

ANTÓNIO AGRIPINO COSTA OLIVEIRA



HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA AJUDA

URGÊNCIA BÁSICA

UNIVERSIDADE DO PORTO - 2003

UNIVERSIDADE DO PORTO

**FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO
&
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR**

Vº MESTRADO DE SAUDE PÚBLICA

A URGÊNCIA BÁSICA

O Caso de Espinho

Dissertação para obtenção
do
Grau de Mestre em Saúde Pública
da
Universidade do Porto

ANTÓNIO AGRIPINO COSTA OLIVEIRA

PORTO - 2003

AGRADECIMENTOS

A dissertação é o ápice do processo de mestrado, que numa caminhada de três anos, me obrigou a abdicar de muita coisa. Contudo, foi enriquecedora pelos conhecimentos adquiridos e contactos com diferentes personalidades na área da saúde. A todos, que de algum modo contribuíram para este enriquecimento, e em particular para o Senhor Professor Doutor Henrique de Barros pelo acompanhamento deste trabalho, o meu reconhecido obrigado.

ÍNDICE

RESUMO	Pag. 4
ABSTRACT	Pag. 5
I – INTRODUÇÃO	Pag. 6
1 – A Consulta Urgente no Concelho de Espinho	Pag. 9
2 – A Organização dos Serviços de Saúde	Pag. 10
2.1 – Hospitais de Nível I	Pag. 11
2.2 – Centro de Saúde	Pag. 14
2.3 – Unidade de Urgência Básica	Pag. 16
3 – Satisfação dos utentes	Pag. 18
II – OBJECTIVOS	Pag. 25
III – MATERIAL E MÉTODOS	Pag. 27
1 – Estudo observacional descritivo referente aos anos 2000 e 2001	Pag. 28
1.1 – Participantes	Pag. 28
1.2 – Métodos	Pag. 28
2 – Estudo de opinião	Pag. 30
2.1 – Participantes	Pag. 30
2.2 – Métodos	Pag. 30
IV – RESULTADOS	Pag. 32
V – DISCUSSÃO	Pag. 43
VI – CONCLUSÕES	Pag. 54
VII – BIBLIOGRAFIA	Pag. 56
VIII – ANEXOS	Pag. 64

RESUMO:

A crescente procura de cuidados médicos e a falta de acessibilidade aos mesmos, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, constitui um dos factores mais determinantes na procura de consulta urgente. Este facto é reprodutível no Concelho de Espinho, com duas consultas urgentes a funcionar ao mesmo tempo, Consulta Aberta no Centro de Saúde e Unidade de Urgência no Hospital, separadas por vinte metros de distância.

Com este estudo investigou-se as razões da escolha do Espinhense pela instituição, utilizando os anos 2000 e 2001, e através dum questionário de opinião na primeira quinzena de Julho do ano 2002.

O objectivo global do estudo foi verificar se a percepção de gravidade da doença determina a opção do Espinhense pela instituição.

Os resultados revelaram que o Espinhense tem conhecimento do funcionamento das consultas, e a sua opção é consequência da expectativa de momento. A auto-avaliação do seu estado de saúde revelou-se num importante preditor na escolha da instituição. Assim, a Consulta Aberta no Centro de Saúde está dimensionada para o atendimento de doença crónica, enquanto a Unidade de Urgência atende a doença aguda.

Os doentes tendem a manifestar maior satisfação pelo atendimento na Unidade de Urgência, o que irá certamente determinar o desenvolvimento de intervenções destinadas, a melhorar aspectos dos serviços e cuidados de saúde, e nos recursos de profissionais de saúde.

ABