)
Fonte: INE; OCDE e Eurostat (INE, 2013)

Farinha et al. (2008) aponta como problemas encontrados no sistema de saúde português o uso excessivo de serviços de urgência, os longos tempos de espera para



cirurgia e para algumas consultas de ambulatório, a concentração de recursos nos cuidados de saúde secundários e áreas urbanas e o aumento dos custos de todo o sistema.

Segundo Williams (1996), acredita-se que cerca de metade de todos os episódios dos SU sejam para pequenos problemas de saúde e que o custo de um episódio não urgente seja o triplo do custo de um atendimento num consultório médico, e por isso a tentativa de encaminhar estes episódios não urgentes dos SU para consultórios médicos é vista como uma forma de obter economias substanciais. No entanto, segundo este autor, uma comparação entre os custos dos serviços em consultórios médicos e nos SU dos hospitais é complexa e não se pode basear numa simples comparação dos gastos. Refere ainda que uma comparação exata só pode ser feita através da análise dos custos reais da prestação de serviços nas duas configurações, e implica ter em conta não só os custos fixos (aqueles que não são dependentes do volume), como também os custos variáveis (aqueles que são dependentes do volume de doentes). Como o SU funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, tem por isso custos fixos elevados com pessoal médico, serviços auxiliares, recursos materiais e administrativos (independentemente do volume de doentes), e custos marginais muito baixos.

Analisando os custos marginais (custo adicional para um episódio adicional) dos atendimentos no SU, Williams (1996) realizou um estudo, a partir de uma amostra de 6 hospitais no Michigan, usando dados sobre os custos dos serviços médicos hospitalares entre 1991 e 1993. Os episódios foram classificados como não urgentes, semi-urgentes ou urgentes com base no estado clínico dos doentes e na utilização efetiva do SU. De acordo com a classificação utilizada, 32% dos episódios foram classificados como não urgentes, 26% como semi-urgentes e 42% como urgentes. Para os episódios classificados como não urgentes o custo médio foi de 62 dólares e o custo marginal foi de apenas 24 dólares. Para episódios semi-urgentes, o custo médio foi de 159 dólares e



o custo marginal de 67 dólares, e para episódios urgentes o custo médio foi de 351 dólares e o custo marginal de 148 dólares, concluindo que, apesar de permanecerem ainda muitas questões sobre os verdadeiros custos dos cuidados dos SU, os valores encontrados neste estudo mostram que os custos dos cuidados não urgentes nos SU são relativamente baixos, e que o potencial de poupança de um encaminhamento dos episódios não urgentes para consultórios médicos pode ser muito menor do que se acredita.

Relembra ainda que a ideia de direcionar os episódios não urgentes dos SU para outros possíveis cenários de observação médica exigiria alterações a nível de equipamento e pessoal desses mesmos cenários, assim como uma disponibilidade 24 horas e consequentemente os custos totais de todo o sistema poderiam realmente aumentar. Dá como exemplo: o custo de ver um doente adicional num consultório médico pode ser ligeiramente inferior relativamente ao SU, no entanto, se for às 4h00 da manhã, o custo de ver esse doente, quando o consultório médico não está aberto, seria muito maior, e nesse caso o custo marginal desse doente ser visto no SU a essa hora é muito baixo. No entanto, este autor considera que são necessárias mais pesquisas para que se possa determinar a utilização ótima dos SU.

Em Portugal, em 2011, o desequilíbrio verificado nas contas públicas levou à celebração do Memorando de Entendimento entre Portugal e a Comissão Tripartida: Comissão Europeia (CE) / Banco Central Europeu (BCE) / Fundo Monetário Internacional (FMI). Com o objetivo de reduzir o défice das Administrações Públicas, o memorando de entendimento definiu várias medidas políticas a serem adotadas pelo Governo Português. O setor da saúde merece especial atenção uma vez que o sistema de saúde português está organizado em torno de um Serviço Nacional de Saúde, financiado principalmente através do setor público, o que significa que a tributação geral é a principal fonte de financiamento do SNS (Barros, 2012). Assim, no Memorando de



Entendimento, foram assumidos alguns objetivos concretos relativos ao sistema de saúde: “Melhorar a eficiência e eficácia no sistema de saúde, induzindo um uso mais racional dos serviços e controlo dos gastos; gerar poupanças adicionais na área de farmácia para reduzir os gastos públicos com medicamentos, para 1,25% do PIB no final de 2012 e cerca de 1% do PIB em 2013 (em conformidade com a média da União Europeia - UE); gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais.” (ERS, 2011). Perante estes objetivos, uma das medidas do Governo foi a revisão das taxas moderadoras, atualizando as taxas moderadoras nos hospitais e nos CSP, assegurando que as taxas moderadoras nos CSP fossem menores do que as aplicáveis a consultas de especialidade e episódios de urgência, com o claro objetivo de controlar a procura.

Barros (2012) considera que esta alteração das taxas moderadoras não só potencialmente cria uma barreira de acesso aos cuidados de saúde pelo seu aumento significativo, como por outro lado, o aumento relevante do número de isentos de pagamento de taxas pode ter um impacto no sentido oposto.

Um outro estudo realizado após a alteração das taxas moderadoras, no sentido de avaliar o impacto destas na procura pelos SU, concluiu que o seu aumento teve um papel limitado na moderação da procura pelo SU pelos não isentos de pagamento e que, relativamente aos isentos de pagamento, verificou-se o contrário, ou seja, uma redução na procura em todos os níveis de SU (Ramos, 2013). Apesar das limitações do seu estudo, este autor considera ainda que para valores relativamente baixos de taxas a pagar pelos utentes, só existiria um efeito moderador da procura se o serviço procurado fosse percebido como tendo um valor mais baixo comparativamente ao valor a pagar por ele.

De facto, a utilização dos SU para atendimentos não urgentes tem sido referido na literatura como sendo um dos principais motivos para o aumento dos custos dos



cuidados de saúde (Pereira et al. (2001); Mason et al. (2014); Richardson e Hwang (2001)).

2.4 – Procura por Cuidados de Saúde Primários

Os CSP são ou deveriam ser o primeiro ponto de contacto com o SNS para os indivíduos, as famílias e a comunidade, atuando como *gatekeepers*, fazendo uma primeira avaliação e um correto encaminhamento. Em Portugal, a cobertura generalizada do território nacional pelos CSP é conseguida após a criação do SNS em 1979 – *Lei n.º 56/79* de 15 de setembro.

O conceito de CSP caracteriza-os como os cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade, e que têm como objetivo intervir nos principais problemas de saúde da comunidade, englobando ações de prevenção, de promoção, de reabilitação, de cuidados curativos, e de fim de vida (Biscaia et al., 2008).

Os CSP não só prestam cuidados de ambulatório, através das consultas agendadas, como dispõem também de atendimento de urgência sem que seja necessário o agendamento de consulta. Incluem programas de saúde materna e infantil, assim como o acompanhamento de doenças crónicas.

Em 1978, os CSP foram considerados na Conferência Internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS) / United Nations Children's Fund (UNICEF), como sendo a “chave” para atingir os objetivos de “Saúde para todos no ano 2000”, num documento que ficou conhecido como Declaração de Alma Ata (WHO, 1978). Neste documento os CSP foram definidos como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua



plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, como do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, possibilitando cuidados de saúde o mais próximo possível do local de residência e trabalho das pessoas, e constituem o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde” (ver Figura 3).



Figura 3 - Processo de Cuidados de Saúde.

Fonte: Adaptado de Sakellarides et al. (2009)

Como já foi referido na parte introdutória deste trabalho, em 2005 inicia-se em Portugal a reforma dos CSP. Segundo o relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários “apostou-se fortemente, e bem, na criação de Unidades de Saúde Familiar, como resposta tangível àquilo que as pessoas consideram ser de primordial relevância – cuidados de saúde de fácil acesso e boa qualidade de atendimento” (Sakellarides et al., 2009).

Ainda de acordo com o mesmo relatório, deve haver uma integração horizontal dos cuidados de saúde, pois “a reforma dos cuidados de saúde primários não se pode fazer adequadamente de uma forma desintegrada do conjunto do sistema de saúde”. Para a população é importante que haja “um elevado grau de integração e continuidade, que não seja afetado pelas fronteiras que separam os diversos setores no sistema de saúde”. “A reforma dos Cuidados de Saúde Primários tem que reconhecer que às pessoas



interessa circular facilmente, sem barreiras artificiais, entre os vários “setores” dos serviços de saúde, de forma a assegurar a continuidade, integração e qualidade (bons resultados) dos cuidados de saúde”.

Seria de esperar que perante os objetivos já descritos anteriormente com a criação das USF, para além da redução dos custos em saúde, se verificasse, uma redução da utilização de urgências hospitalares, face ao aumento da acessibilidade aos CSP. No entanto, Cortez (2009), num estudo sobre “O impacto da implementação das USF na procura dos serviços de urgência”, em que o objetivo seria “observar a variação da utilização das urgências hospitalares e verificar qual o impacto da implementação das USF na procura dos serviços de urgência”, concluiu que “não existe uma associação entre as USF implementadas e a diminuição das urgências hospitalares”, “embora as urgências tenham diminuído no valor global dos hospitais, a diminuição da utilização das urgências verificou-se em média em hospitais em que não foram implementadas USF e nos hospitais com USF houve um aumento médio da utilização das urgências hospitalares”.

Estas conclusões parecem ser contraditórias face ao que seria de esperar com a criação das USF. No entanto, esta autora sugere novos desenvolvimentos sobre este tema, uma vez que “estes resultados representam uma primeira análise da Reforma dos CSP e da implementação das USF”. Por outro lado, este estudo foi feito pouco tempo após a implementação das USF e por esse motivo o efeito na utilização das urgências hospitalares poderia ainda não ser visível. Cortez (2009) considera ainda que “hospitais de maiores dimensões são os que têm o maior número de USF associadas e o efeito “USF” poderá não ser tão expressivo, porque se tratam de Hospitais de fim de linha, recebendo principalmente utentes referenciados”, e que associado à utilização dos SU estão também as preferências dos utentes e a qualidade percebida, pelo que essa utilização não depende apenas do acesso ou da qualidade dos CSP.



Carret e Kawachi (2007), consideram que a continuidade de cuidados disponibilizada através dos CSP permite melhorar a relação entre médico e utente, bem como aumenta a adesão à terapêutica e facilita o acompanhamento e a educação para a saúde, levando conseqüentemente à diminuição do uso inadequado dos SU, diminuição das taxas de internamento e do número de exames de diagnóstico realizados.

Starfield e Macinko (2005) referem que os efeitos benéficos da promoção da saúde através dos CSP parecem ser evidentes. O foco nestes cuidados comparativamente aos cuidados de saúde secundários permite melhorar a saúde dos utentes através do acesso a serviços mais adequados, reduzir as desigualdades através de uma distribuição mais equitativa da saúde para as populações e, não menos importante, reduzir os custos associados à prestação de cuidados de saúde. Estes autores realizaram três revisões da literatura sobre este tema, sendo que estudos com dados dos anos 80 e 90 mostraram que os países com boa rede de cuidados de saúde primários tinham uma população mais saudável e que alguns aspetos políticos foram também muito importantes para o fortalecimento dessa mesma rede.

Ainda de acordo com estes autores, e utilizando dados mais recentes, os países orientados para os CSP têm melhores resultados em indicadores de saúde, sendo mais significativo para as taxas de mortalidade infantil e de baixo peso à nascença. Referem ainda que as zonas com um maior número de médicos de CSP por número de habitantes apresentam custos com cuidados de saúde mais baixos, em parte devido a uma melhor prevenção e a taxas de internamento mais baixas. Referem que o benefício dos CSP para a população se deve a seis fatores, isolados ou em conjunto. O primeiro é o melhor acesso aos serviços de saúde, sobretudo para grupos relativamente desfavorecidos, em que os CSP como primeiro ponto de contacto facilitam a entrada na restante rede de cuidados. Desta forma, os CSP reduzem ou eliminam as dificuldades de acesso aos cuidados. O segundo é a qualidade de atendimento, o terceiro é o maior foco na



prevenção, o quarto é o tratamento precoce dos problemas de saúde, permitindo atuar numa fase em que não existe ainda gravidade que implique internamento ou cuidados urgentes. O quinto fator é o efeito conjunto das principais características da prestação dos CSP, que permite um acompanhamento por um médico regular, recebendo desta forma cuidados preventivos mais apropriados e uma particular atenção para os problemas específicos dos utentes, permitindo desta forma reduzir os internamentos e as visitas aos SU comparativamente aos que não têm médico regular de CSP. O sexto é a potencial redução da necessidade de cuidados especializados, assim como de prescrições e de realização de exames de diagnóstico desnecessários e potencialmente prejudiciais.

A literatura reconhece de facto inúmeras vantagens de sistemas de saúde centrados em CSP. Farinha et al. (2008) testou alguns cenários de possíveis alterações nas políticas de interação entre cuidados de saúde primários e secundários e concluiu que é esperado que “um acompanhamento mais próximo dos utentes por um médico generalista leva a uma menor procura por cuidados de saúde secundários”, permitindo assim fornecer serviços de saúde a um custo menor, aumentando o papel da promoção da saúde.

2.5 – Procura por Cuidados de Saúde Secundários – Serviços de Urgência

Os cuidados de saúde secundários podem ser definidos como um conjunto de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento realizadas a doentes na fase aguda de doença, cujos episódios se caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios com tecnologia diferenciada. Habitualmente são prestados em unidades hospitalares e resultam em episódios de curta duração.

Em Portugal englobam os serviços de urgência hospitalares, os serviços de internamento e os serviços de ambulatório, sendo que o acesso a este tipo de cuidados é feito ou por referência dos CSP ou pelos SU. Para este trabalho importa rever e desenvolver a



literatura existente sobre os serviços de urgência em particular.

De acordo com Pereira et al. (2001), os serviços de urgência de hospitais públicos são partes essenciais do sistema de saúde, pois fornecem os cuidados a todos os que necessitam, incluindo os que não têm acesso a CSP.

O SU permite prestar um amplo conjunto de serviços médicos a doentes com patologias agudas ou vítimas de traumatismos, independentemente da natureza da queixa apresentada. Por outro lado, pelo facto de funcionar 24 horas por dia e 7 dias por semana, torna-se num serviço de fácil acessibilidade, permitindo o atendimento de todos os que o procuram e independentemente da sua capacidade de pagamento (Richardson e Hwang, 2001).

O excesso de procura pelos SU leva à sobrelotação destes serviços, que ocorre quando a procura excede a capacidade de resposta de prestação de cuidados dentro de um período de tempo razoável, trazendo desta forma inúmeras consequências, desde o risco acrescido para o doente, piores resultados, dor e sofrimento prolongado pelo tempo excessivo de espera até mesmo à violência resultante da insatisfação dos utentes e aumento da frustração dos profissionais de saúde. Em Portugal, o aumento da procura por serviços de urgência tem sido um foco de atenção e preocupação, assim como em muitos outros países. O elevado número de episódios menos urgentes, que poderiam ser observados numa unidade de CSP, não só faz aumentar os tempos de espera para observação de episódios urgentes, como aumenta o custo global dos cuidados de saúde (Mason et al., 2014).

O problema da sobrelotação destes serviços existe na maior parte dos Estados Unidos, assim como em cidades europeias, aumentando a preocupação com a sua disponibilidade para dar assistência médica a todos os que precisam (Pereira et al., 2001).



A crescente preocupação com este tema tem sido alvo de muitos estudos e muitas medidas e políticas de saúde têm sido implementadas em vários países, no sentido de reduzir a procura excessiva e conseqüente sobrelotação dos SU. No entanto, antes da implementação destas medidas é necessário avaliar as necessidades locais, de forma a garantir a acessibilidade aos cuidados de saúde.

Com o objetivo de reduzir a procura por serviços de urgência, e por serviços de transporte de ambulâncias, no Reino Unido foi criada em 1998 uma linha telefónica para aconselhamento relativamente a cuidados de saúde. No entanto, após avaliação deste serviço, verificou-se que esta medida teve pouco impacto na procura por serviços de ambulâncias e relativamente à procura por serviços de urgência também não houve nenhuma evidência que essa medida tenha tido qualquer impacto. Assim, mais tarde essa linha telefónica foi substituída por uma nova que permitia uma melhor ligação entre a triagem pelo telefone e os serviços de saúde. No entanto, uma avaliação dos primeiros quatro locais piloto mostrou que o impacto na redução da procura pelos SU e pela utilização de ambulâncias também não foi significativo (Mason et al., 2014). Segundo este autor, apesar do aumento no número de serviços alternativos para atendimento de urgência que foram implementados no Reino Unido em 2005 e 2009, estudos mostraram que não só não houve o impacto desejado de redução na procura por serviços de urgência, como parece ter aumentado a procura por serviços médicos. Este autor aponta ainda algumas razões para estes serviços alternativos não terem tido o impacto desejado, como a falta de consciência do público em geral, a perceção dos doentes sobre os seus problemas de saúde e a falta de incentivos aos prestadores de cuidados de saúde.

Em Portugal, à semelhança de Inglaterra, foi também implementada pelo Ministério da Saúde, em 1999, uma linha de telefone pediátrica – “Dói, Dói, Trim, Trim”, dirigida ao grupo etário dos 0-14 anos, para reduzir o recurso desnecessário às urgências



hospitalares, por parte dos pais, facilmente alarmados (ALERT, 2002). Esta linha teve aceitação crescente e demonstrou diminuir o afluxo aos serviços de urgência por parte da população alvo (MS, 2002). Atualmente esta linha designa-se de Saúde 24 e constitui um ponto de contacto direto do cidadão com o SNS, com os objetivos de proporcionar informação, aconselhar, encaminhar e facilitar a acessibilidade aos serviços de saúde em situação de doença, incluindo situações de urgência e de emergência (MS, 2010). Segundo o relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS, a Linha de Saúde 24 permite a “acessibilidade a um serviço universal e de elevada disponibilidade de atendimento, com uma taxa de eficácia de 97% no 1º trimestre de 2010”, a “promoção de uma menor concentração dos utentes nos serviços, evitando deslocações desnecessárias, em particular às urgências, mas, sempre que indicado, encaminhando doentes para uma observação clínica urgente”, contribuindo assim para a racionalização dos recursos nos serviços (MS, 2010).

Blunt et al. (2010) estudaram o aumento das admissões de urgência em Inglaterra entre 2004/05 e 2008/09. Segundo os mesmos, as admissões de urgência aumentaram de 4,4 milhões em 2004/05 para 5 milhões em 2008/09, mas a análise mostrou que o aumento nas admissões deve-se principalmente a novos casos individuais e não a readmissões. Apesar do envelhecimento da população ser um dos motivos apontados na literatura como uma das causas do aumento de episódios de urgência, este estudo mostra que, em Inglaterra, e no período referido anteriormente, o aumento de admissões de urgência ocorreu em doentes de todas as faixas etárias.

Derlet e Richards (2000) descrevem algumas das causas mais comuns de sobrelotação dos SU como: o aumento da complexidade dos doentes que chegam aos SU, resultante não só do envelhecimento da população, como do número de doentes com comorbilidades, que não só dificulta e torna demorada a avaliação do doente, como também implica a realização de mais exames de diagnóstico; o aumento do volume



global resultante do crescimento da população; a falta de camas de internamento; uso de mais recursos, pelo avanço da tecnologia que permite a realização de mais exames, o que leva a que mais cuidados sejam prestados, aumentando assim o tempo de permanência no SU; falta de enfermeiros experientes; falta de espaço físico.

Espinosa et al. (2002), também consideram que a sobrelotação dos SU é um problema grave dos hospitais, que leva não só à baixa satisfação dos utentes que recebem cuidados, como também ao aumento do risco de erro médico. Estes autores avaliaram os motivos de permanência dos doentes no SU num Hospital em Barcelona, em intervalos de 3 horas, e chegaram a conclusões idênticas às dos autores referidos no anterior parágrafo. De facto, concluíram que as quatro principais razões da permanência no SU foram: tempo de espera para observação médica, ou à espera de resultados de exames de diagnóstico; tempo de espera para realizar exames de diagnóstico específicos fora do SU, como TAC ou observação por especialista; tempo de espera a aguardar cama de internamento ou a aguardar o transporte até ao internamento; tempo de espera por familiares, assistente social ou transporte para fora do SU. Desta forma, consideram que são os próprios fatores hospitalares internos a principal razão para a sobrelotação dos SU e não os fatores externos, como os episódios de urgência inadequados, que justificam a sobrelotação destes serviços, e por isso devem ser assegurados os recursos necessários para atendimento dos doentes de forma rápida, assim como agilizar a articulação com os serviços de internamento hospitalares.

Entre 1995 e 2005, nos Estados Unidos, houve um forte crescimento da procura de cuidados de urgência, juntamente com uma diminuição significativa do número de unidades de saúde. Moskop et al. (2009) justificam o aumento da procura com o aumento do número de pessoas (quer pela maior longevidade, quer pela imigração), sem seguro de saúde e com a maior utilização de tecnologias disponíveis apenas nos hospitais. Relativamente ao problema da sobrelotação destes serviços, referem que as



causas deste fenómeno inicialmente eram atribuídas a “fatores de entrada”, como o uso dos serviços para situações não urgentes. No entanto, referem que pesquisas mais recentes sugerem que não será esta a causa da raiz do problema.

Segundo estes autores, a sobrelotação acontece principalmente quando há dificuldade em “drenar” os doentes do SU, como por exemplo para serviços de internamento que não têm camas disponíveis para receber doentes e por isso continuam no SU a aguardar vaga, levando ao congestionamento da urgência. Assim, consideram que os esforços não devem incidir na dissuasão do uso do SU para situações não urgentes, mas sim na capacidade de transferir doentes da urgência para os serviços de internamento. Como consequências da sobrelotação destes serviços, apontam para a ocorrência de erros que podem resultar de decisões apressadas de tratamento e com informações ainda limitadas, assim como do atraso de transferências, comunicação ineficaz entre profissionais e do atraso na reavaliação dos doentes após tratamentos ou após o plano já traçado pelo médico que os observou anteriormente.

Referem ainda que algumas situações de emergência, como enfarte agudo do miocárdio (EAM), acidente vascular cerebral (AVC), trauma, meningite e pneumonia, são situações em que os resultados finais são sensíveis ao tempo, ou seja, quanto mais demorado for o tratamento destas situações, piores serão os resultados. Para além disto, um elevado tempo de espera provoca dor e ansiedade nos doentes que aguardam atendimento. A falta de privacidade dos doentes também pode ocorrer em situações de sobrelotação, pela falta de condições físicas para acondicionar tantos doentes ao mesmo tempo.

De acordo com Derlet et al. (2001) o problema da sobrelotação é comum a hospitais universitários e privados, assim como em áreas rurais ou urbanas. Num estudo realizado nos Estados Unidos, com o objetivo de descrever os fatores associados a este problema sob o ponto de vista dos diretores dos SU, chegaram a conclusões semelhantes às já



referidas anteriormente. Neste estudo, as principais causas atribuídas foram o aumento da complexidade do doente, a falta de camas de internamento, o aumento do volume de doentes como consequência do aumento da esperança de vida, atrasos na realização de exames complementares de diagnóstico e falta de espaço físico, sendo que a complexidade dos doentes foi considerado o principal fator. Relativamente às consequências da sobrelotação a maioria dos inquiridos (diretores dos SU) relatou elevados tempos de espera e, conseqüentemente, atrasos no diagnóstico e tratamento. Sessenta e sete por cento dos diretores relataram maior risco de desenvolver complicações, tendo 18% referido também o sofrimento e a dor prolongada, como consequência.

Pereira et al. (2001) consideram que a sobrelotação dos SU pode ser uma consequência de muitas causas, como as elevadas taxas de ocupação dos internamentos, a escassez de camas de cuidados intensivos e de enfermarias, a falta de médicos e enfermeiros nas urgências, espaço inadequado dos SU, as transferências de doentes de hospitais privados, o aumento da afluência de doentes com doenças ou traumatismos graves, e uma procura crescente por cuidados de saúde. No entanto, segundo estes autores a razão mais apontada é um número excessivo de doentes com problemas menos graves, os chamados utilizadores “inadequados” dos SU.

A caracterização e quantificação dos "episódios inadequados" ou “não urgentes” tem sido problemática, e relativamente a este aspeto a literatura mostra uma notável falta de precisão, não existindo ainda critérios padrão para definição de um "episódio não urgente", sendo que por isso a metodologia de categorização não é uniforme, variando de fonte para fonte (Richardson e Hwang, 2001).

Segundo estes autores, a preocupação com o elevado custo dos cuidados de urgência teve início em 1990, existindo a crença generalizada de que os episódios de urgência inapropriados deveriam ser canalizados para CSP, resultando em economias



substanciais. De acordo com a mesma fonte, vários autores advertiram que a caracterização de "episódios não urgentes no SU" como "episódios de urgência inapropriados" pode não ser adequado, uma vez que o significado de episódios inapropriados varia de acordo com as diferentes perspetivas – do doente, dos profissionais e mesmo entre profissionais de acordo com a sua formação e experiência, e das companhias de seguros. Assim, consideram que como quase todos os SU do país usam o sistema de triagem para atender os doentes por prioridades, pode ser este mesmo sistema um possível mecanismo para limitar os cuidados não urgentes no SU.

Apesar da definição de "não urgentes" ainda não ser uniforme, existe consenso entre governo, políticos e seguradores de que o "uso do serviço de urgência para cuidados não urgentes é frequente e dispendioso" (Richardson e Hwang, 2001).

Diferentes autores referem que a percentagem de atendimentos "inapropriados" em hospitais dos EUA varia entre 10% a 80% e que em Portugal, segundo um relatório do Ministério da Saúde Português, em 1996 apenas 20% dos atendimentos eram verdadeiras urgências; no entanto, nenhum estudo foi feito em hospitais Portugueses para apoiar esta afirmação (Pereira et al., 2001). Estes autores realizaram um estudo para determinar a prevalência e avaliar os fatores associados a um episódio adequado no SU de um grande hospital público da cidade do Porto. Afirmam que o estudo realizado foi de dimensão suficiente para estimar com precisão a prevalência dos atendimentos apropriados. No entanto, apontam como principal limitação a definição de um episódio de urgência apropriado, uma vez que não existe nenhum instrumento de avaliação que seja aceite na generalidade para determinar a adequação dos episódios de urgência, logo as diferentes estimativas podem refletir a utilização dos diferentes critérios utilizados.

Assim, as diferentes percentagens de episódios inadequados apontadas em diferentes estudos, podem refletir os diferentes critérios utilizados para definir um episódio inadequado. Se só fossem considerados episódios adequados aqueles em que existe



risco de vida, o número de episódios considerados adequados seria muito inferior do que quando se considera a perspetiva do doente, assim como quando se considera a falta de fontes alternativas de cuidados.

Embora a definição de episódio adequado não seja consensual na literatura, o estudo realizado por Pereira et al. (2001) aponta para 68,7% a prevalência dos atendimentos adequados, um valor substancialmente maior do que o reportado pelo Ministério da Saúde Português para 1996. No entanto, independentemente do diagnóstico final, é difícil considerar que um episódio é inadequado quando o doente foi encaminhado para o SU ou quando o médico considera urgente realizar um determinado exame de diagnóstico. Segundo este estudo, os episódios adequados foram mais frequentes em homens do que em mulheres. Consideraram ainda que o principal critério de adequação foi a duração da queixa com duração de 24 horas ou menos, o que ocorreu em metade do que recorreram ao SU. As queixas de menor gravidade também podem ser consideradas adequadas quando o doente não tem outra fonte onde possa recorrer. Estes autores referem ainda que 28,5% dos doentes que não foram transferidos tinham já recorrido a um médico para as mesmas queixas, e que muitos doentes, além de procurar consulta médica, recorrem a um SU por ser de mais fácil acesso para exames de diagnóstico, assim como para consultas de especialidade.

Bianco et al. (2003) realizaram um estudo em Itália no sentido de avaliar a utilização de um SU para problemas não urgentes. De acordo com este estudo, as variáveis idade e género foram significativas, ou seja, os utentes mais jovens e do género feminino apresentaram maior tendência a utilizar o SU para problemas não urgentes. Relativamente ao motivo mais indicado para a escolha do SU como fonte de cuidados, tal foi o facto de acreditarem ser uma urgência. Segundo estes autores, este motivo foi mais frequentemente indicado por utentes com problemas não urgentes comparativamente a outros utentes. Segundo este estudo, 19,6% dos episódios no SU



foram não urgentes, ou seja, episódios que poderiam ter sido observados em contexto de CSP. Referem ainda que mais de dois terços dos utentes recorreram ao SU por iniciativa própria, e que comparativamente aos que recorreram ao SU após serem encaminhados por médicos, os que foram encaminhados apresentaram uma proporção significativamente menor de episódios não urgentes.

Num estudo realizado num município do Brasil, com o objetivo de identificar a prevalência e os fatores de risco para o uso inadequado dos SU, Carret et al. (2007) concluíram que a prevalência de uso inadequado do SU foi de 24,2%, com um grau de confiança de 95%. Dentro do grupo etário mais jovem, entre os 15 e os 49 anos, o uso inadequado foi maior entre as mulheres. Do grupo mais jovem que recorreu inadequadamente ao SU, uns apontaram como causa a falta de outra fonte de cuidados onde recorrer, a falta de disponibilidade no seu médico de família para serem observados sem consulta agendada e outros referiram o horário restrito dos CSP aos quais habitualmente recorrem. Entre os doentes mais velhos, com mais de 50 anos, concluíram que o maior nível de escolaridade, a ausência de doenças crónicas e a falta de apoio social são fatores associados ao uso inadequado dos SU. Segundo este estudo, até um quarto dos episódios de urgência nesse município deveria ter sido tratado no contexto dos CSP. No entanto, e como já foi referido, a prevalência da procura inadequada de SU depende dos critérios utilizados para definir a adequação.

Estes autores apontam ainda vários fatores que podem levar os utentes a escolher os SU em detrimento dos CSP, nomeadamente a possibilidade de atendimento no próprio dia e de realizar imediatamente análises e outros exames de diagnóstico, assim como a crença de que os SU conseguem resolver problemas mais complexos. No entanto, a falta de conhecimento por parte do utente não só leva à procura inadequada dos serviços, como também os expõe a usos excessivos de terapêuticas e de exames de diagnóstico. Perante estas considerações, defendem que além de aumentar o acesso e a qualidade dos



cuidados de saúde primários e secundários, é importante assegurar o necessário apoio social aos mais idosos, melhorar a relação entre os diferentes níveis de cuidados e desenvolver campanhas de educação para a população sobre o uso adequado de serviços médicos e sobre os riscos e desvantagens em usar os SU como fonte principal de cuidados.

Gomes (2013), num estudo realizado sobre o perfil do utilizador abusivo dos SU portugueses, concluiu que a prevalência da utilização abusiva foi de 60,67% durante o período de tempo estudado, e que os utentes que utilizam o SU de forma abusiva são na sua maioria não isentos de pagamento de taxas moderadoras. Esta autora concluiu ainda que, relativamente à Triagem de Manchester, um episódio não urgente tem 2,67 vezes mais probabilidade de apresentar um comportamento abusivo, e que à medida que aumenta a prioridade no sentido de urgência, diminui a probabilidade de apresentar um comportamento abusivo.

Segundo Ardagh e Richardson (2004), a sobrelotação provoca aumento dos tempos de espera, quer na triagem, quer para avaliação médica e tratamento, assim como sofrimento prolongado. Este autor aponta também como causa de sobrelotação: aumento da procura, falta de espaço físico, de recursos humanos, maior complexidade de doenças, aumento do tempo de permanência e falta de camas de internamento que não permite “escoar” os doentes para o seu destino final em tempo considerado útil. As causas variam de hospital para hospital e as intervenções que podem ser implementadas para reduzir a sobrelotação devem ser dirigidas à causa específica.

Segundo este autor, se a causa for o excesso de procura as intervenções devem estar relacionadas com uma melhoria do processo de referência entre clínicos gerais e serviços de urgência, assim como educar a comunidade para o acesso adequado ao SU e cuidados alternativos. Se a causa for o aumento do tempo de permanência no SU, as intervenções devem incluir a contratação de pessoal médico e de enfermagem, o



desenvolvimento de protocolos de gestão de doentes no SU, assim como uma triagem eficiente. A criação de camas de curta permanência onde os utentes podem permanecer em observação algumas horas permite reduzir o número de doentes que vão ocupar camas de internamento.

Da mesma forma, Carret et al. (2007) consideram que o uso inadequado dos SU por doentes com episódios não urgentes constitui um problema a nível mundial, independentemente do sistema de saúde e do tipo de financiamento. Estes autores defendem que a procura inadequada destes serviços não só reduz a qualidade dos serviços prestados, como diminui a disponibilidade de cuidados, dificultando o acesso para casos realmente urgentes, levando ainda ao aumento geral dos custos em saúde, além de poder ter um impacto prejudicial sobre os utilizadores inadequados, pois recebem terapêutica para sintomas agudos e realizam exames, acabando por não ter um acompanhamento e uma gestão da sua saúde a longo prazo. No entanto, para evitar que tal aconteça, consideram ser fundamental melhorar o acesso aos CSP, apostando na prevenção e na realização de consultas de rotina, permitindo o adequado encaminhamento para o hospital e consultas de especialidade sempre que necessário.

Pereira et al. (2001) referem que a sobrelotação dos SU leva a aumento dos tempos de espera e conseqüentemente a atrasos no atendimento de doentes com problemas graves, constituindo assim uma importante barreira no acesso aos cuidados de saúde, levando também ao aumento do número de doentes que abandona o SU sem ser observado por um médico.

Derlet (2002) também considera que a sobrelotação leva a aumento do tempo de espera, aumento da dor e sofrimento prolongado e em alguns casos maus resultados em saúde. Aponta como algumas das causas da sobrelotação o aumento da esperança de vida, a maior complexidade dos doentes com múltiplos problemas de saúde e ainda a sobrelotação dos internamentos, que faz com que seja elevado o tempo de saída do SU



para o internamento. Além disto, leva a uma sobrecarga de trabalho para a equipa do SU.

Hunter et al. (2013) referem que as políticas de saúde em muitos países têm como objetivo reduzir a afluência aos serviços de urgência, dirigindo a procura para outras alternativas de mais baixo custo, mas garantindo a prestação de cuidados de acordo com as necessidades dos utentes. Estes autores realizaram um estudo qualitativo sobre a escolha dos utentes na procura por cuidados de saúde urgentes, e concluíram que a procura por cuidados de saúde primários e secundários é influenciada por experiências anteriores. Através de entrevistas realizadas, muitos utentes relataram que preferem dirigir-se logo ao serviço de urgência pela possibilidade de realizar exames de diagnóstico no próprio dia, enquanto outros apontam as dificuldades em acesso aos CSP (como horário de atendimento ou atraso nas consultas) como o motivo para recorrer aos SU. Assim, e na tentativa de reduzir a afluência desnecessária aos serviços de urgência, consideram que as políticas devem passar pela reeducação dos utentes e pela reorganização dos sistemas de saúde, de forma a reduzir estes episódios não urgentes e altamente dispendiosos.

Para Clancy e Eisenberg (1997) a medicina de emergência não pode servir de porta de entrada no sistema de saúde, devendo ser parte integrante dos cuidados integrados. No entanto, pela facilidade de acesso e disponibilidade 24 horas por dia, serve muitas vezes para atender utentes que procuram cuidados de saúde e que não têm médico regular, ou que não conseguem consulta com o seu médico, ou ainda nos casos em que não têm seguro de saúde, servindo muitas vezes como fonte de cuidados de último recurso, quando não existe uma rede eficaz de cuidados de saúde primários.

Hoot e Aronsky (2008), através de uma revisão da literatura, identificaram algumas das causas mais frequentes de sobrelotação dos SU como sendo: o número de episódios não urgentes, os doentes frequentes e a época da gripe. Relacionaram os episódios não



urgentes com a dificuldade de acesso a CSP e apontaram estes como a principal causa de sobrelotação dos SU em grandes hospitais. Os doentes frequentes ou habituais estão também associados a queixas não urgentes e uma percentagem considerável destes doentes poderiam ser avaliados em cuidados de saúde primários.

Outras causas de sobrelotação encontradas por estes autores na literatura foram o insuficiente número de camas de internamento, assim como as altas taxas de ocupação hospitalares, a falta de enfermeiros e o aumento da realização e da disponibilidade de exames de diagnóstico, que faz aumentar o tempo de permanência no SU e conseqüentemente a sobrelotação destes serviços. As conseqüências ou efeitos negativos da sobrelotação destes serviços são vários, quer para os doentes, quer para os profissionais de saúde. Nos artigos que reviram, os autores encontraram como principais efeitos da sobrelotação: aumento do risco de mortalidade, diminuição da qualidade dos cuidados, aumento do tempo de espera e do tratamento, atrasos nos transportes, aumento do número de doentes que abandonam o SU sem serem observados, dos quais uma percentagem considerável necessitava de cuidados urgentes, e ainda aumento dos custos para o hospital, por um lado pelo aumento do tempo de permanência e, por outro, pela perda de potencial receita por utente. As soluções encontradas incluem o aumento de recursos, nomeadamente uma estrutura física mais adequada, recursos humanos, criação de unidades de curta permanência reduzindo assim o tempo de internamento desnecessário para situações agudas de rápida resolução, acelerar os resultados dos meios de diagnóstico diminuindo o tempo de permanência no SU, gerir melhor a procura, sobretudo dos episódios não urgentes, assegurando o acesso a CSP em tempo útil.

Uma revisão da literatura sobre este assunto foi também realizada por Carret et al. (2009), no sentido de medir a prevalência e os fatores associados com a utilização inadequada do SU em adultos. Referem que dos estudos revistos a prevalência variou



entre 20 e 40% e foi diretamente associada à idade e ao nível socioeconómico. Relativamente à idade, quanto mais jovens maior a probabilidade de utilização inadequada, até porque nos idosos a alta prevalência de doenças crónicas faz com que o recurso ao SU seja considerado adequado na maioria dos casos, mesmo em situações que poderiam ser geridas a níveis mais básicos de cuidados, uma vez que, mesmo nesses casos, os utentes acabam por realizar exames complementares ou por receber medicação no SU. Relativamente ao nível socioeconómico, os estudos apontam para uma associação direta entre o nível socioeconómico e uso inadequado do SU. Os indivíduos com maior rendimento têm maior acesso aos serviços de saúde em geral, sugerindo a desigualdade na saúde, o que acaba por agravar ainda mais a desigualdade, pois os indivíduos com maior rendimento acabam por utilizar mais o SU com queixas inadequadas, limitando assim o acesso da população de baixo rendimento, que não só tem necessidades maiores de cuidados de saúde, como também recorre mais frequentemente aos SU com problemas verdadeiramente urgentes.

Estes autores encontraram também algumas variáveis mais associadas com a utilização inadequada do SU: o género feminino, utentes sem comorbilidades, utentes sem médico regular ou sem local regular de cuidados. Foram também associados com a utilização inadequada a dificuldade no acesso aos CSP com dificuldades de agendamento de consulta, o maior tempo de espera para consulta, o facto de os CSP estarem menos tempo abertos relativamente aos SU. Esta revisão indica que problemas no acesso aos CSP são determinantes de uso inadequado dos SU. Para além disto, a facilidade de realização de exames de diagnóstico e tratamento no imediato foram também motivos apontados para a preferência pelo SU, assim como a maior facilidade de diagnóstico. Consideram também que é importante esclarecer a população acerca das situações em que devem procurar o SU e sobre as desvantagens de recorrer ao SU quando o caso não é realmente urgente.



Ainda segundo estes autores, a maioria dos estudos que investigaram a proximidade com o SU não mostrou associação significativa com a utilização inadequada, embora num estudo a proximidade com o SU tenha sido o principal motivo para queixas inapropriadas, e num outro estudo se tenha concluído que a distância foi um dos obstáculos à utilização dos CSP pelos utentes que recorreram ao SU de forma inadequada. Estes autores também encontraram em 16 estudos uma associação inversa entre a idade e o uso inadequado do SU. Dos estudos revistos, 5 demonstraram que indivíduos que foram ao SU por iniciativa própria tiveram maior probabilidade de usar o SU de forma inadequada, em comparação com os utentes que foram encaminhados por profissionais de saúde ou outros hospitais. Assim, a revisão da literatura realizada por estes autores indica que a prevalência de uso inadequado foi consistente num grande número de estudos, mesmo entre países com diferentes sistemas de cuidados de saúde. Como consequências do uso inadequado destes serviços identificaram não só o aumento dos custos, como a criação de uma barreira que impede o acesso ao SU para os casos realmente urgentes.

A preocupação com o aumento da procura pelos SU dos hospitais é de facto um problema comum a muitos países.

De acordo com Sempere-Selva et al. (2001) os SU dos hospitais estão a ser utilizados com uma frequência cada vez maior em Espanha. De 1984 para 1994 os episódios de urgência aumentaram de 9,2 milhões para 15,3 milhões, e uma grande parte deste aumento é atribuído aos episódios inapropriados ou não urgentes. Consideram que apesar de não haver consenso sobre o verdadeiro impacto da excessiva utilização destes serviços, este pode passar pela falta de continuidade de cuidados ou de acompanhamento do tratamento, contrastando com o que aconteceria caso houvesse maior seguimento pelos CSP. A excessiva utilização provoca ainda uma alteração dos recursos que seriam necessários para situações apenas de emergência, assim como leva



à sobrecarga de trabalho nos profissionais das urgência e de toda a organização hospitalar e ainda ao aumento dos custos, uma vez que supostamente os custos envolvidos com os SU são superiores aos que envolvem os CSP.

Estes autores também referem que a percentagem de episódios de urgência inadequados tem uma grande variabilidade a nível dos estudos encontrados. Esta variabilidade deve-se não só a fatores locais e diferenças da população estudada, mas principalmente à falta de consenso sobre a definição de "emergência" e, mais relevante ainda, a ausência de critérios para decidir a adequação dos cuidados para cada situação. Este estudo foi realizado para avaliar a adequação de episódios de urgência de um hospital universitário, procurando ainda analisar a associação entre o uso inadequado e os fatores específicos do episódio, identificando as razões que motivam o uso indevido do SU.

Os resultados deste estudo indicam que 79% dos utentes recorreram ao SU por iniciativa própria, ou seja, sem serem encaminhados, 12% foram encaminhados pelos seus médicos, e 4% foram encaminhados por um serviço de urgência exterior ao hospital. A maior proporção de episódios inadequados foi associada a utentes mais jovens. Relativamente ao género, não foram encontradas diferenças significativas neste estudo, assim como para o facto de morarem sozinhos, ou para a distância para o hospital. Também não foram encontradas diferenças significativas de episódios inadequados entre os utentes que recorreram ao SU por iniciativa própria (30,4% dos episódios inapropriados) ou pelos utentes que foram encaminhados por um médico (26,5%). Apesar de alguns estudos apontarem para diferenças significativas de episódios inadequados mediante o dia da semana, segundo este estudo também não houve diferenças significativas entre os dias da semana. Os resultados deste estudo indicam que o uso inadequado do SU foi observado em aproximadamente 30% dos episódios.

Ainda de acordo com estes autores, os fatores associados ao uso inadequado dos SU na



literatura espanhola revelam que está associado com utentes mais jovens, utentes que recorrem ao SU por iniciativa própria, com determinados dias da semana (particularmente segunda-feira), com a distância mais curta para o hospital, com utentes desempregados, com as populações mais urbanas e com listas de espera. Estes fatores incluem ainda o horário da manhã, o género (feminino), grupos sociais específicos (estrangeiros, os indivíduos de origem latina, utentes de raça negra - em estudos norte-americanos), pessoas sem-abrigo, os segurados, e ainda certas características que pertencem aos médicos de CSP. Este estudo também relata uma menor proporção de uso inadequado por parte de utentes idosos, tal como encontrado na restante literatura, o que contraria a crença generalizada de que os idosos usam os SU excessivamente.

Embora a literatura aponte para um maior uso inadequado no género feminino, este estudo não mostrou que o género seja um fator significativo. A distância ao hospital e uso inadequado também são muitas vezes apontados na literatura como estando associados, mas este estudo também não corrobora a associação entre a distância para o hospital e uso inadequado. Relativamente aos utentes que recorreram ao SU encaminhados de outros SU, este estudo mostrou uma proporção significativamente menor de uso inadequado do que naqueles utentes que recorreram por iniciativa própria. Já o mesmo não foi constatado para os utentes que foram encaminhados pelos médicos de CSP.

As principais razões para o uso inadequado apontadas neste estudo consistiram na maior confiança por parte do utente no SU relativamente aos CSP (51,1%), a conveniência para os utentes (18,1%) e as longas esperas anteriores para ter acesso a outros serviços de saúde (9,4%). Adicionalmente, a falta de familiaridade com os serviços de saúde alternativos também foi encontrada como motivo em 9,0% dos casos. Por outro lado, a disponibilidade de cuidados hospitalares, juntamente com a falta de disponibilidade de médicos de CSP, são as razões mais frequentemente relatadas por outros autores. Assim,



Sempere-Selva et al. (2001) consideram que as medidas corretivas a serem implementadas devem incidir na redução da procura (através por exemplo do ensino sobre os cuidados de saúde), em medidas para melhorar a acessibilidade dos CSP, em medidas que possam funcionar como barreiras ao acesso inadequado aos SU (como gatekeeping obrigatório, co-pagamentos), e em medidas organizacionais nos SU (como implementação de programas de triagem, recusando tratamento para os utentes não emergentes, e a prestação de cuidados de urgência por médicos de cuidados primários). No entanto, a eficácia destas medidas é controversa, pois começa logo pela dificuldade e falta de consenso em estabelecer uma definição de verdadeira "emergência".

Bellow e Gillespie (2014) referem que existem alguns modelos propostos para ajudar a explicar o fenómeno da sobrelotação dos SU. Um deles é o modelo de analogia cardíaca em que, tal como no coração, quando aumenta a pré-carga, o débito cardíaco também aumenta até um certo ponto, e qualquer novo aumento leva a uma diminuição do débito cardíaco. Usando este modelo, o débito cardíaco é análogo ao desempenho do sistema global do SU, incluindo a velocidade, satisfação do pessoal e doentes, e qualidade de atendimento. A frequência cardíaca é análoga à taxa em que os profissionais trabalham. O volume sistólico é análogo à quantidade total de trabalho produtivo num determinado período e é dependente da pré-carga, pós-carga e contratilidade. A pré-carga pode ser vista como o número de doentes que procuram os serviços. A pós-carga reflete qualquer resistência ao escoamento do SU como atrasos no internamento e disponibilidade de camas. A contratilidade é comparável com a flexibilidade da equipa do SU para responder às rápidas mudanças das condições de trabalho.

Ainda de acordo com este modelo, a sobrelotação do SU pode ser visto como uma falha no desempenho do sistema e baseia-se numa interação de vários fatores. A eficiência da equipa do SU e do processo de conceção subjacente determina a velocidade a que os profissionais dão resposta à procura dos serviços (pré-carga). Quando a procura é muito



alta, a equipa fica sobrecarregada. Embora aumente o volume de trabalho dos profissionais, a eficiência global diminui, resultando numa diminuição do desempenho de todo o sistema. Da mesma forma, sempre que a equipa encontra resistência ao escoamento do SU (aumento da pós-carga), o desempenho do sistema também diminui, resultando em sobrelotação do SU.

Assim, de acordo com os autores referidos anteriormente, os fatores que contribuem para a sobrelotação destes serviços são o aumento da complexidade dos doentes, o aumento global do volume de doentes, a diminuição de acesso aos CSP, a falta de camas de internamento, o evitar de internamentos tratando mais intensivamente no próprio SU, os atrasos nos resultados de exames complementares de diagnóstico, a escassez de pessoal de enfermagem e falta de apoio administrativo, a falta de médicos de permanência, a falta de espaço físico e/ou espaço inadequado, limitando o número de camas e macas no SU, as barreiras linguísticas e culturais entre médicos e doentes que resultam em mais atendimentos, e o aumento das exigências de processos burocráticos. Os fatores associados à procura por SU incluem os dados geográficos, o estado de saúde do doente, os seguros do doente e a disponibilidade de fontes alternativas de atendimento de urgência, incluindo CSP e de SU. Consideram ainda que o problema de sobrelotação dos SU tornar-se-á cada vez mais importante devido ao aumento da procura destes serviços, explicado em parte pelo envelhecimento da população.

Young e Sklar (1995) consideram que a reforma da saúde deve passar por garantir maior acesso aos CSP, reduzindo assim a procura por aqueles que recorrem ao SU sem problemas realmente urgentes, mas que não têm outra fonte de cuidados.

Murphy (1998) também refere que este tema da disponibilidade de serviços de CSP domina os estudos sobre as razões de escolha dos utentes pelos SU. Segundo este autor, nos EUA a “falta de um médico de família” foi identificada como a principal razão para a utilização dos SU para episódios não urgentes. No entanto como não existe nenhuma



definição aceite do que constitui um episódio "apropriado" no SU, a variabilidade em relação à proporção de episódios considerados inapropriados na literatura é enorme (de 6 – 80%). Relativamente aos episódios considerados inapropriados, refere que se devem à tomada de decisão dos utentes que preferem os SU em vez de recorrer ao seu *gatekeeper*, e depende também de fatores sociais, psicológicos e médicos.

Num estudo realizado em Portugal, mais concretamente na cidade de Espinho, Oliveira (2006) procurou as razões que levam os utentes a escolher entre as consultas urgentes que funcionam ao mesmo tempo, nomeadamente a consulta aberta no centro de saúde e a consulta de urgência no hospital, separadas por apenas vinte metros de distância. Concluíram que o espinhense tinha conhecimento do funcionamento das consultas, e que a sua opção era consequência da expectativa de momento. A consulta aberta no centro de saúde foi procurada nos casos de doenças crónicas, enquanto a unidade de urgência respondeu sobretudo aos casos de doenças agudas.

2.6 – Impacto do encerramento de serviços de saúde

O encerramento de serviços de saúde e de hospitais são eventos que causam grande preocupação na população em geral e grande impacto na população local onde ocorrem esses eventos. Além da preocupação gerada, este tipo de decisão deve ser devidamente estudada e ponderada, pelo impacto que pode ter na equidade e acessibilidade a cuidados de saúde nas populações.

Algumas causas para o encerramento de hospitais são apontadas na literatura (Liu et al. (2001); Reif et al. (1999); Muus et al. (1995); El Sayed et al. (2012)), como a subutilização dos serviços, o clima económico e político, e até mesmo má gestão. O impacto nas populações deste tipo de decisões é também alvo de estudo em muitos países e muitos artigos foram publicados neste sentido.



Muus et al. (1995) apontam como preocupações da população resultante do encerramento de hospitais: diminuição de acesso a cuidados médicos de emergência, diminuição de acesso a cuidados hospitalares, inconveniência de deslocação a outros serviços, estado de saúde dos mais vulneráveis como idosos e crianças, problemas de transporte e custos mais elevados para aceder a cuidados médicos.

Reif et al. (1999) referem também, como principais efeitos negativos do encerramento de hospitais, a perda de salas de emergência, dificuldades de acesso por problemas com transporte e problemas para as populações vulneráveis e com baixo rendimento. Através de entrevistas chegaram ainda à conclusão que populações das áreas mais distantes do hospital mais próximo afirmaram que o impacto do encerramento foi bastante significativo, enquanto as populações que estavam mais próximas do hospital consideraram menos significativo o referido encerramento.

Liu et al. (2001), ao avaliarem o impacto do encerramento de hospitais rurais no Canadá, concluíram que o encerramento pareceu não afetar negativamente o estado de saúde da população ou o acesso a serviços hospitalares com internamento. Estes autores concluíram que o impacto da reestruturação do sistema hospitalar no Canadá não foi tão grande como previsto, considerando que esses pequenos hospitais que foram encerrados tinham uma capacidade muito limitada para prestar cuidados a utentes em fase aguda de doença, e que as deseconomias de escala faziam com que tivessem custos elevados. Consideram, assim, que bons cuidados de saúde não dependem de pequenos hospitais, mas sim de estratégias para a prestação de cuidados de saúde primários e de bons serviços de urgência. No entanto, do ponto de vista da população, consideram ainda que estas mudanças são sempre muito problemáticas, pela perceção criada de dificuldades de acesso a cuidados de saúde.

Um estudo realizado em Boston avaliou o impacto do encerramento de um dos seus serviços de urgência, que ocorreu em Julho de 2010 e concentrou os atendimentos de



urgência num serviço apenas. Este estudo utilizou dados antes e após o encerramento e concluiu que após o encerramento desse serviço de urgência houve um aumento estatisticamente significativo nos intervalos médios de resposta das ambulâncias do Serviço de Emergência Médica. No entanto, o volume total de atendimentos do serviço de urgência diminuiu em 3,67 episódios por turno, e a proporção de doentes transportados pelos serviços de emergência médica para o serviço de urgência de Boston permaneceu inalterada durante as duas semanas antes e após o encerramento (El Sayed et al., 2012).

Buchmueller et al. (2006) estudaram o efeito do encerramento de hospitais em Los Angeles entre 1997 e 2003, relativamente ao acesso aos cuidados e a resultados em saúde. Concluíram que os idosos tendem a confiar mais nos hospitais e "relatam mais dificuldade de acesso a cuidados como resultado do encerramento". A restante população também tende a percecionar maior dificuldade de acesso aos cuidados mesmo quando há pouca mudança efetiva na utilização dos serviços. Relativamente aos resultados em saúde, encontraram evidências através de dados administrativos que o aumento da distância para o hospital mais próximo está associada a aumento de mortalidade para situações emergentes, como EAM; já para situações menos urgentes não encontraram qualquer impacto em termos de mortalidade. Referem ainda que, após o encerramento de um hospital, deve haver a implementação de meios não hospitalares para tratamento de situações emergentes, aumentando assim o bem-estar social.

Romero et al. (2012b) estudaram o impacto na população após o encerramento de um Centro Médico em Manhattan, do qual resultou a perda de uma sala de emergência, de um centro de trauma nível 1 e de vários serviços médicos de ambulatório e de urgência. Referem que o encerramento de hospitais tem um impacto significativo nas comunidades, e que estudos já realizados por outros autores mostraram associação entre os encerramentos (e o aumento da distância para o hospital mais próximo) e o aumento



de mortes por ataques cardíacos e por acidentes, entre outros resultados negativos, desde o potencial de sobrelotação dos hospitais da área, resultante do encerramento hospitalar, levando ao aumento da carga de trabalho dos hospitais que permanecem em funcionamento, causando fadiga, diminuição da qualidade e desta forma comprometendo os cuidados prestados. Para as populações vulneráveis o impacto pode ainda ser maior quando em comparação com a população em geral.

Estes autores referem que no seu estudo as experiências pós-encerramento foram em grande parte negativas, incluindo a diminuição de acesso, aumento do tempo e custo de viagem adicional, falta de atendimento, perda de cuidados de urgência e de outros cuidados especiais, assim como uma ansiedade generalizada associada ao desconhecido no caso de ocorrer uma situação de emergência. A falta de informação associada à incerteza sobre o paradeiro dos registos clínicos foi também referida. Houve também uma grande preocupação sobre o potencial impacto dos encerramentos em pessoas e grupos mais vulneráveis, como idosos e pessoas com baixos rendimentos. No entanto, não está claro até que ponto esses grupos vulneráveis podem ter sido desproporcionalmente afetados pelo encerramento do hospital.

Small e Paris (2013) também realizaram questionários à população após o encerramento de um serviço de urgência hospitalar; no geral os utentes referiram um impacto negativo sobre a facilidade de acesso aos serviços de saúde e poucos utentes conseguiram perceber os benefícios da centralização dos serviços.

Através de entrevistas realizadas após o encerramento de um Centro Médico, a antigos utilizadores, Romero et al. (2012a) concluíram que 65% referiu maior dificuldade para aceder a cuidados de saúde. Cinquenta por cento referiu aumento da distância e do tempo necessário para ter acesso aos cuidados de saúde e um terço referiu maior tempo de espera para ter consulta ou para ser observado. Das pessoas entrevistadas, 44% referiu que os serviços de saúde onde passaram a recorrer estavam sobrelotados.



Estes estudos mostram que a principal preocupação com o encerramento de serviços de saúde e hospitais é a acessibilidade, quer pela distância, quer pelos custos de deslocação. A preocupação em especial com as pessoas mais vulneráveis, quer pela idade, doenças crónicas ou baixo rendimento, é também referida pela generalidade. No entanto, e apesar da perceção por parte da população ser negativa, o potencial impacto negativo em termos de resultados reais em saúde é pouco referido e pouco estudado na literatura.

Sinay (1998) considera ainda que podem existir fortes economias de escala e de gama com o encerramento e a fusão entre hospitais, e que essas economias podem ser maiores ou menores consoante o volume de doentes e o número de serviços que os hospitais prestam.

2.7– Principais Conclusões da Revisão da literatura

Vários são os estudos e os artigos publicados relativamente à necessidade de canalizar recursos e dirigir a atenção para os cuidados de saúde primários, da necessidade de reestruturar os cuidados de saúde secundários e implementar medidas que possam combater o problema da sobrelotação dos SU, mantendo a equidade de cuidados às populações. Vários foram também os artigos revistos relativamente à problemática dos custos com cuidados de saúde e de medidas implementadas em vários países para travar esse crescimento de custos.

Os principais artigos da revisão de literatura e os seus principais contributos estão resumidos nas tabelas 2, 3, 4 e 5.

Neste sentido, surge a relevância do tema desta dissertação, cuja metodologia de trabalho será descrita na secção seguinte.



Artigo (Referência)	País	Principais Conclusões
“The costs of visits to emergency departments” (Williams, 1996)	Michigan - EUA	Analisando os custos marginais dos atendimentos no SU, este autor realizou um estudo, a partir de uma amostra de 6 hospitais no Michigan, usando dados sobre os custos dos serviços médicos hospitalares entre 1991 e 1993. Classificaram os episódios como não urgentes, semi-urgentes ou urgentes baseados no estado clínico dos doentes e na utilização efetiva do SU. Para os episódios classificados como não urgentes o custo médio foi de 62 dólares e o custo marginal foi de apenas 24 dólares. Para episódios semi-urgentes, o custo médio foi de 159 dólares e o custo marginal de 67 dólares, e para episódios urgentes o custo médio foi de 351 dólares e o custo marginal de 148 dólares, concluindo que os custos dos cuidados não urgentes nos SU são relativamente baixos, e que o potencial de poupança de um encaminhamento destes episódios para consultórios médicos, podem ser muito menos do que se acredita.

Tabela 2 - Estudos Relevantes: principais resultados e contribuições de estudos analisados na revisão da literatura sobre custos com cuidados de saúde.

Artigo (Referência)	País	Principais Conclusões
“Networks of primary and secondary care services: how to organize services so as to promote efficiency and quality in access while	Portugal (Setúbal – estudo de caso)	<p>Este trabalho propõe uma metodologia para estudar como as redes de serviços de cuidados de saúde primários e secundários podem ser melhoradas de modo a maximizar a qualidade do acesso e eficiência, e minimizar os custos na prestação de cuidados de saúde, no contexto de um serviço nacional de saúde.</p> <p>Os resultados mostraram um sistema dominado por cuidados de saúde secundários e cuidados altamente especializados (com maiores custos).</p> <p>Foram testados 3 cenários:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Aumento de 10% da procura: resultados indicaram que o sistema não estava preparado para lidar com um aumento da procura; *Mudança na distribuição de recursos, mobilizando Médicos dos Cuidados de Saúde Secundários para os CSP: resultados mostraram que poderia estimular o acesso aos CSP, reduzindo a procura pelos cuidados de saúde secundários, permitindo a prestação de



<p>reducing costs” (Farinha et al., 2008)</p>	<p>serviços de saúde a um menor custo. *Encerramento de 80% dos SU de pequena dimensão e transferência desses recursos para atendimento em ambulatório: resultados mostraram que seria necessário aumentar o horário de funcionamento dos serviços de ambulatório, mas que permitiria reduzir os custos totais do SNS em 7,37%.</p>
<p>“Contribution of Primary Care to Health Systems and Health” (Starfield et al., 2005)</p>	<p>Nova Iorque – 3 revisões de literatura de outros países</p> <p>O foco nos CSP comparativamente aos cuidados de saúde secundários permite melhorar a saúde dos utentes através do acesso a serviços mais adequados, reduzir as desigualdades através de uma distribuição mais equitativa da saúde para a população, e não menos importante reduzir os custos associados à prestação de cuidados de saúde.</p> <p>Segundo estes autores, estudos com dados dos anos 80 e 90 mostraram que os países com boa rede de CSP tinham uma população mais saudável e que alguns aspetos políticos foram também muito importantes para o fortalecimento dessa mesma rede. Utilizando dados mais recentes e ainda de acordo com estes autores, os países orientados para os CSP têm melhores resultados em termos de indicadores de saúde, sendo mais significativo para as taxas de mortalidade infantil e de baixo peso à nascença.</p> <p>De acordo com esta fonte, as zonas com um maior número de médicos de CSP por número de habitantes, apresentam custos com cuidados de saúde mais baixos, em parte devido a uma melhor prevenção e a taxas de internamento mais baixas. Referem que o benefício dos CSP para a população se deve a seis fatores, isolados ou em conjunto. O primeiro, é o melhor acesso aos serviços de saúde, sobretudo para grupos relativamente desfavorecidos, em que os CSP como primeiro ponto de contacto, facilitam a entrada na restante rede de cuidados, reduzindo assim as dificuldades de acesso. O segundo, é a qualidade de atendimento; o terceiro, é o maior foco na prevenção; o quarto, é o tratamento precoce dos problemas de saúde, permitindo atuar numa fase em que não existe ainda gravidade que implique internamento ou cuidados urgentes. O quinto fator, é o efeito conjunto das principais características da prestação dos CSP e o sexto é a potencial redução da necessidade de cuidados especializados, assim como de prescrições e de realização de exames de diagnóstico desnecessários e potencialmente prejudiciais.</p>

Tabela 3 - Estudos Relevantes: principais resultados e contribuições de estudos analisados na revisão da literatura sobre procura por cuidados de saúde primários.



Artigo (Referência)	País	Principais Conclusões
<p>“Innovations to reduce demand and crowding in emergency care” (Mason et al., 2014)</p>	Reino Unido	Segundo este artigo, intervenções como a definição de objetivos de tempos de espera para os serviços de urgência e serviços de aconselhamento por telefone podem não ser muito eficazes. A criação de locais alternativos para atendimentos de urgência, assim como de serviços de aconselhamento telefônico, parecem ter tido a consequência (não intencional) de aumentar a procura por serviços médicos, em vez de reduzir essa procura.
<p>“Overcrowding in the Nation’s Emergency Departments: Complex Causes and Disturbing Effects” (Derlet e Richards, 2000)</p>	EUA	<p>Causas de sobrelotação dos SU: Envelhecimento da população; Complexidade dos doentes com várias doenças crónicas; avanço da tecnologia que permite um aumento da sobrevivência; aumento de volume de utentes pelo crescimento da população; dificuldades de acesso a outros cuidados de saúde; falta de camas de internamento; permanência dos doentes em unidades de curta permanência no SU para evitar internamento prolongado; atraso dos meios complementares de diagnóstico – MCDT; falta de Enfermeiros, de pessoal administrativo e de Médicos Especialistas; falta de espaço físico.</p> <p>Efeitos da sobrelotação: aumento da dor e sofrimento dos utentes; segurança em risco; longa espera e insatisfação dos utentes; redução da produtividade dos profissionais; violência; efeitos negativos no ensino no caso de Hospitais Universitários.</p>
<p>“Emergency department overcrowding – can we fix it?” (Ardagh e Richardson, 2004)</p>	Nova Zelândia	A sobrelotação dos SU está relacionado com o aumento da procura, a falta de espaço físico, de recursos humanos, maior complexidade de doenças, aumento do tempo de permanência no SU e falta de camas de internamento que não permite “escoar” os doentes para o seu destino final em tempo considerado útil. Referem que as causas variam de hospital para hospital e consideram que as intervenções que podem ser implementadas para reduzir a sobrelotação devem ser dirigidas à causa específica.
<p>“A qualitative study of patient choices in using emergency health care for long-term conditions: The importance of candidacy</p>	Reino Unido	Este estudo baseado em entrevistas a utentes mostra que a procura por cuidados de saúde primários e secundários é influenciado por experiências anteriores. Muitos utentes relataram que preferem dirigir-se logo ao SU pela possibilidade de realizar exames de diagnóstico no próprio dia, enquanto outros apontam as dificuldades em marcação de consulta nos CSP, como o motivo para recorrer aos SU.



and recursivity”
(Hunter et al., 2013)

“Demand for emergency
health service: factors
associated with
inappropriate use”
(Carret et al., 2007)

Brasil

Este estudo teve como objetivo identificar a prevalência e os fatores de risco para o uso inadequado dos SU no município de Pelotas no Brasil, e concluiu, que a prevalência do uso inadequado do SU foi de 24,2%, para um intervalo de confiança de 95%. Dentro do grupo etário mais jovem, entre os 15 e os 49 anos o uso inadequado foi maior entre as mulheres. Do grupo mais jovem que recorreu inadequadamente ao SU, uns apontaram como causa: a falta de outra fonte de cuidados onde recorrer; a falta de disponibilidade do seu Médico de família para serem observados sem consulta agendada; outros referiram o horário restrito dos CSP onde recorrem habitualmente. Entre os utentes com mais de 50 anos, concluíram que o maior nível de escolaridade, a ausência de doenças crónicas e a falta de apoio social, são fatores associados com o uso inadequado dos SU. Segundo este estudo, até um quarto dos episódios de urgência naquele município, deveriam ter sido tratados em contexto de CSP. No entanto, a prevalência da procura inadequada pelo SU, depende dos critérios utilizados para definir a adequação.

Estes autores, apontaram ainda vários fatores que podem levar os utentes a escolher os SU em detrimento dos CSP, nomeadamente: a possibilidade de atendimento no próprio dia; de realizar análises e outros exames de diagnóstico no imediato; a crença de que os SU conseguem resolver problemas mais complexos. No entanto, a falta de conhecimento por parte do utente não só leva à procura inadequada dos serviços como também os expõe a terapêuticas e exames de diagnóstico excessivos.

Estes autores defendem que além de aumentar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde primários e secundários, é importante assegurar o necessário apoio social aos mais velhos, melhorar a relação entre os diferentes níveis de cuidados e desenvolver campanhas de educação para a população sobre o uso adequado de serviços médicos e sobre os riscos e desvantagens em usar os SU como fonte principal de cuidados.

“Appropriateness of
Emergency Department
Visits in a Portuguese
University Hospital”
(Pereira et al., 2001)

Porto - Portugal

Este estudo aponta para 68,7% a prevalência dos atendimentos adequados nos SU, um valor substancialmente maior do que o reportado pelo Ministério da Saúde Português para 1996. No entanto, independentemente do diagnóstico final, é difícil considerar episódio inadequado quando o doente foi encaminhado para o SU ou quando o Médico considera urgente realizar um determinado exame de diagnóstico. Segundo este estudo, os episódios adequados foram mais frequentes em homens do que em mulheres. Consideraram ainda como principal critério de adequação, a duração da queixa igual ou inferior a 24 horas, o que ocorreu em metade dos que recorreram ao SU. As queixas de menor gravidade também podem ser consideradas adequadas quando o doente não tem outra fonte onde possa recorrer. Muitos doentes, além de procurar consulta médica, recorrem a um SU por ser de mais fácil acesso para exames de diagnóstico, assim como para consultas de especialidade.



<p>“Effects of External and Internal Factors on Emergency Department Overcrowding” (Espinosa et al., 2002)</p>	<p>Barcelona - Espanha</p>	<p>Estes autores avaliaram os motivos de permanência dos doentes no SU num Hospital em Barcelona, em intervalos de 3 horas e chegaram à conclusão que as 4 principais razões da permanência contínua no SU foram: o tempo de espera para observação médica, ou por resultados de exames de diagnóstico; tempo de espera para realizar exames de diagnóstico específicos fora do SU, como TAC ou observação por especialista; tempo de espera a aguardar cama de internamento ou a aguardar o transporte até ao internamento; tempo de espera por familiares, assistente social ou transporte para fora do SU.</p> <p>Consideram que são os próprios fatores hospitalares internos, a principal razão para a sobrelotação dos SU e não os fatores externos como os episódios de urgência inadequados, e por isso devem ser assegurados os recursos necessários para o atendimento dos doentes de forma rápida, assim como agilizar a articulação com os serviços de internamento hospitalares.</p>
<p>“Emergency Department Crowding, Part 1 - Concept, Causes, and Moral Consequences” (Moskop et al., 2009)</p>	<p>EUA</p>	<p>Entre 1995 e 2005, nos Estados Unidos, houve um forte crescimento da procura de cuidados de urgência, juntamente com uma diminuição significativa do número de unidades de saúde. Segundo estes autores, o aumento da procura é justificado com o aumento do número de pessoas (quer pela maior longevidade, quer pela imigração), pelo aumento do número de pessoas sem seguro de saúde e pela maior utilização de tecnologias disponíveis apenas nos hospitais.</p> <p>Relativamente ao problema da sobrelotação destes serviços, referem que as causas deste fenómeno, inicialmente eram atribuídas a “fatores de entrada”, como o uso dos serviços para situações não urgentes, no entanto, referem que pesquisas mais recentes sugerem que não será esta a raiz do problema. Consideram que a sobrelotação acontece principalmente quando há dificuldade em “drenar” os doentes do SU, como por exemplo para serviços de internamento que não têm camas disponíveis para receber doentes e por isso continuam no SU a aguardar vaga, levando ao congestionamento da urgência.</p> <p>Como consequências da sobrelotação apontam para a ocorrência de erros que podem resultar de decisões apressadas de tratamento e com informações ainda limitadas, assim como do atraso de transferências, comunicação ineficaz entre profissionais e do atraso na reavaliação dos doentes após tratamentos ou após o plano já traçado pelo Médico que observou anteriormente. Referem ainda, que algumas situações de emergência como Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), acidente vascular cerebral (AVC), trauma, meningite e pneumonia, são situações em que os resultados finais são sensíveis ao tempo, ou seja, quanto mais demorado for o tratamento destas situações, pior serão os resultados. Para além disto, o tempo de espera demorado, provoca nos doentes dor e ansiedade. A falta de privacidade dos doentes também pode ocorrer em situações de sobrelotação, pela falta de condições físicas para acondicionar tantos doentes ao mesmo tempo.</p>
<p>“Systematic review of emergency department crowding: causes, effects,</p>		<p>Através de uma revisão da literatura identificaram algumas das causas mais frequentes de sobrelotação dos SU como sendo: o número de episódios não urgentes, os doentes frequentes e a época da gripe. Relacionaram os episódios não urgentes com a dificuldade de acesso aos CSP e apontaram esta, como a principal causa de sobrelotação dos SU em grandes hospitais. Os doentes</p>



and solutions”
(Hoot e Aronsky, 2008)

frequentes ou habituais estão também associados a queixas não urgentes e uma percentagem considerável destes doentes poderiam ser avaliados em CSP. Outras causas de sobrelotação encontradas por estes autores na literatura, foram o insuficiente número de camas de internamento, assim como as altas taxas de ocupação hospitalares, a falta de Enfermeiros e o aumento da realização e da disponibilidade de exames de diagnóstico que faz aumentar o tempo de permanência no SU e conseqüentemente a sobrelotação destes serviços.

Os autores encontraram alguns dos principais efeitos da sobrelotação, nos artigos que reviram: aumento do risco de mortalidade, diminuição da qualidade dos cuidados, aumento do tempo de espera e do tratamento, atraso nos transportes, aumento do número de doentes que abandonam o SU sem serem observados, dos quais uma percentagem considerável necessitava de cuidados urgentes, e ainda, aumento dos custos para o hospital por um lado, pelo aumento do tempo de permanência, e por outro pela perda de potencial receita por utente.

As soluções encontradas por estes autores na literatura incluem: o aumento de recursos, nomeadamente de uma estrutura física mais adequada, recursos humanos, criação de unidades de curta permanência reduzindo assim o tempo de internamento desnecessário para situações agudas e de rápida resolução, acelerar os resultados dos meios de diagnóstico diminuindo o tempo de permanência no SU, gerir melhor a procura sobretudo dos episódios não urgentes, assegurando o acesso a CSP em tempo útil.

Os fatores que contribuem para a sobrelotação destes serviços são:

- O aumento da complexidade dos doentes; o aumento global do volume de doentes; diminuição do acesso aos CSP; falta de camas de internamento; o evitar internamentos tratando mais intensivamente no próprio SU; atrasos nos resultados de exames complementares de diagnóstico; escassez de pessoal de enfermagem e falta de apoio administrativo; falta de médicos de permanência; falta de espaço físico e/ou espaço inadequado, limitando o número de camas e macas no SU; as barreiras linguísticas e culturais entre médicos e doentes, resultando em mais atendimentos; aumento das exigências de processos burocráticos.

Segundo este autor, existem alguns modelos que foram propostos para ajudar a explicar o fenómeno da sobrelotação dos SU. Um deles é o modelo de analogia cardíaca, em que, tal como no coração, quando aumenta a pré-carga, o débito cardíaco também aumenta até um certo ponto, e qualquer novo aumento leva a uma diminuição do débito cardíaco. Usando este modelo, o débito cardíaco é análogo ao desempenho do sistema global do SU, incluindo a velocidade, satisfação do pessoal e utentes, e qualidade de atendimento. A frequência cardíaca é análoga à taxa em que os profissionais trabalham. O volume sistólico é análogo à quantidade total de trabalho produtivo num determinado período e é dependente da pré-carga, pós-carga e contratilidade.

A pré-carga pode ser visto como o número de doentes que procuram os serviços. A pós-carga reflete qualquer resistência ao escoamento do SU, como atrasos no internamento e disponibilidade de camas. A contratilidade é comparável com a flexibilidade

**“The evolution of ED
crowding”**
(Bellow e Gillespie, 2014)



da equipa do SU para responder às rápidas mudanças das condições de trabalho. Ainda de acordo com este modelo, a sobrelotação do SU pode ser visto como uma falha no desempenho do sistema e baseia-se numa interação de vários fatores. A eficiência da equipa do SU e do processo de conceção subjacente, determina a velocidade a que os profissionais dão resposta à procura dos serviços (pré-carga). Quando a procura é muito alta, a equipa fica sobrecarregada. Embora aumente o volume de trabalho dos profissionais, a eficiência global diminui, resultando numa diminuição do desempenho de todo o sistema. Da mesma forma, sempre que a equipa encontra resistência ao escoamento do SU (aumento da pós-carga), o desempenho do sistema também diminui, resultando na sobrelotação do SU.

Os fatores associados à procura pelo SU, incluem os dados geográficos, o estado de saúde do doente, os seguros do doente e a disponibilidade de fontes alternativas de atendimento de urgência, incluindo CSP. Segundo estes autores, o problema de sobrelotação dos SU tornar-se-á cada vez mais importante devido ao aumento da procura destes serviços, explicado em parte pelo envelhecimento da população.

Tabela 4 - Estudos Relevantes: principais resultados e contribuições de estudos analisados na revisão da literatura sobre procura por cuidados de saúde secundários – serviços de urgência.

Artigo (Referência)	País	Principais Conclusões
“Community perceptions of rural hospital closure” (Muus et al., 1995)	EUA	As preocupações da população após o encerramento de uma unidade hospitalar são: dificuldade no acesso aos cuidados médicos, hospitalares e a serviços de urgência, e inconveniência da mudança.
“Community Perceptions of the Effects of Rural Hospital Closure on Access to Care”	EUA	Principais efeitos negativos do encerramento de hospitais: perda de salas de emergência, dificuldade de acesso por problemas com transporte, problemas para as populações mais vulneráveis e com baixo rendimento. Através de entrevistas chegaram ainda à conclusão que populações das áreas mais distantes do hospital mais próximo, afirmaram que o impacto do encerramento foi bastante significativo, enquanto as populações que estavam mais próximas do hospital



(Reif et al., 1999)		consideraram menos significativo o referido encerramento.
“Impact or rural hospital closures in Saskatchewan, Canada” (Liu et al., 2001)	Canadá	<p>O encerramento de pequenos hospitais rurais não pareceu afetar negativamente o estado de saúde dessas populações ou o acesso a serviços hospitalares com internamento.</p> <p>Concluem que, a prestação de cuidados de saúde com qualidade não depende da presença de pequenos hospitais sem capacidade para prestar cuidados em fase aguda de doença, mas sim de abordagens criativas para a prestação de CSP, de bons SU e de uma melhor comunicação com a população sobre a intenção de resultados com a implementação das mudanças.</p>
“How far to the hospital? The effect of hospital closures on access to care” (Buchmueller et al., 2006)	Los Angeles	<p>Estes autores estudaram o efeito do encerramento de hospitais em Los Angeles entre 1997 e 2003, relativamente ao acesso aos cuidados e a resultados em saúde. Concluíram que, os idosos tendem a confiar mais nos hospitais e "relatam mais dificuldade de acesso a cuidados como resultado do encerramento". A restante população, também tende a perceber maior dificuldade de acesso aos cuidados, mesmo quando há pouca mudança efetiva na utilização dos serviços. Relativamente aos resultados em saúde, encontraram evidências através de dados administrativos, que o aumento da distância para o hospital mais próximo está associado ao aumento da mortalidade para situações emergentes, como enfarte agudo do miocárdio. Para situações menos urgentes, não encontraram qualquer impacto em termos de mortalidade. Referem ainda, que após o encerramento de um hospital, deve haver a implementação de meios não hospitalares para tratamento de situações emergentes, aumentando assim o bem-estar social.</p>
“Impact of the closure of a large urban Medical Center: A Qualitative Assessment (Part I)” (Romero et al., 2012 b)	Nova Iorque	<p>Estes autores estudaram o impacto na população após o encerramento de um Centro Médico em Manhattan, da qual resultou a perda de uma sala de emergência, de um centro de trauma nível 1 e de vários serviços médicos de ambulatório e de urgência. Referem que, o encerramento de hospitais tem um impacto significativo nas comunidades, e que estudos já realizados por outros autores mostraram associação entre os encerramentos (e o aumento da distância para o hospital mais próximo) e o aumento de mortes por ataques cardíacos e por acidentes, entre outros resultados negativos, desde o potencial de sobrelotação dos hospitais da área, resultante do encerramento hospitalar, levando ao aumento da carga de trabalho dos hospitais que permanecem em funcionamento, causando fadiga, diminuição da qualidade e desta forma comprometendo os cuidados prestados. Para as populações vulneráveis o impacto pode ainda ser maior, quando em comparação com a população em geral.</p> <p>Estes autores referem que, no seu estudo, as experiências pós-encerramento, foram em grande parte negativas, incluindo a dificuldade no acesso, aumento do tempo e custo de viagem adicional, perda de cuidados de urgência e de outros cuidados especializados, assim como uma ansiedade generalizada associada ao desconhecido no caso de ocorrer uma situação de urgência. A falta de informação associada à incerteza sobre o paradeiro dos registos clínicos foi também referida. Houve também uma grande preocupação sobre o potencial impacto do encerramento, em pessoas e grupos mais vulneráveis, como idosos e pessoas com baixos</p>



	rendimentos. No entanto, não está claro até que ponto esses grupos podem ter sido desproporcionalmente afetados pelo encerramento do hospital.
<p>“Impact of the closure of a large urban Medical Center: A Qualitative Assessment (Part II)” (Romero et al., 2012a)</p> <p>Nova Iorque</p>	<p>Após o encerramento do Centro Médico de Manhattan, 65% dos antigos utilizadores referiram maior dificuldade para aceder a cuidados de saúde. Cinquenta por cento referiu aumento da distância e tempo necessário para ter acesso aos cuidados de saúde e um terço referiu maior tempo de espera para ter consulta ou para ser observado. Das pessoas entrevistadas, 44% referiu que os serviços de saúde onde passaram a recorrer, estavam sobrelotados.</p>

Tabela 5 - Estudos Relevantes: principais resultados e contribuições de estudos analisados na revisão da literatura sobre o impacto do encerramento de serviços de saúde.



3 – METODOLOGIA

3.1 – Questões de pesquisa

As questões de investigação permitem orientar para o tipo de informação a ser recolhida, definindo a abrangência de dados para responder a um problema.

Assim, esta dissertação deve responder a 3 principais questões:

1. Qual o impacto do encerramento do SUB de Valongo, na procura pelo SUP do HSJ?
2. Qual o impacto do encerramento do SUB de Valongo, na procura pelos CSP da área de Valongo?
3. O encerramento do SUB de Valongo permitiu reduzir custos em saúde?

3.2 – Objetivo de estudo

O objetivo de um estudo é o alvo da pesquisa, que neste trabalho, como já foi dito anteriormente, é avaliar o impacto do encerramento do SUB do Hospital de Valongo, na procura pelo SUP do Hospital de São João e pelos CSP de Valongo.

Assim, os objetivos específicos desta dissertação são os seguintes:

- Verificar se houve um aumento ou diminuição da afluência de utentes da área de Valongo no SUP do HSJ após o encerramento do SUB de Valongo;
- Verificar se houve um aumento ou diminuição da afluência de utentes da área de Valongo nos CSP de Valongo após o encerramento do SUB de Valongo;
- Verificar qual a variação em termos de gravidade dos utentes de Valongo que



recorreram ao SUP do HSJ após o encerramento do SUB de Valongo;

- Verificar qual a variação em termos de diagnóstico dos utentes de Valongo que recorreram aos CSP de Valongo após o encerramento do SUB de Valongo;
- Perceber se o encerramento do SUB de Valongo permitiu reduzir custos com cuidados de saúde, mantendo a acessibilidade de cuidados.

3.3 – Desenho Metodológico

Para este estudo foram utilizados dados eletrónicos de uma população do serviço de urgência do Hospital de São João, do Hospital de Valongo e dos CSP de Valongo. Foram considerados apenas utentes com idade igual ou superior a 18 anos.

Na seleção de dados dos serviços de urgência, foram considerados: volume de utentes, género, idade, área geográfica, tipo de isenção, classificação da triagem de Manchester e código ICD (ICD - International Classification of Diseases) (WHO, 2011). Na seleção de dados dos CSP de Valongo foram considerados: volume de utentes, género, idade, área geográfica, tipo de isenção e código ICPC (ICPC – International Classification of Primary Care) (MS, 2011).

O método de colheita de dados utilizado foi a recolha de dados administrativos e clínicos (através da base de dados do SONHO, ALERT e SIARS), relativamente aos Hospitais e Centros de Saúde referidos anteriormente, para um período de aproximadamente 6 meses (15 de julho de 2013 a 31 de dezembro 2013) antes do encerramento do serviço de urgência do Hospital de Valongo e para um período homólogo após o encerramento (15 de julho 2014 a 31 de dezembro 2014).

Para a recolha dos dados foi realizado um pedido formal à comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João, e ao Departamento de Estudos e Planeamento da Administração



Regional de Saúde (ARS) do Norte.

A Tabela 6 resume a etapa de recolha dos dados que foi descrita anteriormente.

Recolha de Dados				
Período Temporal dos dados	Fonte de dados	Método de Colheita dos Dados	Seleção de Dados	
15 de julho 2013 a 31 de dezembro 2013	SUP HSJ	SONHO, ALERT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº de utentes; ▪ Idade; ▪ Género; ▪ Tipo de isenção; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nível de prioridade atribuída; ▪ Concelho; ▪ Código ICD.
	SUB Valongo	SONHO, ALERT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº de utentes; ▪ Idade; ▪ Género; ▪ Tipo de isenção; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nível de prioridade atribuída; ▪ Concelho; ▪ Código ICD.
	CSP Valongo	SIARS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº de utentes; ▪ Idade; ▪ Sexo; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de Isenção; ▪ Concelho; ▪ Código ICPC 2.
15 de julho 2014 a 31 de dezembro 2014	SUP HSJ	SONHO, ALERT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº de utentes; ▪ Idade; ▪ Género; ▪ Tipo de isenção; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nível de prioridade atribuída; ▪ Concelho; ▪ Código ICD.
	CSP Valongo	SIARS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº de utentes; ▪ Idade; ▪ Género; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de Isenção; ▪ Concelho; ▪ Código ICPC 2.

Tabela 6 – Recolha de Dados

Foram excluídos da análise os utentes com menos de 18 anos, referentes aos CSP e ao SUB de Valongo, uma vez que se utilizaram apenas dados do SUP de adultos do HSJ, que atende utentes a partir dos 18 anos, sendo que os utentes com idade inferior são atendidos na urgência de pediatria. Por outro lado, a exclusão dos utentes com idade inferior a 18 anos prende-se também com o pressuposto de que a partir dos 18 anos o recurso aos serviços de saúde seja feito de forma voluntária.



Foi feita uma análise de comparação entre os episódios de urgência por áreas geográficas, usando a Triagem de Manchester realizada na admissão dos utentes nos SU. Para os CSP, a comparação foi feita usando os códigos ICPC, também por áreas geográficas.

A Tabela 7 mostra a descrição associada às cores atribuídas na Triagem de Manchester.

Cor da Pulseira	Classificação	Tempo de Atendimento	Descrição
VERMELHO	Emergente	Imediato	Necessita de atendimento imediato
LARANJA	Muito Urgente	10 minutos	Necessita de atendimento o mais prontamente possível
AMARELO	Urgente	60 minutos	Não é considerada uma emergência, já que possui condições clínicas para esperar
VERDE	Pouco Urgente	120 minutos	É o caso menos grave que exige atendimento médico mas pode ser assistido em ambulatório
AZUL	Não Urgente	240 minutos	É o caso de menor complexidade e sem problemas recentes. Estes casos devem ser acompanhados em ambulatório
BRANCO	Outras situações	Não definido	Habitualmente incluem situações de reavaliação clínica que recorrem ao SU por indicação Médica

Tabela 7 – Triagem de Manchester

Nesta análise, foi considerada apenas para comparação as alterações de procura para a população da área de Valongo, uma vez que outras áreas, como por exemplo algumas freguesias de Gondomar, que também eram atendidas no SUB de Valongo, passaram a ter como referência, após o encerramento do SUB de Valongo, o SU do Centro Hospitalar do Porto.



Para este estudo foram também comparadas as visitas, quer nos Hospitais, quer nos CSP, pela isenção, sendo que foram considerados dois grupos específicos: os utentes isentos de taxas moderadoras, e os utentes não isentos de taxas moderadoras e por isso mais propensos a ser afetados pela mudança, uma vez que a taxa a pagar num serviço de urgência polivalente é superior à taxa a pagar num serviço de urgência básico (ver Tabela 8).

Taxas moderadoras			
	2013	2014	2015
SUB	15,45 €	15,50€	15,45 €
SUMC	18,00 €	18,00 €	18,00 €
SUP	20,60€	20,65€	20,59€

Tabela 8 – Valor das taxas moderadoras a cobrar em 2013, 2014 e 2015 nos SUB, SUMC e SUP.

Fonte: ERS (2015) e MS (2015)

Para esta análise assumiu-se que as populações utilizadoras quer do Hospital de São João quer dos CSP de Valongo permaneceram relativamente estáveis durante o período estudado, de modo que as variações de visitas possam ter refletido mudanças da utilização de cuidados de saúde primários e secundários. Assumiu-se também que as mudanças epidemiológicas ou do sistema de saúde tenham sido insignificantes para alterar a procura pelos serviços de saúde. Para minimizar possíveis efeitos sazonais foram utilizados períodos homólogos em 2013 e 2014.

3.4 – Análise Estatística

Neste estudo a variável dependente foi a gravidade dos episódios de urgência, e foi comparada a probabilidade de um doente de Valongo não urgente ou pouco urgente (mais sensível à distância) passar a recorrer ao SU do HSJ com a probabilidade de um doente muito urgente ou emergente (menos sensível à distância) passar a recorrer ao SU



do HSJ após o encerramento do SUB de Valongo. Consideramos também importante a comparação das probabilidades considerando a isenção ou não isenção de taxas moderadoras, uma vez que a variação da procura entre episódios de alta gravidade e baixa gravidade pode ser sensível a variações não só de distância, mas também de preço. A literatura indica que casos de maior gravidade geralmente são pouco afetados pela distância, enquanto os casos de menor gravidade podem ser mais afetados, e que as diferenças encontradas na procura pelos SU em termos de gravidade são devidas à existência ou não de taxas moderadoras a pagar (Mckee et al. (1990), Rudge et al. (2013), Barros (2012)).

Nas tabelas 9 e 10 estão descritas as principais variáveis independentes: uma variável binária "Ano", que indica se o episódio de urgência ou a consulta nos CSP foi antes ou após o encerramento do SUB de Valongo, uma variável binária (isenção) que indica se o utente estava ou não isento de taxa moderadora, uma variável categórica (instituição) que indica se o utente recorreu aos CSP, ao SUB de Valongo ou ao SUP do HSJ, e outra variável categórica (concelho) que indica a área geográfica do utente.

Como as variáveis temos o género, a idade no momento do episódio no SU ou da consulta nos CSP (em anos), o mês do episódio/consulta, o diagnóstico de saída (ICPC 2 ou ICD) e a cor da triagem de Manchester no caso dos episódios de urgência. Estas variáveis foram incluídas uma vez que na literatura encontramos relação entre maior número de episódios inadequados no SU no género feminino, em utentes mais jovens, e utentes com seguro ou isentos de taxas moderadoras (Carret et al. (2009), Sempere-Selva et al. (2001), Pereira et al. (2001), Bianco et al. (2003)).



CENTROS DE SAÚDE ACES MAIA/ VALONGO

Variável	Definição da Variável
Idade	Idade em anos (na altura da consulta)
Género	= 1 se Feminino = 0 se Masculino
Instituição	= 1 se Centro de Saúde de Valongo = 2 se Centro de Saúde de Ermesinde
Concelho	= 1 se Espinho = 2 se Gondomar = 3 se Maia = 4 se Matosinhos = 5 se Porto = 6 se Póvoa de Varzim = 7 se Santo Tirso = 8 se Trofa = 9 se Valongo = 10 se Vila do Conde = 11 se Vila Nova de Gaia = 12 se Outros
Ano	= 1 se a consulta foi em 2014 = 0 se a consulta foi em 2013
Mês	= 7 se Julho; = 8 se Agosto; = 9 se Setembro; = 10 se Outubro; = 11 de Novembro; = 12 se Dezembro
Isenção	= 1 se isento de taxas moderadoras = 0 se não isento de taxas moderadoras
Código ICPC	= 1 se Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) ou Doença Cardíaca Isquémica (DCI) = 2 se Acidente Vascular Cerebral (AVC); Acidente Isquémico Transitório (AIT) ou Doença Vascular Cerebral (DCV) = 3 se Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; = 4 se Tumor maligno do cólon = 5 se Tumor maligno do estômago = 6 se Tumor maligno do tecido linfático/hematopoético = 7 se Pneumonia = 8 se Diabetes Mellitus = 9 se Hipertensão arterial = 10 se outros

Tabela 9 – Descrição das variáveis usadas no estudo no caso dos CSP.

Para os cuidados de saúde primários, uma vez que não existe triagem dos utentes à entrada, sendo que a causa da visita é apenas classificada à saída, temos apenas para comparação os códigos ICPC. Estes não proporcionarão verdadeiramente, uma



comparação em termos de gravidade, dado que nos CSP temos consultas programadas ou pouco urgentes. Assim, e dado também o elevado número de códigos ICPC existentes, optamos por selecionar apenas os diagnósticos das principais causas de morte em Portugal (em 2013), que segundo INE (2015) são as doenças do aparelho circulatório, que representam 29,5% do total de óbitos verificados em 2013 e os tumores malignos (24,3%). Ainda segundo a mesma fonte, das causas motivadas por doenças do aparelho circulatório destacaram-se os óbitos motivados por doenças cerebrovasculares e por doença isquémica do coração. No conjunto de mortes motivadas por tumores malignos, evidenciaram-se as ocorridas por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão (4336 óbitos), cólon (2725), estômago (2266) e tecido linfático/hematopoético (2203). No mesmo ano foram também relevantes as mortes devidas a doenças do aparelho respiratório (que representaram 11,8% do total de óbitos ocorridos). Neste grupo de doenças inclui-se a pneumonia, que esteve na origem de 5,6% das mortes ocorridas em 2013. As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas causaram 5 775 óbitos, correspondendo a 5,4% do total, realçando-se a ocorrência de 4 548 óbitos por Diabetes Mellitus (4,3% do total de óbitos).



SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITAL DE SÃO JOÃO E HOSPITAL DE VALONGO

Variável	Definição da Variável
Idade	Idade em anos (na altura da consulta)
Género	= 1 se Feminino = 0 se Masculino
Instituição	= 0 se SUB Valongo = 1 se SUP HSJ
Concelho	= 1 se Espinho = 2 se Gondomar = 3 se Maia = 4 se Matosinhos = 5 se Porto = 6 se Póvoa de Varzim = 7 se Santo Tirso = 8 se Trofa = 9 se Valongo = 10 se Vila do Conde = 11 se Vila Nova de Gaia = 12 se Outros
Ano	= 1 se a consulta foi em 2014 = 0 se a consulta foi em 2013
Mês	= 7 se Julho; = 8 se Agosto; = 9 se Setembro; = 10 se Outubro; =11 de Novembro; = 12 se Dezembro
Isenção	= 1 se isento de taxas moderadoras = 0 se não isento de taxas moderadoras
Triagem	= -1 se “Missing Value” = 0 se Branco = 1 se Azul = 2 se Verde = 3 se Amarelo = 4 se Laranja = 5 se Vermelho

Tabela 10 – Descrição das variáveis usadas no estudo no caso dos SU.

Para os serviços de urgência usamos a triagem dos utentes uma vez que o objetivo é avaliar se houve algum efeito sobre a procura pelo SU, quer pelos casos mais urgentes, quer pelos menos urgentes. Por outro lado, a triagem comparativamente ao código ICD,



parece ser um melhor indicador do caráter de urgência uma vez que indica como o doente se apresenta à entrada. Assim, não utilizamos para comparação os códigos ICD, pois refletem o diagnóstico final (à saída do SU), que nem sempre são o “espelho” da gravidade da situação, na altura da admissão.

Relativamente aos concelhos, e devido ao elevado número de concelhos existentes nos dados recolhidos, optamos por agrupar em “outros” todos os que não pertencem à unidade territorial do grande Porto, ou seja, todos exceto Porto, Espinho, Gondomar, Maia, Matosinhos, Porto, Póvoa de Varzim, Santo Tirso, Trofa, Valongo, Vila do Conde e Vila Nova de Gaia – *Decreto-Lei n.º 68/2008 de 14 de abril*.

Neste trabalho, foi realizado o teste do qui-quadrado para detetar diferenças estatisticamente significativas entre a situação antes e após o encerramento. Adicionalmente, foi feita uma regressão logística para também aferir do impacto do encerramento do SUB de Valongo.

Para a análise dos dados e para a construção dos modelos multivariados foi usado o programa informático IBM SPSS Statistics 22.



4 – RESULTADOS

O que se pretende analisar neste trabalho é a procura antes e após o encerramento do SUB de Valongo.

Para tal será feito de seguida uma análise descritiva dos dados no geral, acompanhada por testes de hipóteses, sendo posteriormente realizada uma regressão logística.

4.1 – Análise Univariada dos Cuidados de Saúde Primários

Identificamos um conjunto de 327 158 consultas de CSP em 2013 e 267 384 em 2014, durante todo o período deste estudo.

4.1.1 – Características demográficas

A Tabela 11 mostra as categorias da faixa etária que foram agrupadas em 3 grupos tal como realizado por Gomes (2013), e a figura 4 o histograma das idades em 2013 e 2014.

Idade	Idades 18 a 30	Idades 31 a 60	Idade > 60	Total
2013	33288 (10,17%)	163434 (49,96%)	130436 (39,87%)	327158
2014	26490 (9,91%)	134946 (50,47%)	105948 (39,62%)	267384
TOTAL	59778	298380	236384	594542

Tabela 11 – Análise descritiva da distribuição da idade dos utentes (por categorias) dos CSP por categorias em 2013 e 2014.



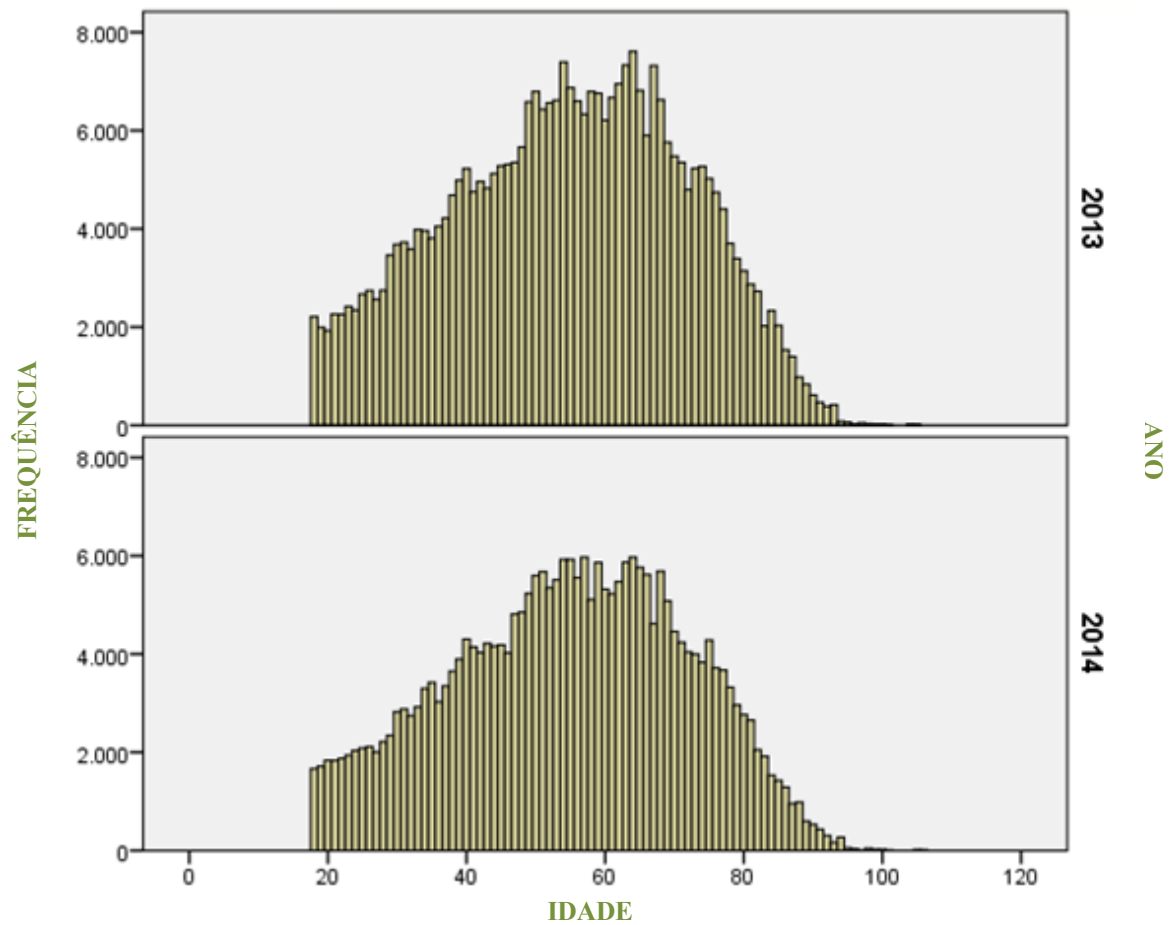


Figura 4 – Histograma da idade dos CSP em 2013 e 2014.

O Instituto Nacional de Estatística descreve a população residente em três grandes grupos etários. A população jovem (dos 0 aos 14 anos), a população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade), e a população idosa (com 65 e mais anos de idade), (INE, 2014). No entanto, para este trabalho a população estudada engloba só os indivíduos a partir dos 18 anos, inclusive.

Verifica-se que o grupo com maior afluência aos CSP é o dos 31-60 anos com 163434 consultas em 2013 e 134946 em 2014.



Ano	Observações	Máximo	Mínimo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Coeficiente de variação
	Variável							
2013	Idade	105	18	54,594	64	55	17,1239	0,314
2014	Idade	106	18	54,708	64	56	17,0550	0,312

Tabela 12 – Análise descritiva da distribuição da idade dos utentes dos CSP em 2013 e 2014.

Na Tabela 12 verifica-se que em 2013 os utentes possuem uma idade entre os 18 e os 105 anos. Em média os utentes tinham cerca de 55 anos, sendo que 50% da distribuição fica abaixo dos 55 anos (mediana). O desvio padrão da idade é de cerca de 17 anos (ou seja, esta distribuição apresenta um coeficiente de variação de cerca de 31% em relação à média. Em 2014 os utentes possuem uma idade entre os 18 e os 106 anos. Em média tinham cerca de 55 anos, sendo que 50% da distribuição fica abaixo dos 56 anos. O desvio padrão da idade é de cerca de 17 anos (esta distribuição apresenta um coeficiente de variação de cerca de 31% em relação à média).

Ano	Observações	Género		
		Masculino	Feminino	Total
2013	%	34,95%	65,05%	100%
2014	%	35,09%	64,91%	100%
QUI QUADRADO (p-value)				0,010

Tabela 13 – Distribuição relativa das consultas nos CSP por género em 2013 e 2014.

Da observação da Tabela 13 verifica-se que a maior afluência aos CSP é feita por indivíduos do género feminino, cerca de 65,05% em 2013 e 64,91% em 2014, contra



34,95% de indivíduos do género masculino em 2013 e 35,09% em 2014. Se compararmos estes resultados com os dados dos Censos de 2011, segundo o qual em Valongo existe uma população residente total de 23925 dos quais 11486 são homens (48%) e 12439 são mulheres (52%), (INE, 2011), os resultados parecem sugerir uma maior procura por CSP pelo género feminino, tal como já encontrado na literatura e descrito anteriormente relativamente aos serviços de urgência, em que o género feminino tem uma associação positiva com a procura (Pereira et al. (2001), Bianco et al. (2003), Carret et al. (2009), Sempere-Selva et al. (2001)).

O teste do qui quadrado realizado mostra-nos ainda que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas a um nível de significância de 1%. No entanto, a nossa amostra / população é de dimensão muito elevada. Como tal, os testes estatísticos apontam como significativas diferenças que aparentam ser pequenas e que, no caso de amostras mais pequenas, não seriam consideradas como significativas. O mesmo se aplica às tabelas e testes do qui-quadrado que aparecem a seguir.

4.1.2 – Análise descritiva

Relativamente à situação em relação ao pagamento de taxas moderadoras, pode-se observar pela Tabela 14 que, quer em 2013, quer em 2014, a percentagem de utentes isentos de pagamento de taxa moderadora é superior à percentagem de utentes não isentos que recorreram aos CSP. Assim, observa-se que, em 2013, do total de consultas 64% eram isentas de pagamento, valor semelhante ao encontrado para 2014 que foi 63,6%. Também aqui o teste do qui quadrado mostra que os valores encontrados são estatisticamente significativos.



Ano	Observações	Situação em relação a taxas moderadoras		
		Isenção	Não isenção	Total
2013	Número	209380	117778	327158
	%	64%	36%	100%
2014	Número	170166	97218	267384
	%	63,6%	36,4%	100%
QUI QUADRADO (<i>p-value</i>)			0,004	

Tabela 14 – Distribuição absoluta e relativa das consultas nos CSP relativamente à situação em relação a taxas moderadoras em 2013 e 2014.

Através da Tabela 15 pode-se constatar que o mês de maior procura pelos CSP, quer em 2013, quer em 2014, foi o mês de outubro.

Ano	Observações	Mês							Total
		julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro		
2013	%	17%	14%	16%	21%	18%	14%	100%	
2014	%	21%	17%	22%	26%	8%	6%	100%	

Tabela 15 – Distribuição relativa das consultas nos CSP relativamente ao mês em que ocorreram em 2013 e 2014.

As Tabela 16 e 17 mostram que a maioria dos utentes dos CSP, quer em 2013, quer em 2014, pertence à área de Valongo. Apesar do número total de consultas ter diminuído em 2014, aumentou a percentagem dos utentes do concelho de Valongo, o que poderá eventualmente refletir o encerramento do SUB desse concelho.



Concelho	Ano	2013	2014	Total
	Observações	%	%	
Valongo		91,87%	92,40%	547620
Maia		4,24%	3,49%	23208
Gondomar		1,01%	1,17%	6442
Matosinhos		0,13%	0,14%	788
Santo Tirso		1,14%	0,99%	6380
Porto		0,38%	0,32%	2086
Vila Nova de Gaia		0,15%	0,14%	878
Trofa		0,13%	0,12%	750
Vila do Conde		0,02%	0,02%	120
Espinho		0,00%	0,00%	2
Póvoa de Varzim		0,00%	0,01%	20
Outros		0,93%	1,20%	6250
Total		100%	100%	594544

Tabela 16 – Distribuição relativa das consultas nos CSP relativamente ao Concelho em 2013 e 2014.

Concelho	Observações	Valongo	Outros	Total
Ano				
2013	%	91,87%	8,13%	100%
2014	%	92,40%	7,6%	100%
QUI QUADRADO (<i>p-value</i>)			0,000	

Tabela 17 - Distribuição relativa das consultas nos CSP relativamente ao Concelho de Valongo em 2013 e 2014.



Os dados relativos aos motivos de consulta nos CSP mostram que relativamente às principais causas de morte em Portugal o maior número de consultas é realizado para os casos de diabetes e hipertensão arterial. Para as restantes principais causas de morte, a percentagem de consultas é muito reduzida, provavelmente porque para estes restantes casos, a partir do momento em que é feito o diagnóstico passam a ter seguimento a nível hospitalar ou do Instituto Português de Oncologia (IPO). No entanto, quer a diabetes, quer a hipertensão arterial, foram em 2014, como se pode observar pela Tabela 18, motivo de consulta numa percentagem inferior à verificada em 2013 (exceto para os utentes de Gondomar, no caso da diabetes em que houve um ligeiro aumento). Infelizmente não dispomos de dados estatísticos para a população em geral para o ano de 2014 que possam ser comparados com os dados aqui encontrados.

ICPC	Ano	2013			2014		
	Concelho	Valongo	Gondomar	Outros	Valongo	Gondomar	Outros
EAM; DCI		0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%
AVC; AIT; DCV		0,5%	0,4%	0,3%	0,5%	0,1%	0,3%
Neoplasia Maligna do pulmão; outras neoplasias respiratórias malignas		0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
Neoplasia maligna do cólon/reto		0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Neoplasia Maligna do estômago		0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Doença de Hodgkin/ Linfomas; Leucemia; outras neoplasias malignas do sangue		0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Pneumonia		0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Diabetes		6,8%	4,7%	5,9%	6,2%	5,0%	5,2%
Hipertensão arterial		14,5%	10,1%	14,3%	13,1%	9,9%	13,6%
outros		77,6%	84,2%	78,9%	79,6%	84,7%	80,6%

Tabela 18 - Distribuição relativa das consultas nos CSP relativamente ao motivo de consulta em 2013 e 2014.



4.2 – Análise Univariada dos Serviços de Urgência

Identificamos um conjunto de 16 619 episódios de urgência no SUB de Valongo em 2013, 71 761 episódios de urgência no SUP do HSJ em 2013 e 77 715 episódios de urgência no SUP do HSJ em 2014, durante todo o período deste estudo.

4.2.1 – Características demográficas

Nas Tabela 19 e 20 verifica-se que em 2013, 52% dos utentes que recorreram ao SUB de Valongo tinham uma idade entre os 31 e os 60 anos, sendo que dos episódios que recolhemos os utentes possuem uma idade entre os 18 e os 99 anos. Em média os utentes tinham cerca de 47 anos, sendo que 50% da distribuição fica abaixo dos 46 anos (mediana). O desvio padrão da idade é de cerca de 18 anos (ou seja, esta distribuição apresenta um coeficiente de variação de cerca de 39% em relação à média).

Idade	Idades 18 a 30	Idades 31 a 60	Idade > 60	Total
Ano				
2013	23%	52%	25%	100%

Tabela 19 – Análise descritiva da distribuição da idade (por categorias) dos utentes do SUB de Valongo em 2013.

Observações	Máximo	Mínimo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Coeficiente de variação
Variável							
Idade	99	18	47,103	49	46	18,3918	0,39046

Tabela 20 – Análise descritiva da distribuição da idade dos utentes do SUB de Valongo em 2013.

A Figura 5 mostra o histograma da idade dos utentes que em 2013 recorreram ao SUB de Valongo, e a Figura 6 mostra o histograma da idade dos utentes que recorreram ao



SUP do HSJ em 2013 e 2014.

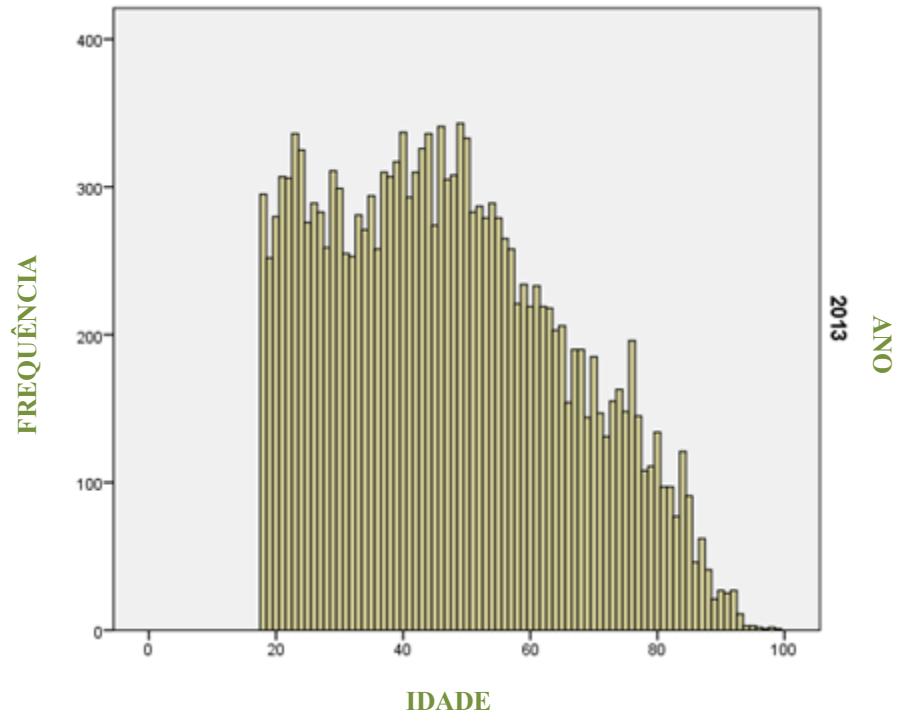


Figura 5 – Histograma da idade dos utentes que recorreram ao SUB de Valongo em 2013.



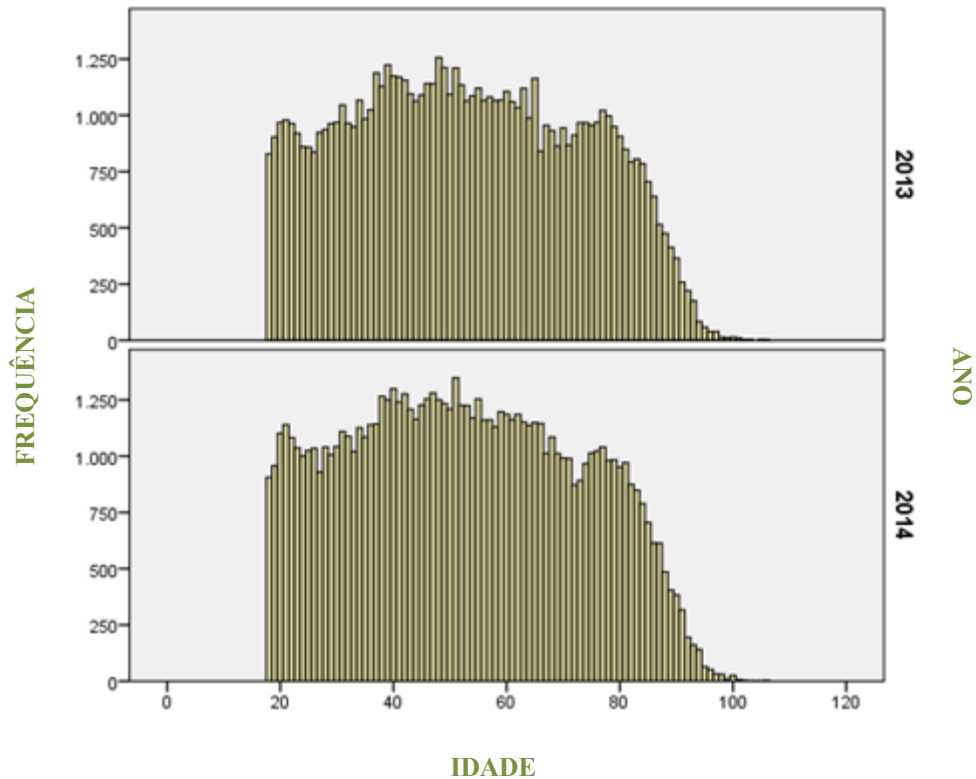


Figura 6 – Histograma da idade dos utentes que recorreram ao SUP do HSJ em 2013 e 2014.

Relativamente aos utentes que recorreram ao SUP do HSJ, as Tabela 21 e Tabela 22 mostram que em 2013 cerca de 46% dos utentes tinham uma idade entre os 31 e os 60 anos, tal como em 2014. Verifica-se ainda dos dados recolhidos que os utentes tinham idades compreendidas entre 18 e 106 anos para ambos os anos. Quer em 2013, quer em 2014, os utentes tinham em média cerca de 52 anos, sendo que 50% da distribuição fica abaixo dos 52 anos (mediana). O desvio padrão da idade é de cerca de 20 anos (ou seja, esta distribuição apresenta um coeficiente de variação de cerca de 38% em relação à média).



Ano	Idade	Idades 18 a 30	Idades 31 a 60	Idade > 60	Total
	Observações				
2013	%	16,60%	46,22%	37,18%	100%
2014	%	17,12%	46,23%	36,65%	100%

Tabela 21 – Análise descritiva da distribuição da idade (por categorias) dos utentes do SUP do HSJ em 2013 e 2014.

Ano	Observações	Máximo	Mínimo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Coeficiente de variação
	Variável							
2013	Idade	106	18	52,80	48	52	20,03	0,3794
2014	Idade	106	18	52,49	51	52	20,01	0,3813

Tabela 22 – Análise descritiva da distribuição da idade dos utentes do SUP do HSJ em 2013 e 2014.

Da observação da Tabela 23 verifica-se que a maior afluência aos SU é feita por indivíduos do género feminino, cerca de 56,8% em 2013 no SUB de Valongo, 53,4% em 2013 no SUP do HSJ e 54% em 2014 no SUP do HSJ. Se compararmos estes resultados com os dados dos Censos 2011, segundo o qual o grande porto (Póvoa de Varzim, Maia, Vila do Conde, Matosinhos, Porto, Valongo, Gondomar, Vila Nova de Gaia e Espinho) tem uma população residente total de 1287282, dos quais 610455 são homens (47,42%) e 676827 são mulheres (52,58%), INE (2011), os resultados parecem sugerir uma procura por SU semelhante entre o género masculino e feminino, contrariamente ao encontrado na literatura e já descrito anteriormente neste trabalho.

Apesar da distribuição relativa dos episódios de urgência por género em 2013 e 2014 ser muito semelhante em termos percentuais o *p value* mostra que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas.



Instituição	Ano	Observações	Género		
			Masculino	Feminino	Total
SUB Hospital de Valongo	2013	%	43,2%	56,8%	100%
SUP Hospital de São João	2013	%	46,6%	53,4%	100%
	2014	%	46%	54%	100%
QUI QUADRADO (<i>p-value</i>)			0,011		

Tabela 23 – Distribuição relativa dos episódios de urgência por género em 2013 e 2014.

4.2.2 – Análise descritiva

Relativamente à situação em relação ao pagamento de taxas moderadoras, pode-se observar pela tabela 24 que, quer em 2013, quer em 2014, a percentagem de utentes não isentos de pagamento de taxa moderadora é superior à percentagem de utentes isentos que recorreram aos SU (SUB de Valongo e SUP do HSJ). Assim, observa-se que em 2013, do total de episódios 63,6% eram não isentos de pagamento no SUB de Valongo, e no SUP do HSJ, quer em 2013, quer em 2014 a percentagem de utentes não isentos foi igual (66,2%). No entanto, o teste do qui quadrado mostra que os valores encontrados não são estatisticamente significativos (*p value* 0,936).

Estes resultados vão de encontro aos resultados encontrados por (Novo, 2010) segundo os quais “dos utentes não isentos de taxa, a maioria declarou que o pagamento de taxa moderadora não influenciava a ida à urgência”. Esta autora considera ainda que “o papel das taxas moderadoras, enquanto mecanismo inibidor do consumo, parece não surtir muito efeito na prática”.



Assim, e na linha do que já foi referido por Novo (2010), CRRNEU (2012) e Ramos (2013), consideramos que para as taxas moderadoras terem um efeito realmente “regulador” da procura, teriam possivelmente de ter um aumento muito grande para que pudessem eventualmente desincentivar a procura. Por outro lado, a procura pelos SU, tal como foi já referido por Pereira et al. (2001), Bianco et al. (2003), Carret et al. (2007), Lourenço et al. (2007), Hoot e Aronsky (2008), Carret et al. (2009), Cortez (2009), Furtado e Pereira (2010), Hunter et al. (2013) e Mason et al. (2014), depende de outros fatores, como a perceção dos utentes sobre o seu estado de saúde, as suas preferências, a possibilidade de realização de exames de diagnóstico no próprio dia, a dificuldade de acesso aos CSP e o rendimento. Todos estes fatores fazem com que, por si só, as taxas moderadoras não tenham grande influência na moderação da procura.

Instituição	Ano	Observações	Situação em relação a taxas moderadoras		
			Isenção	Não isenção	Total
SUB Hospital de Valongo	2013	%	36,4%	63,6%	100%
SUP Hospital de São João	2013	%	33,8%	66,2%	100%
	2014	%	33,8%	66,2%	100%
QUI QUADRADO (<i>p value</i>)			0,936		

Tabela 24 – Distribuição relativa dos episódios de urgência relativamente à situação em relação a taxas moderadoras em 2013 e 2014.

Através da tabela 25 pode-se constatar que o mês de maior procura pelo SUB de Valongo foi o julho. Relativamente ao SUP do HSJ em 2013 também foi o julho o mês com maior afluência; já em 2014, a distribuição relativa dos episódios foi semelhante



em todos os meses. Também para esta variável o *p value* é de 0,000. Estes dados mostram uma procura, relativamente à época do ano, diferente da que foi encontrada neste trabalho para os CSP, e diferente também da relatada por alguns autores como Hoot e Aronsky (2008), segundo os quais a época da gripe (geralmente entre Novembro e Março) é apontada como uma das causas de sobrelotação dos SU.



Instituição	Ano	Observações	Mês						TOTAL
			julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	
SUB Hospital de Valongo	2013	%	18,6%	17,3%	16,2%	16,4%	14,7%	16,8%	100%
SUP Hospital de São João	2013	%	18%	16,8%	16,4%	16,4%	15,8%	16,6%	100%
	2014	%	16,5%	17,4%	16,7%	17,3%	15,8%	16,3%	100%

Tabela 25 – Distribuição relativa dos episódios de urgência relativamente ao mês em que ocorreram em 2013 e 2014.



A Tabela 26 mostra que, em 2013, a maioria dos utentes que recorreram ao SUB de Valongo (no período estudado) pertenciam a Valongo. Relativamente ao SUP do HSJ, a maioria dos utentes que recorreram a esta urgência, quer em 2013, quer em 2014, pertencia ao concelho do Porto. No entanto, esta tabela mostra também que houve um aumento de 4% do número de utentes pertencentes ao concelho de Valongo e um ligeiro aumento (0,2%) dos utentes do concelho de Gondomar, já os restantes concelhos (Maia, Porto e outros) registaram uma ligeira diminuição em termos percentuais. O *p value* desta análise mostra que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas (0,000). As diferenças aqui encontradas relativamente à percentagem de utentes do concelho de Valongo parecem refletir o impacto do encerramento do SUB de Valongo uma vez que os restantes concelhos tiveram uma variação percentual muito reduzida.

Concelho	Ano	SUB Valongo 2013		SUP HSJ 2013		SUP HSJ 2014	
	Observações	N	%	N	%	N	%
Valongo		7816	71,4%	9078	15,9%	12147	19,9%
Gondomar		2402	21,95%	5483	9,6%	5960	9,8%
Maia		64	0,6%	9502	16,7%	9710	15,9%
Porto		209	1,9%	17996	31,6%	18501	30,3%
Outro		454	4,15%	14912	26,2%	14715	24,1%

Tabela 26 – Distribuição absoluta e relativa dos episódios de urgência relativamente ao Concelho (Valongo, Gondomar, Maia e Porto) em 2013 e 2014.

No entanto, da Tabela 26 foram excluídos os episódios cujo concelho não foi atribuído (N/A), como por exemplo nos casos em que dão entrada como “masculino não identificado” ou “feminino não identificado”. Para uma análise mais pormenorizada, em que incluimos estes episódios referidos anteriormente, temos a Tabela 27.



Concelho	Instituição / Ano	SUB Valongo 2013		SUP HSJ 2013		SUP HSJ 2014	
	Observações	N	%	N	%	N	%
Valongo		7816	47,03%	9078	12,66%	12147	15,64%
Maia		64	0,39%	9503	13,25%	9710	12,50%
Gondomar		2402	14,45%	5483	7,64%	5960	7,67%
Matosinhos		39	0,23%	3612	5,04%	3494	4,50%
Santo Tirso		5	0,03%	297	0,41%	326	0,42%
Porto		209	1,26%	17997	25,09%	18501	23,82%
Vila Nova de Gaia		51	0,31%	1808	2,52%	1722	2,22%
Trofa		4	0,02%	821	1,14%	882	1,14%
Vila do Conde		4	0,02%	498	0,69%	503	0,65%
Espinho		1	0,01%	63	0,09%	69	0,09%
Póvoa de Varzim		2	0,01%	311	0,43%	268	0,35%
Amarante		0	0,00%	597	0,83%	560	0,72%
Arouca		1	0,01%	100	0,14%	91	0,12%
Baião		7	0,04%	187	0,26%	170	0,22%
Barcelos		3	0,02%	120	0,17%	127	0,16%
Braga		1	0,01%	145	0,20%	112	0,14%
Castelo de Paiva		10	0,06%	135	0,19%	121	0,16%
Cinfães		2	0,01%	207	0,29%	230	0,30%
Felgueiras		3	0,02%	341	0,48%	353	0,45%
Guimarães		4	0,02%	190	0,26%	157	0,20%
Marco de Canaveses		5	0,03%	209	0,29%	206	0,27%
Lousada		8	0,05%	471	0,66%	495	0,64%
Oliveira de Azeméis		1	0,01%	198	0,28%	163	0,21%



Ovar	3	0,02%	143	0,20%	151	0,19%
Paços de Ferreira	7	0,04%	520	0,73%	572	0,74%
Paredes	169	1,02%	702	0,98%	735	0,95%
Penafiel	39	0,23%	857	1,19%	891	1,15%
Santa Maria da Feira	3	0,02%	305	0,43%	334	0,43%
Vila Nova de Famalicão	4	0,02%	345	0,48%	284	0,37%
Outros	78	0,47%	1730	2,41%	1699	2,19%
N/A	5673	34,14%	14750	20,57%	16623	21,39%
Total	16618	100%	71723	100%	77656	100%

Tabela 27 - Distribuição absoluta e relativa dos episódios de urgência relativamente ao Concelho em 2013 e 2014.

Os dados relativos à triagem de Manchester mostram que a maioria dos episódios de urgência tem atribuído uma cor amarela (urgente), quer no SUB de Valongo, quer no SUP do HSJ em 2013 e 2014. Na Tabela 28 podemos observar que o SUB de Valongo dava resposta a situações urgentes (amarelos) e pouco urgentes (verdes) na sua grande maioria (88,4%). Relativamente ao SUP do HSJ e fazendo uma comparação antes e após o encerramento do SUB de Valongo, podemos ver através da mesma tabela que a percentagem de episódios não urgentes e pouco urgentes manteve-se praticamente inalterada, e os episódios muito urgentes (laranja) evidenciaram mesmo uma ligeira redução. Assim, apenas os episódios de cor amarela registaram um ligeiro aumento (2,1%).



Triagem de Manchester	Ano	SUB Valongo 2013		SUP HSJ 2013		SUP HSJ 2014	
	Observações	N	%	N	%	N	%
Branco		188	1,1%	947	1,32%	907	1,2%
Azul		182	1,1%	1779	2,49%	1810	2,3%
Verde		4200	25,3%	20829	29,1%	22504	29,1%
Amarelo		10468	63,1%	36182	50,55%	40732	52,6%
Laranja		1542	9,3%	11324	15,82%	10909	14,1%
Vermelho		17	0,1%	515	0,72%	572	0,7%
Total		16597	100%	71576	100%	77434	100%

Tabela 28 – Distribuição absoluta e relativa dos episódios de urgência relativamente à Triagem de Manchester em 2013 e 2014.

A tabela 29 mostra que após o encerramento do SUB de Valongo, houve um aumento estatisticamente significativo (p value 0,000) da percentagem de utentes do concelho de Valongo triados com a cor amarela. Relativamente às restantes prioridades de triagem verificou-se ainda uma redução de 2,9% dos utentes triados com a prioridade muito urgente (laranja).

A cor amarela atribuída na triagem foi a única que teve um ligeiro aumento no SUP do HSJ em 2014 para todos os concelhos. Ainda relativamente aos restantes concelhos, as cores azuis e verdes não tiveram praticamente alterações a nível percentual e as cores de maior gravidade (laranjas e vermelhos) tiveram mesmo uma redução, tal como aconteceu para o concelho de Valongo.

Comparando estes dados com os encontrados pela CRRNEU, segundo os quais “apenas 54% dos casos atendidos em 2010 nos SU Nacionais eram “urgentes”, “muito urgentes” ou “emergentes”” (CRRNEU, 2012), podemos considerar que encontramos melhores



resultados relativamente ao HSJ. Se olharmos para os casos de “urgentes”, “muito urgentes” e “emergentes” em conjunto (amarelos, laranjas e vermelhos), podemos ver, também através da Tabela 29, que em 2013 para Valongo representavam 68,6% dos casos, para Gondomar 65,4%, para a Maia 66,9%, para o Porto 68,5% e para os restantes concelhos 66,3%. Os dados de 2014 mostram resultados ligeiramente melhores para Valongo (68,8%), Gondomar (65,5%), Maia (68%) e Porto (68,9%), sendo que nos restantes concelhos apenas se verifica uma ligeira redução (65,8%).



CONCELHO	INSTITUIÇÃO / ANO	SUB Valongo 2013	SUB Valongo 2013	SUP HSJ 2013	SUP HSJ 2013	SUP HSJ 2014	SUP HSJ 2014
	TRIAGEM	%		%		%	
Valongo	Branco	1,2%		1,4%		0,9%	
	Azul	1,1%	Azuis e verdes 25,8%	2,5%	Azuis e verdes 30%	2,3%	Azuis e verdes 30,3%
	Verde	24,7%		27,5%		28,0%	
	Amarelo	63,5%		49,9%		53%	
	Laranja	9,4%	Laranjas e vermelhos 9,5%	18,1%	Laranjas e vermelhos 18,7%	15,2%	Laranjas e vermelhos 15,8%
	Vermelho	0,1%		0,6%		0,6%	
Gondomar	Branco	0,2%		1,0%		0,9%	
	Azul	1,3%	Azuis e verdes 28,2%	2,3%	Azuis e verdes 33,6%	2,0%	Azuis e verdes 33,6%
	Verde	26,9%		31,3%		31,6%	
	Amarelo	62,8%		50,8%		52,8%	
	Laranja	8,7%	Laranjas e vermelhos 8,8%	14,1%	Laranjas e vermelhos 14,6%	12,3%	Laranjas e vermelhos 12,7%
	Vermelho	0,1%		0,5%		0,4%	
	Branco	1,5%		1,3%		1,0%	



Maia	Azul	3,1%	Azuis e verdes 21,9%	2,7%	Azuis e verdes 31,8%	2,4%	Azuis e verdes 31,1%
	Verde	18,8%		29,1%		28,7%	
	Amarelo	64,1%		50,1%		52,1%	
	Laranja	12,5%	Laranjas e vermelhos 12,5%	16,3%	Laranjas e vermelhos 16,8%	15,5%	Laranjas e vermelhos 15,9%
	Vermelho	0,0%		0,5%		0,4%	
Porto	Branco	6,8%		1,1%		1,1%	
	Azul	1,5%	Azuis e verdes 20,4%	2,5%	Azuis e verdes 30,4%	2,4%	Azuis e verdes 30%
	Verde	18,9%		27,9%		27,6%	
	Amarelo	62,1%		51%		53%	
	Laranja	10,2%	Laranjas e vermelhos 10,7%	17,0%	Laranjas e vermelhos 17,5%	15,3%	Laranjas e vermelhos 15,9%
Vermelho	0,5%	0,5%		0,6%			
Outros	Branco	5%		1,5%		1,7%	
	Azul	0,9%	Azuis e verdes 25%	2,4%	Azuis e verdes 32,2%	2,3%	Azuis e verdes 32,5%
	Verde	24,1%		29,8%		30,2%	
	Amarelo	60,5%		52,1%		52,7%	
	Laranja	9,1%	Laranjas e vermelhos 9,5%	13,1%	Laranjas e vermelhos 14,2%	12,0%	Laranjas e vermelhos 13,1%
Vermelho	0,4%	1,1%		1,1%			

Tabela 29 - Distribuição relativa dos episódios de urgência relativamente à Triagem de Manchester por concelho em 2013 e 2014.



Para melhor analisarmos as diferenças encontradas relativamente aos dados da triagem de Manchester fizemos ainda uma análise por diferença de gravidade. Tal como (Ramos (2013) consideramos “maior gravidade” os utentes triados com cor laranja e vermelho, e “menor gravidade” os utentes triados com cor verde e azul. Na Tabela 30, foram excluídos da nossa análise os utentes triados com cor branco e amarelo. Decidimos retirar da análise os casos triados com a cor branco, uma vez que são casos que não traduzem urgência nem iniciativa do indivíduo em recorrer ao SU, mas sim por indicação médica, na maioria das vezes para reavaliação clínica. Os "amarelos" foram também retirados nesta análise uma vez que são casos urgentes, mas que podem variar entre casos mais urgentes e menos urgentes, apesar de representarem a maior percentagem dos casos triados nos SU.



CONCELHO	INSTITUIÇÃO / ANO	SUB Valongo 2013	SUP HSJ 2013	SUP HSJ 2014	Variação no SUP HSJ
	TRIAGEM	%	%	%	%
Valongo	Azuis e Verdes	73%	61,6%	65,8%	+ 4,2pp
	Laranjas e Vermelhos	27%	38,4%	34,2%	- 4,2pp
Gondomar	Azuis e Verdes	76,4%	69,7%	72,6%	+ 2,9pp
	Laranjas e Vermelhos	23,6%	30,3%	27,4%	- 2,9pp
Maia	Azuis e Verdes	63,6%	65,4%	66,2%	+ 0,8pp
	Laranjas e Vermelhos	36,4%	34,6%	33,8%	- 0,8pp
Porto	Azuis e Verdes	65,6%	63,5%	65,4%	+ 1,9pp
	Laranjas e Vermelhos	34,4%	36,5%	34,6%	- 1,9pp
Outros	Azuis e Verdes	72,4%	69,3%	71,4%	+ 2,1pp
	Laranjas e Vermelhos	27,6%	30,7%	28,6%	- 2,1pp

Tabela 30 - Distribuição relativa dos episódios de urgência relativamente aos azuis e verdes e aos laranjas e vermelhos, por concelho em 2013 e 2014

Pela Tabela 30, podemos observar que para todos os concelhos houve uma redução da percentagem de utentes com maior gravidade e um aumento da percentagem de utentes de menor gravidade. Apesar de este comportamento ser igual para todos os concelhos, a variação em pontos percentuais foi maior em Valongo. Atendendo a que os verdes e azuis (menor gravidade) são situações na sua maioria que poderiam ser observadas nos CSP, pois são pouco urgentes ou não urgentes, estes dados parecem sugerir a existência de barreiras ao acesso aos cuidados primários de saúde ou a falta de informação e



ensino à população, uma vez que “o aumento da acessibilidade a CSP também não parece diminuir a utilização inadequada do SU, salvo quando acompanhado de outros mecanismos de barreira, como por exemplo a implementação de sistemas de co-pagamento ou a utilização de sistemas de triagem dos casos não urgentes e orientação para CSP” (CRRNEU, 2012). Estes resultados vão ainda de encontro às conclusões de Novo (2010), segundo a qual “na maior parte dos casos a procura advém da iniciativa própria dos utentes, sendo motivada também pela disponibilidade de meios complementares de diagnóstico e pela facilidade de aceder aos serviços de urgência” e que “a relação de confiança que, presumivelmente, se estabelece entre o doente e o médico de família, ao longo dos anos, parece ter pouco poder de influência na decisão sobre por que tipo de cuidados de saúde optar”, e estão também de acordo com (Pereira et al., 2001), (Hunter et al., 2013), (Carret et al., 2013).

Uma vez que os casos triados como amarelos representam ainda uma grande percentagem dos episódios de urgência, tal como vimos na tabela 29, decidimos realizar ainda outra análise em que apenas excluimos os casos triados com a cor branco. Mantivemos ainda agrupados os casos de menor e maior gravidade.



CONCELHO	ANO	SUB Valongo 2013	SUP HSJ 2013	SUP HSJ 2014	Varição no SUP HSJ
	TRIAGEM	%	%	%	%
Valongo	Azuis e Verdes	26,1%	30,4%	30,6%	+ 0,2pp
	Amarelos	64,3%	50,7%	53,5%	+ 2,9pp
	Laranjas e Vermelhos	9,6%	18,9%	15,9%	- 3pp
Gondomar	Azuis e Verdes	28,3%	33,9%	33,9%	0pp
	Amarelos	62,9%	51,3%	53,3%	+ 2pp
	Laranjas e Vermelhos	8,8%	14,8%	12,8%	- 2pp
Maia	Azuis e Verdes	22,2%	32,2%	31,4%	- 0,8pp
	Amarelos	65,1%	50,7%	52,6%	+ 1,9pp
	Laranjas e Vermelhos	12,7%	17,1%	16,0%	- 1,1pp
Porto	Azuis e Verdes	21,9%	30,8%	30,4%	- 0,4pp
	Amarelos	66,7%	51,4%	53,5%	+ 2,1pp
	Laranjas e Vermelhos	11,5%	17,8%	16,1%	- 1,7pp
Outros	Azuis e Verdes	26,3%	32,7%	33,1%	+ 0,4pp
	Amarelos	63,7%	52,9%	53,6%	+ 1,3pp
	Laranjas e Vermelhos	10%	14,4%	13,3%	- 1,1pp

Tabela 31 - Distribuição relativa dos episódios de urgência relativamente aos azuis e verdes, aos amarelos e aos laranjas e vermelhos, por concelho em 2013 e 2014.



Como se pode observar pela Tabela 31, os casos triados com cor amarelo tiveram um aumento de 2013 para 2014 para todos os concelhos. Relativamente aos casos de menor gravidade, Porto e Maia tiveram uma redução do número destes episódios, já Valongo teve um ligeiro aumento e Gondomar permaneceu inalterada.

Estes resultados parecem ser relevantes pois podem refletir o encerramento do SUB de Valongo, uma vez que este dava resposta na sua maioria a utentes de Valongo e também a utentes de Gondomar, numa percentagem ainda considerável – 14,45% (ver Tabela 27). Os casos de maior gravidade tiveram uma redução percentual relativamente a todos os concelhos.

Ao contrário do que seria de esperar, e do que é geralmente referido na literatura, existiu um aumento dos casos pouco urgentes e uma diminuição dos casos mais urgentes.

Relativamente à distribuição relativa dos episódios de urgência relativamente aos azuis e verdes, aos amarelos e aos laranjas e vermelhos, por concelho e por género em 2013 e 2014, não houve grande influência do género, pelo que não é apresentada nenhuma tabela com a repartição destes resultados por género.



CONCELHO	INSTITUIÇÃO / ANO		SUB Valongo 2013	SUP HSJ 2013	SUP HSJ 2014
	TRIAGEM	ISENÇÃO	%	%	%
Valongo	Azuis e Verdes	Isento	41,6%	40,4%	40,4%
		Não Isento	58,4%	59,6%	59,6%
	Laranjas e Vermelhos	Isento	37,3%	37,2%	40,5%
		Não Isento	62,7%	62,8%	59,5%
Gondomar	Azuis e Verdes	Isento	31,6%	32,7%	33,0%
		Não Isento	68,4%	67,3%	67,0%
	Laranjas e Vermelhos	Isento	26,7%	30,7%	27,7%
		Não Isento	73,3%	69,3%	72,3%
Maia	Azuis e Verdes	Isento	14,3%	33,4%	31,7%
		Não Isento	85,7%	66,6%	68,3%
	Laranjas e Vermelhos	Isento	12,5%	35,0%	32,5%
		Não Isento	87,5%	65,0%	67,5%
Porto	Azuis e Verdes	Isento	54,8%	38,1%	37,4%
		Não Isento	45,2%	61,9%	62,6%
	Laranjas e Vermelhos	Isento	36,4%	35,0%	36,6%
		Não Isento	63,6%	65,0%	63,4%
Outros	Azuis e Verdes	Isento	23,9%	28,3%	27,3%
		Não Isento	76,1%	71,7%	72,7%
	Laranjas e Vermelhos	Isento	23,3%	27,7%	27,8%
		Não Isento	76,7%	72,3%	72,2%

Tabela 32 - Distribuição relativa dos episódios de urgência relativamente aos azuis e verdes, e aos laranjas e vermelhos, por concelho e isenção em 2013 e 2014.



A Tabela 32 mostra a distribuição dos episódios de urgência, relativamente à triagem, concelho e isenção. Para todos os casos, exceto os do concelho do Porto, que recorreram ao SUB de Valongo em 2013, verifica-se uma percentagem superior de utentes não isentos de pagamento de taxas moderadoras, o que sugere, tal como foi dito já anteriormente e também suportado pela literatura, que o efeito moderador da procura, pela aplicação das taxas moderadoras, é insignificante.

4.3 – Regressão Logística

A regressão logística é uma técnica estatística que tem como objetivo produzir, a partir de um conjunto de observações, um modelo que permita a predição de valores tomados por uma variável categórica, frequentemente binária, a partir de uma série de variáveis explicativas contínuas e/ou binárias.

Segundo Hosmer e Lemeshow (2000), numa análise de regressão logística a variável dependente é dicotómica ou binária, sendo que o modelo para a média condicional da equação de regressão deve ser limitado entre zero e um. Enquanto na regressão linear é medida a ocorrência, na regressão logística é estimada a probabilidade que está associada à ocorrência de um determinado evento a partir de um conjunto de variáveis independentes.

Neste trabalho, usamos uma análise de regressão logística, com o objetivo de analisar se o encerramento do hospital de Valongo alterou o comportamento dos utentes de Valongo (principalmente) no acesso às urgências. Ou seja, pretende-se analisar se após o encerramento (em 2014) existe uma diferença, e em que sentido, na gravidade dos episódios de urgência, para os utentes de Valongo (principalmente). Assim, e para tal, usamos como variável dependente a gravidade do episódio de urgência. A variável “grave”, é uma variável categórica que nos indica se o episódio é “grave” – laranjas e vermelhos, ou “não grave” – verdes e azuis. Deixamos assim de fora da análise os



episódios triados com a cor “branco” e “amarelo”, tal como já fundamentado anteriormente neste trabalho.

Tal como Ramos (2013) supomos que uma das principais diferenças entre os episódios graves e não graves, ou muito urgentes e pouco urgentes é a sua sensibilidade a variações de preços, não só em termos de isenção, mas também, e mais importante ainda neste estudo, ao preço relacionado com o aumento do custo de deslocação, pelo aumento da distância.

Neste estudo as variáveis independentes incluídas foram: uma variável binária "Ano", que indica se o episódio de urgência no HSJ foi após ou antes o encerramento do SUB de Valongo, duas variáveis binárias para a localização: “Valongo” e “val_gond”, a primeira que indica se o doente pertence ou não ao concelho de Valongo, e a segunda que indica se o doente pertence ou não aos concelhos de Valongo ou Gondomar, e uma variável binária "isento”, que indica se o doente estava ou não isento de pagamento de taxa moderadora. Como co-variáveis incluímos a idade (em anos, no momento do episódio), o género, e o mês do episódio (ver Tabela 33).



Variáveis	Definição de Variável
Variável Dependente	
“grave”	=1 se não grave (Triagem azul e verde) =1 se grave (Triagem laranja e vermelho)
Variáveis Independentes	
“Ano”	=1 se 2014
“Isento”	= 1 se Isento de taxas moderadoras
Localização:	
“Valongo”	= 1 se pertencente ao concelho de Valongo
“val_gond”	= 1 se pertencente ao concelho de Valongo e Gondomar
Co-Variáveis	
“idade_centered”	Idade (em anos) – “grande média centrada”
“género”	= 1 se feminino
“agosto”	= 1 se agosto
“setembro”	= 1 se setembro
“outubro”	= 1 se outubro
“novembro”	= 1 se novembro
“dezembro”	= 1 se dezembro

Tabela 33 – Descrição das variáveis usadas no estudo

Além das variáveis descritas anteriormente, incluímos ainda as interações entre as nossas principais variáveis – “Ano”, localização e “isento”, resultando nas variáveis:



- “Valongo_2014”;
- “Valongo_2013”;
- “não_valongo_2014”;
- “Valongo_2014_isento”;
- “Valongo_2014_nao_isento”;
- “Valongo_2013_isento”;
- “Valongo_2013_nao_isento”;
- “não_valongo_2014_isento”;
- “não_valongo_2014_nao_isento”;
- “não_valongo_2013_isento”;
- “val_gond_2014”;
- “val_gond_2013”;
- “nao_val_gond_2014”;
- “val_gond_2014_isento”;
- “val_gond_2014_nao_isento”;
- “val_gond_2013_isento”;
- “val_gond_2013_nao_isento”;
- “nao_val_gond_2014_isento”;
- “nao_val_gond_2013_isento”;
- “nao_val_gond_2014_nao_isento”.

Estas variáveis indicam se os doentes pertencem ao concelho de Valongo, ao concelho de Valongo ou de Gondomar, a qualquer outro exceto Valongo, ou a qualquer outro exceto Valongo ou Gondomar, se o episódio foi em 2013 ou 2014, e se estavam ou não isentos de pagamento de taxa moderadora. A interação entre o ano e a localização permite analisar se de um ano para o outro os utentes de Valongo se comportam de forma diferente comparativamente aos utentes de outros concelhos. A interação entre o



ano, a localização e a isenção permite analisar o mesmo, mas cruzando adicionalmente com a isenção, de forma a verificar se o facto de estar isento ou não interfere no comportamento.

Para a variável localização, realizamos testes com a variável “Valongo” e com a variável “val_gond”, uma vez que, tal como vimos anteriormente pela Tabela 26, em 2014 houve um aumento dos utentes dos concelhos de Valongo e Gondomar no SUP do HSJ, enquanto para os restantes concelhos, tal não se verificou.

As co-variáveis (género, idade e mês) foram incluídas, pela evidência encontrada na literatura e já descrita anteriormente neste trabalho, do maior número de “episódios inadequados” entre o género feminino, assim como em utentes mais jovens, e em determinados meses do ano ((Sempere-Selva et al. (2001), Pereira et al. (2001), Bianco et al. (2003), (Hoot e Aronsky (2008), Carret et al. (2009)).

A variável “idade” foi “centrada”, ou seja, em cada caso foi subtraída a média ao valor da idade, de forma a obter a variável “idade_centered”. Assim, esta variável dá a diferença da idade face à média, em que um valor de zero indica um caso com idade igual à média, um valor positivo indica um caso com idade superior à média, e um valor negativo indica um caso com idade inferior à média. Segundo alguns autores, é recomendado “centrar” variáveis independentes para reduzir a multicolinearidade, e ajudar a interpretar os resultados, tornando a interpretação dos coeficientes mais simples (Jaccard e Turrisi, 1990).

Após a definição destas variáveis, realizamos testes de vários modelos, usando o teste de qualidade de ajustamento do modelo no seu todo (Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit), de forma a verificar a adequação do modelo global, utilizando as variáveis desejadas.



Utilizamos o método “Enter” nos modelos testados, uma vez que de acordo com Hosmer e Lemeshow (2000) é preferível uma seleção intencional das variáveis, relativamente a outros métodos que podem levar a resultados tendenciosos. Para a construção dos modelos testados, usamos o programa informático IBM SPSS Statistics 22. Os testes realizados são apresentados de seguida.

4.3.1 – Teste Hosmer-Lemeshow para o modelo que inclui todas as variáveis, quando a localização é “val_gond”

Neste primeiro modelo foram incluídas todas as variáveis, sendo utilizada como variável para a localização a variável “val_gond”.

O teste Hosmer-Lemeshow deu-nos uma Sig de 0,000, que indica que no global o modelo não é adequado. No entanto, este resultado é habitual quando o número de observações é elevado, e também em modelos nos quais existem variáveis de interação, como é o caso deste estudo (Allison, 2012).

A tabela de classificação para este teste deu-nos 93,5% de casos que foram classificados corretamente relativamente aos azuis e verdes, e 20% de casos que foram classificados corretamente relativamente aos laranjas e vermelhos. No entanto, e mais uma vez devido ao elevado número de observações deste estudo, mesmo um valor de 20%, é um bom resultado (Allison, 2012).

Este primeiro teste mostrou-nos ainda que há várias variáveis que ficam fora do modelo (“val_gond_2013”, “nao_val_gond_2014”, “val_gond_2014_nao_isento”, “val_gond_2013_nao_isento”, “nao_val_gond_2014_nao_isento”, “nao_val_gond_2013_isento”), e que há também várias variáveis que não são significativas (“val_gond_2014”, “val_gond_2014_isento”, “val_gond_2013_isento”,



“nao_val_gond_2014_isento”, “setembro” e “outubro”).

Realizamos ainda o teste de multicolinearidade entre as variáveis, de forma a verificar se as variáveis independentes possuem relações lineares exatas ou aproximadamente exatas entre elas.

Assim, e para este primeiro modelo, verificamos que a variável “isento” tem uma alta multicolinearidade ($VIF = 2,786$), assim como a variável “nao_val_gond_2014_isento” ($VIF = 2,583$), o que dificulta uma boa estimação do modelo (Allison (1999), Anderson et al. (2002)).

4.3.2 – Teste Hosmer-Lemeshow para o modelo que inclui todas as variáveis, exceto as variáveis relativas aos meses, quando a localização é “val_gond”

Neste segundo modelo foram incluídas todas as variáveis, exceto as referentes aos meses, e foi utilizada como variável para a localização a variável “val_gond”.

O teste Hosmer-Lemeshow deu-nos uma Sig de 0,000, que indica que no global o modelo não é adequado. No entanto, e tal como já justificado anteriormente, este resultado é habitual quando o número de observações é elevado.

A tabela de classificação para este teste deu-nos 93,7% de casos que foram classificados corretamente relativamente aos azuis e verdes, e 18,9% de casos que foram classificados corretamente relativamente aos laranjas e vermelhos.

Este segundo teste mostrou-nos ainda que há várias variáveis que ficam fora do modelo (“val_gond_2013”, “nao_val_gond_2014”, “val_gond_2014_nao_isento”, “val_gond_2013_nao_isento”, “nao_val_gond_2014_nao_isento”, “nao_val_gond_2013_isento”), e que há também várias variáveis que não são significativas (“val_gond_2014”, “nao_val_gond_2014_isento”,



“val_gond_2013_isento”, “val_gond_2014_isento”).

Relativamente ao teste de multicolinearidade entre as variáveis, neste modelo verificamos que as variáveis “isento” e “nao_val_gond_2014_isento” têm uma alta multicolinearidade.

4.3.3 – Teste Hosmer-Lemeshow para o modelo que inclui todas as variáveis, exceto as variáveis relativas aos meses e às interações “ano-val_gond-isento”, quando a localização é “val_gond”

Neste terceiro modelo foram excluídas as variáveis referentes aos meses e as variáveis relativas à interação entre ano, Valongo_Gondomar e isento, tendo sido utilizada como variável para a localização a variável “val_gond”.

O teste Hosmer-Lemeshow deu-nos uma Sig de 0,000, que indica que no global o modelo não é adequado. Mais uma vez este resultado é habitual, uma vez que o número de observações é elevado.

A tabela de classificação para este teste deu-nos 93,8% de casos que foram classificados corretamente relativamente aos azuis e verdes, e 18,7% de casos que foram classificados corretamente relativamente aos laranjas e vermelhos.

Este terceiro teste mostrou-nos que duas variáveis ficam fora do modelo (“val_gond_2013” e “nao_val_gond_2014”), e que a variável “val_gond_2014” não é significativa.

Relativamente ao teste de multicolinearidade entre as variáveis, neste modelo não há evidências de multicolinearidade.



4.3.4 – Teste Hosmer-Lemeshow para o modelo que inclui todas as variáveis, quando a localização é “Valongo”

Neste quarto modelo realizamos o teste Hosmer-Lemeshow incluindo todas as variáveis, utilizando como variável para a localização a variável “Valongo”.

O teste Hosmer-Lemeshow deu-nos uma Sig de 0,000, o que é habitual devido ao elevado número de observações.

A tabela de classificação para este teste deu-nos 93,3% de casos que foram classificados corretamente relativamente aos azuis e verdes, e 20,4% de casos que foram classificados corretamente relativamente aos laranjas e vermelhos.

Este quarto teste mostrou-nos ainda que há várias variáveis que ficam fora do modelo (“valongo_2013”, “nao_valongo_2014”, “valongo_2014_nao_isento”, “valongo_2013_nao_isento”, “nao_valongo_2014_nao_isento”, “nao_valongo_2013_isento”), e que há também várias variáveis não significativas (“valongo_2014”, “valongo_2014_isento”, “valongo_2013_isento”, “nao_valongo_2014_isento”, “setembro” e “outubro”).

O teste de multicolinearidade entre as variáveis, para este modelo, mostra que a variável “nao_valongo_2014_isento” tem uma alta multicolinearidade ($VIF = 2,541$), e a variável “isento” está no limite da colinearidade ($VIF = 2,469$), o que, como atrás já foi referido, levanta dificuldades a uma adequada estimação do modelo.

4.3.5 – Teste Hosmer-Lemeshow incluindo todas as variáveis exceto as variáveis referentes aos meses, quando a localização é “Valongo”

Neste quinto modelo foram excluídas as variáveis referentes aos meses, e foi utilizada como variável para a localização a variável “Valongo”.



O teste Hosmer-Lemeshow deu-nos uma Sig de 0,000, que indica que no global o modelo não é adequado.

A tabela de classificação para este teste deu-nos 93,6% de casos que foram classificados corretamente relativamente aos azuis e verdes, e 19,1% de casos que foram classificados corretamente relativamente aos laranjas e vermelhos.

Este quinto teste mostrou-nos ainda que há várias variáveis que ficam fora do modelo (“valongo_2013”, “nao_valongo_2014”, “valongo_2014_nao_isento”, “valongo_2013_nao_isento”, “nao_valongo_2013_isento” e “nao_valongo_2014_nao_isento”), e que há também várias variáveis não significativas (“valongo_2014”, “valongo_2014_isento”, “valongo_2013_isento” e “nao_valongo_2014_isento”).

Relativamente ao teste de multicolinearidade entre as variáveis, neste modelo não há evidências de multicolinearidade.

4.3.6 – Teste Hosmer-Lemeshow incluindo todas as variáveis exceto as variáveis referentes aos meses e as variáveis relativas à interação entre ano-valongo-isento, quando a localização é “Valongo”

Neste sexto e último modelo foram excluídas as variáveis referentes aos meses e as variáveis relativas à interação entre ano, Valongo e isento, sendo utilizada como variável para a localização a variável “Valongo”.

O teste Hosmer-Lemeshow deu-nos uma Sig de 0,000.

A tabela de classificação para este teste deu-nos 93,7% de casos que foram classificados corretamente relativamente aos azuis e verdes, e 19% de casos que foram classificados corretamente relativamente aos laranjas e vermelhos.



Este teste mostrou-nos que duas variáveis ficam fora do modelo (“valongo_2013” e “nao_valongo_2014”), e que as variáveis são significativas a 5% exceto “valongo_2014”, que é significativa apenas a 10%.

Relativamente ao teste de multicolinearidade entre as variáveis, neste modelo também não há evidências de multicolinearidade.

Assim, decidimos apresentar, analisar e discutir, apenas os resultados deste sexto teste (ver Tabela 34). De facto, nos restantes testes existem problemas de multicolinearidade, ou um elevado número de variáveis excluídas ou não significativas.

Variáveis	B	Sig.	Exp(B)	Percentagem de variação face à base
“ano”	-,075	,000	,928	-7,20586
“Valongo”	,176	,000	1,192	19,19265
“valongo_2014”	-,088	,066	,916	-8,4452
“Isento”	-,121	,000	,886	-11,403
“idade_centered”	,027	0,000	1,028	2,760858
“Género”	-,276	,000	,759	-24,1299
Constant	-,545	,000	,580	-41,9875

Tabela 34 – As variáveis da equação do modelo

Analisando a Tabela 34, o B que aparece na tabela é o valor determinado pelo modelo para o parâmetro associado a cada variável. Contudo, o valor mais relevante para a interpretação dos resultados é o que é dado na coluna Exp (B), pelo que será este o analisado em seguida.



Relativamente à variável ano, o Exp (B) é 0,928. Ou seja:

$$\frac{\frac{\text{"graves"}}{\text{"não graves"}} \Big| \text{Ano} = 2014}{\frac{\text{"graves"}}{\text{"não graves"}} \Big| \text{Ano} = 2013}} = 0,928$$

O Exp (B) para a variável “ano” é inferior a 1, logo existe uma menor proporção de doentes graves em 2014 face a não graves, ou seja, em 2014 temos menos doentes graves e mais não graves.

Interpretando a percentagem de variação face à base, que nos é dada por: $(\text{Exp}(\text{B})-1) \times 100$, diz-nos que em 2014 o rácio (graves / não graves) é 7,2% menor do que em 2013.

Estes resultados são semelhantes aos que já tínhamos descrito anteriormente, pela análise descrita relativamente aos SU. De facto, houve um aumento em 2014 de episódios de menor gravidade e uma diminuição dos episódios de maior gravidade.

Relativamente à variável “valongo”, o Exp (B) é 1,192. Ou seja:

$$\frac{\frac{\text{"graves"}}{\text{"não graves"}} \Big| \text{Valongo}}{\frac{\text{"graves"}}{\text{"não graves"}} \Big| \text{Não Valongo}} = 1,192$$



O Exp (B) para a variável “valongo” é superior a 1, logo existe uma maior proporção de doentes graves de Valongo, face a doentes de outros concelhos.

Interpretando a percentagem de variação face à base, temos que os episódios de Valongo têm um rácio (graves / não graves) superior aos episódios referentes a outros concelhos (19,19%).

Neste modelo, a única variável de interação considerada foi “valongo_2014”, uma vez que as restantes não foram consideradas “relevantes” pois não acrescentavam informação. Tal como dito anteriormente, esta variável é significativa a 10%, mas não a 5%.

Como vemos na Tabela 34, o Exp (B) para esta variável é inferior a 1, logo existe uma menor proporção de doentes graves de Valongo em 2014, face a doentes de outros concelhos em 2013:

$$\frac{\frac{\text{"graves"}}{\text{"não graves"}} \bigg| \text{Valongo 2014}}{\frac{\text{"graves"}}{\text{"não graves"}} \bigg| \text{Não Valongo 2013}} = 0,916$$

Interpretando a percentagem de variação face à base, temos que em 2014 os episódios de Valongo têm um rácio (graves / não graves) inferior aos episódios referentes a outros concelhos em 2013 (-8,44%).



Assim, estes resultados parecem confirmar que, se existiu alguma variação de 2013 para 2014, foi até uma diminuição da gravidade dos episódios referentes aos utentes de Valongo.

Apesar de ter havido um aumento em 2014 de utentes do concelho de Valongo no SUP do HSJ (que seria de esperar face ao encerramento do SUB de Valongo), estes resultados também mostram que, apesar do aumento da distância (e dos custos indiretos associados ao transporte), houve sim um aumento dos casos “menos graves” relativamente aos “mais graves”, contrariamente ao que seria esperado (Mckee et al. (1990), Furtado e Pereira (2010) e Rudge et al. (2013)), uma vez que supostamente os “menos graves” deveriam ser mais sensíveis ao preço.

Para a variável “isento”, os resultados mostram que o Exp (B) para esta variável é inferior a 1, logo existe uma menor proporção de doentes graves, isentos de pagamento de taxa moderadora, face a doentes não isentos de pagamento de taxa moderadora, ou seja:

$$\frac{\frac{\text{"graves"}}{\text{"não graves"}} \Big| \text{Isentos}}{\frac{\text{"graves"}}{\text{"não graves"}} \Big| \text{Não Isentos}} = 0,886$$

Interpretando a percentagem de variação face à base, temos que os episódios isentos de pagamento de taxa moderadora, têm um rácio (graves / não graves) inferior aos episódios não isentos de pagamento (-11,40%), ou seja, entre os utentes não isentos a pagamento de taxas moderadoras há mais doentes graves face a não graves. Este resultado vai de encontro aos resultados de Sempere-Selva et al. (2001), segundo os



quais, os episódios “inadequados” nos SU são mais frequente em doentes isentos do que não isentos de pagamento.

Considerando ainda a variável “idade”, que é a única variável contínua, o Exp (B) dá-nos o que acontece ao rácio (grave / não grave) quando a idade aumenta em 1. Para esta variável o Exp (B) é superior a 1, logo o rácio (graves / não graves) aumenta quando a idade também aumenta, ou seja, a gravidade aumenta com o aumento da idade. Estes resultados são semelhantes aos relatados por alguns autores (Sempere-Selva et al. (2001), Bianco et al. (2003), Carret et al. (2009)).

Por último, e relativamente à variável “género”, o Exp (B) é 0,759, ou seja:

$$\frac{\frac{\text{"graves"}}{\text{"não graves"}} \Big| \text{Feminino}}{\frac{\text{"graves"}}{\text{"não graves"}} \Big| \text{Masculino}} = 0,759$$

O Exp (B) para a variável “género” é inferior a 1, logo existe uma menor proporção de doentes graves do género feminino, face a doentes do género masculino.

Interpretando a percentagem de variação face à base, temos que os utentes do género feminino têm um rácio (graves / não graves) inferior aos utentes do género masculino (-24,13%). Este resultado vai de encontro às conclusões de outros estudos já referidos ao longo deste trabalho, que referem um maior número de episódios “inadequados” entre o género feminino (Sempere-Selva et al. (2001), Pereira et al. (2001), Bianco et al. (2003), Carret et al. (2009)).

Assim, podemos concluir que os resultados da regressão logística são similares e suportam os apresentados anteriormente, a todos os níveis.



5 – CONCLUSÃO

Neste estudo, foi avaliado o efeito do encerramento do SUB de Valongo na procura pelos CSP de Valongo e pelo SUP do HSJ.

Quer os CSP de Valongo, quer o SUP do HSJ viram a sua procura aumentar em 2014 relativamente a utentes do concelho de Valongo, o que seria de esperar após o encerramento do SUB de Valongo. No entanto, nos CSP o número total de consultas em 2014 foi inferior ao de 2013, ao contrário do que seria de esperar. A redução da procura pelos CSP no geral pode refletir uma barreira de acesso a estes cuidados (como falta de médico de família ou dificuldade em agendar consultas), ou pode também refletir o possível aumento de utentes com seguros privados de saúde e o respetivo desvio desses utentes para unidades privadas de saúde. No entanto, e a avaliar pelo número de consultas em 2014 no HSJ, que teve um aumento significativo, e uma vez que o aumento incidiu sobre os casos não urgentes ou pouco urgentes, parece sustentar a primeira teoria de que possivelmente existem barreiras no acesso aos cuidados de saúde primários que assim poderiam justificar o aumento da procura em serviços de urgência por casos que poderiam ser observados nessas unidades, que deveriam ser o primeiro ponto de contacto com o utente. Por outro lado, e tal como vimos ao longo da revisão bibliográfica, a crença existente de que o serviço de urgência disponibiliza a possibilidade de realização de exames de diagnóstico de imediato, ao contrário do que acontece nos CSP, pode também ser uma explicação para os números encontrados, sugerindo assim que deve haver uma maior preocupação com o devido ensino e sensibilização da população.

O eventual aumento dos custos de deslocação, para a população de Valongo, também não parece ter tido qualquer impacto, uma vez que a referida população continuou a preferir o SU em detrimento dos CSP para casos menos graves (relembrando que o Hospital de Valongo situa-se a uma distância de cerca de 12 km relativamente ao



Hospital de São João).

Parece-nos assim, que as perceções dos utentes face à doença, e o valor atribuído ao bem “saúde”, têm um peso mais significativo do que o preço ou a proximidade. No entanto, nos dados que nos foram fornecidos, não dispomos do número de episódios que recorreram ao SU por iniciativa própria ou reencaminhados de outros Médicos, de outros serviços, de outros hospitais, ou até mesmo dos casos que teriam já eventualmente recorrido a outro Médico para o mesmo problema. Consideramos assim, que para melhor interpretação e comparação dos resultados, seria também importante saber qual a percentagem de utentes que recorreu ao SU por iniciativa própria ou por referência.

Assim, este trabalho de investigação utilizou dados de períodos homólogos antes e após o encerramento do SUB de Valongo para limitar as variações sazonais que pudessem confundir os resultados do estudo. No entanto, os parâmetros usados para avaliar o impacto do encerramento não contemplam outros fatores desconhecidos que podem ter causado variação na procura, quer pelos Centros de Saúde, quer pelo SUP do Hospital de São João, como sendo por exemplo a crise financeira que pode ter levado utentes a deixar de procurar serviços médicos privados para procurar no público, e neste caso não estar diretamente relacionado com o encerramento do SUB de Valongo, ou pelo contrário, o encerramento ter levado a que alguns utilizadores passassem a preferir recorrer a serviços privados, em vez de procurar os Centros de Saúde ou uma urgência Polivalente. Para ultrapassar esta limitação, seria importante, no futuro, a realização de inquéritos dirigidos à população em estudo, para melhor interpretação dos resultados encontrados. Por outro lado, a implementação de inquéritos seria uma mais valia porque permitiria estudar melhor os comportamentos e motivações da população e só assim seria possível compreender de forma holística o fenómeno da procura por serviços de saúde, uma vez que teria também em consideração a perceção por parte dos indivíduos.



Apesar das limitações encontradas, podemos concluir que encerramento do SUB de Valongo não teve impacto na procura pelos CSP e que relativamente ao SU teve um impacto reduzido, e no sentido oposto ao que seria de esperar, uma vez que o ligeiro aumento de utentes, verificado nessa unidade de saúde foi para casos pouco urgentes ou não urgentes. Apesar das diferenças percentuais encontradas serem muito reduzidas, os testes do qui quadrado realizados mostraram quase sempre que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas. Isto em parte decorre da grande dimensão da população deste estudo. Com a dimensão da população aqui estudada, mesmo diferenças pequenas serão identificadas como estatisticamente significativas, dado que existem muitos dados e dada a forma como a estatística de teste é calculada (que depende do tamanho da amostra/população).

Consideramos ainda, que o encerramento do SUB de Valongo permitiu reduzir custos, pelo facto de se ter encerrado um serviço de urgência, com todas as poupanças inerentes, mantendo a acessibilidade de cuidados, uma vez que tal não se refletiu, aparentemente, numa maior sobrecarga dos restantes serviços de saúde (CSP de Valongo e SUP do Hospital de São João).



BIBLIOGRAFIA

- ALERT. (2002). “«Dói, dói, trim, trim» entra em funcionamento no Porto.” Disponível em: <http://www.alert-online.com/pt/news/health-portal/doi-doi-trim-trim-entra-em-funcionamento-no-porto> acedido em 01 outubro 2014.
- Allison, P. D. (1999), *Multiple regression: A primer*, Thousand Oaks: Pine Forge Press.
- Allison, P. D. (2012), *Logistic Regression Using SAS: Theory and Application, Second Edition*, SAS Institute.
- Anderson, D. R., Sweeney, D. J., Williams, T. A. (2002), *Statistics for business and economics*, South-Western: Mason.
- AR. CRP (2005), Constituição da República Portuguesa: VII Revisão Constitucional. Lisboa: Assembleia da República, 2005. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf> acedido em 11 outubro 2014.
- Ardagh, M., & Richardson, S. (2004), “Emergency department overcrowding can we fix it?”, *The New Zealand Medical Journal*, 117, 1189.
- Barros, P. P. (2012), Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy*, 106(1), 17-22. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.04.008.
- Bellow, A. A., Jr., & Gillespie, G. L. (2014), The evolution of ED crowding. *J Emerg Nurs*, 40(2), 153-160. doi: 10.1016/j.jen.2013.01.013.
- Bianco, A., Pileggi, C., & Angelillo, I. F. (2003), Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*, 117(4), 250-255. doi: 10.1016/s0033-3506(03)00069-6.
- Biscaia, A., Martins, J. N., Ferrinho, P., Gonçalves, I., Antunes, A. R., & Carreira, M. (2008), Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para novos sucessos. 2ª ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora. Grande Prémio Astrazeneca 2005.
- Blunt, I., Bardsley, M., & Dixon, J. (2010), Trends in emergency admissions in England 2004–2009: is greater efficiency breeding inefficiency? London: The Nuffield Trust.



- Buchmueller, T. C., Jacobson, M., & Wold, C. (2006), How far to the hospital? The effect of hospital closures on access to care. *J Health Econ*, 25(4), 740-761. doi: 10.1016/j.jhealeco.2005.10.006.
- Carret, M. L., Fassa, A. C., & Domingues, M. R. (2009), Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad. Saúde Pública*, pp. 7-28.
- Carret, M. L., Fassa, A. G., & Kawachi, I. (2007), Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res*, 7, 131. doi: 10.1186/1472-6963-7-131.
- CHSJ. (2013), Relatório & Contas de 2013 do Centro Hospitalar de São João. Disponível em: http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/245/R_C_2013.pdf acedido em 07 novembro 2014.
- Clancy, C. M., & Eisenberg, J. M. (1997), Emergency Medicine in Population-Based Systems of Care. *Annals of Emergency Medicine*, 30(6), 800-803. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0644\(97\)70052-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0644(97)70052-0).
- Cortez, A. C. R. (2009), Utilização das Urgências Hospitalares e Acesso aos Cuidados de Saúde Primários: O Impacto da Implementação das USF na Procura dos Serviços de Urgência. III Curso de Mestrado em Gestão em Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/4359/5/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Alexandra%20Cortez.pdf> acedido em 07 novembro 2014.
- CRRNEU. (2012), Comissão da Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf> acedido em 11 outubro 2014.
- Decreto-Lei nº 23/2006, 02 de fevereiro. Implementação de Unidades de Saúde Familiar. *D.R. I Série-A* – n.º24 (02-02-2006): 788 – 789.



- Decreto-Lei n.º 28/2008, 22 de fevereiro. Criação de agrupamentos de centros de saúde (ACES). *D.R. I Série* – n.º38 (22-02-2008): 1182-1185.
- Decreto-Lei n.º 68/2008, 14 de Abril. Unidades territoriais no continente. *D.R. I Série* – n.º73 (14-04-2008): 2194.
- Decreto-Lei n.º 30/2011, 02 de Março. Criação do Centro Hospitalar de São João, E. P. E.. *D.R. I Série* – n.º43 (02-03-2011): 1274 – 1275.
- Derlet, R. W. (2002), Overcrowding in emergency departments: Increased demand and decreased capacity. *Annals of Emergency Medicine*, 39(4), 430-432. doi: 10.1067/mem.2002.122707.
- Derlet, R. W., & Richards, J. R. (2000), Overcrowding in the Nation's Emergency Departments: Complex Causes and Disturbing Effects. *Annals of Emergency Medicine*, 35:1, 63-68.
- Derlet, R. W., Richards, J. R., & Kravitz, R. L. (2001), Frequent Overcrowding in U.S. Emergency Departments. *Academic Emergency Medicine*, 8(2), 151-155.
- El Sayed, M., Mitchell, P. M., White, L. F., Rubin-Smith, J. E., Maciejko, T. M., Obendorfer, D. T., Ulrich, A. S., Dyer, S., Olshaker, J. S. (2012), Impact of an emergency department closure on the local emergency medical services system. *Prehosp Emerg Care*, 16(2), 198-203. doi: 10.3109/10903127.2011.640418.
- ERS. (2011), Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde: Entidade Reguladora da Saúde. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_o_SNS.pdf acedido em 11 outubro 2014.
- ERS. (2015), Qual o valor das taxas moderadoras, nas consultas, no atendimento em urgência e no hospital de dia? (Resposta atualizada em 22/01/15): Entidade Reguladora da Saúde. Disponível em: <https://www.ers.pt/pages/142> acedido em 12 junho 2015.
- Espinosa, G., Miró, Ó., Sánchez, M., Coll-vinent, B., & Millá, J. (2002), Effects of external and internal factors on emergency department overcrowding. *Annals of Emergency Medicine*, 39:6, 693-695.
- Farinha, R., Oliveira, M. D., & Sá, A. B. (2008), Networks of primary and secondary



care services: how to organise services so as to promote efficiency and quality in access while reducing costs. *Quality in Primary Care*, 16, 249-258.

Furtado, C., & Pereira, J. (2010), Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. *Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/EA1.pdf> acedido em 07 novembro 2014.

Gomes, M. M. O. R. (2013), O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses: um estudo no Hospital de São João. Curso de Mestrado em Gestão das Organizações no Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em: http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4546/1/DM_MafaldaGomes_2014.pdf acedido em 15 abril 2015.

Hoot, N. R., & Aronsky, D. (2008), Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med*, 52(2), 126-136. doi: 10.1016/j.annemergmed.2008.03.014.

Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000), Applied Logistic Regression, Second Edition: *John Wiley & Sons, Inc.*

Hunter, C., Chew-Graham, C., Langer, S., Stenhoff, A., Drinkwater, J., Guthrie, E., & Salmon, P. (2013), A qualitative study of patient choices in using emergency health care for long-term conditions: the importance of candidacy and recursivity. *Patient Educ Couns*, 93(2), 335-341. doi: 10.1016/j.pec.2013.06.001.

INE. (2011), Instituto Nacional de Estatística - Census 2011. Disponível em: <http://mapas.ine.pt/map.phtml> acedido em 20 Abril 2015.

INE. (2013), Instituto Nacional de Estatística - Despesa Pública em Saúde.

INE. (2014), Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas demográficas 2013, Edição 2014.

INE. (2015), Instituto Nacional de Estatística - Estatística da Saúde 2013, Edição 2015.

Jaccard, J., Wan, C. K., & Turrisi, R. (1990), The Detection and Interpretation of Interaction Effects Between Continuous Variables in Multiple Regression. *Multivariate Behavioral Research*, 25(4).

Lei nº 56/79, 15 de Setembro. Criação do Serviço Nacional de Saúde. *D.R. I Série* -



n.º214 (15-09-1979): 2357.

- Liu, L., Hader, J., Brossart, B., White, R., & Lewis, S. (2001), Impact of rural hospital closures in Saskatchewan, Canada. *Social Science & Medicine*, 52, 1793-1804.
- Lourenço, Ó., Quintal, C., Ferreira, P. L., & Barros, P. P. (2007), A Equidade na Utilização de Cuidados de Saúde em Portugal: uma avaliação baseada em modelos de contagem. *Notas Económicas*, 6-26.
- Mason, S., Mountain, G., Turner, J., Arain, M., Revue, E., & Weber, E. J. (2014), Innovations to reduce demand and crowding in emergency care; a review study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 22:55, 1-7.
- McKee, C. M., Gleadhill, D. N. S., & J D Watson, J. D. (1990), Accident and emergency attendance rates: variation among patients from different general practices. *British Journal of General Practice*, 40, 150-153.
- Moskop, J. C., Sklar, D. P., Geiderman, J. M., Schears, R. M., & Bookman, K. J. (2009), Emergency department crowding, part 1--concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med*, 53(5), 605-611. doi: 10.1016/j.annemergmed.2008.09.019.
- Mota, I. A., Pinto, M., Sá, J. V. e., Marques, V. S., & Ribeiro, J. F. (2005), Estratégia Nacional para o Desenvolvimento Sustentável - ENDS 2005-2015.
- MS. (2010), Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS - (Lei nº 41/2007, de 24 de Agosto). Lisboa: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em http://www.chc.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHCoimbra/informacaoutentes/relatorio_acesso_cuidados_saude_SNS_201006.pdf acedido em 20 dezembro 2014.
- MS. ACSS (2011), Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários, Segunda Edição. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/apmcg_ICPC%20v%201.7.pdf acedido em 20 abril 2015.
- MS. ACSS (2014), Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da



Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RelIntegracaoCuidadosSaude.pdf> acessado em 25 junho 2015.

- MS. ACSS (2015), Circular Normativa Nº 1/2015/DPS/ACSS: Atualização do valor de taxas moderadoras de acordo com índice de inflação. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular.pdf> acessado em 25 junho 2015.
- MS. ARS Norte (2013), Plano de Ação 2013 – 2014: ACES Grande Porto III. Administração Regional de Saúde do Norte. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Documentos/ACES_Maia_Valongo_PA_2013_2014.pdf acessado em 20 dezembro 2014.
- MS. DGS (2002), Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2002.
- Murphy, A. W. (1998), "Inappropriate" attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. *Family Practice*, 15(1), 23-32.
- Muus, K. J., Ludtke, R. L., & Gibbens, B. (1995), Community Perceptions of Rural Hospital Closure. *Journal of Community Health*, 20(1), 65-73.
- Novo, L. S. M. (2010), A Procura de Cuidados de Saúde no Distrito de Viana do Castelo. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde na Faculdade de Economia do Porto.
- OECD. (2010), Health at a Glance: Europe 2010.
- OECD. (2014), Health at a Glance: Europe 2014.
- Oliveira, A. (2006), Urgência básica. *Acta Med Port*, 19, 269-273.
- Pereira, S., e Silva, A. O., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., Angélico, M., Fonseca, L., Loureiro, E., Barroso, S., Machado, A., Soares, M., da Costa, A. B., de Freitas, A. F. (2001), Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese University hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 580-586. doi: 10.1067/mem.2001.114306.
- PORDATA (2014), Banco de dado Portugal Contemporâneo - Despesa corrente em



cuidados de saúde em % do PIB em Portugal.

- Portaria n.º 310/2012, 10 de outubro. Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto III — Maia/Valongo. *D.R. I Série* – n.º196 (10-10-2012): 5630.
- Ramos, P. J. S. (2013), The impact of a rise in co-payments on the demand for emergency services. Master thesis in health care economics and management, Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- Reif, S. S., DesHarnais, S., & Bernard, S. (1999), Community Perceptions of the Effects of Rural Hospital Closure on Access to Care. *The Journal of Rural Health*, 15(2), 202-209.
- Richardson, L. D., & Hwang, U. (2001), Access to Care: A Review of the Emergency Medicine Literature. *Acad Emerg Med.*, 8, 1030-1036.
- Romero, D., Kwan, A., Nestler, S., & Cohen, N. (2012a), Impact of the closure of a large urban medical center: a quantitative assessment (part II). *J Community Health*, 37(5), 995-1005. doi: 10.1007/s10900-012-9551-2.
- Romero, D., Kwan, A., Swearingen, J., Nestler, S., & Cohen, N. (2012b), Impact of the closure of a large urban medical center: a qualitative assessment (part I). *J Community Health*, 37(5), 982-994. doi: 10.1007/s10900-012-9550-3.
- Rudge, G. M., Mohammed, M. A., Fillingham, S. C., Girling, A., Sidhu, K., & Stevens, A. J. (2013), The combined influence of distance and neighbourhood deprivation on Emergency Department attendance in a large English population: a retrospective database study. *PLoS One*, 8(7), e67943. doi: 10.1371/journal.pone.0067943.
- Sakellarides, C., Gonçalves, C., Cunha, F. A. e., Dussault, G., Biscaia, J. L., & Santa, L. (2009), Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Acontecimento extraordinário.
- Sempere-Selva, T., Peiro, S., Sendra-Pina, P., Martinez-Espin, C., & Lopez-Aguilera, I. (2001), Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons--an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med*, 37(6), 568-579. doi: 10.1067/mem.2001.113464.
- Sinay, U. T. (1998), Hospital Mergers and Closures: survival of rural hospitals. *The Journal of Rural Health*, 14(4), 357-365.



- Small, S., & Parris, C. (2013), The patient impact of A&E closures. *Ulster Med J*, 82(1), 35.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005), Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83, N° 3, 457-502.
- WHO. (1978), Declaration of Alma-Ata: International Conference of Primary Health Care. Geneva: The World Health Organization.
- WHO. (2011), International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, edition 2010. 3 v. Geneva: The World Health Organization. Disponível em:
http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1 acessado em 20 abril 2015.
- Williams, R. M. (1996), The costs of visits to emergency departments. *The New England Journal of Medicine*, 334 No 10, 642-646.
- Young, G. P., & Sklar, D. (1995), Health Care Reform and Emergency Medicine. *Annals of Emergency Medicine*, 25(5), 666-674. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0644\(95\)70182-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0644(95)70182-6).

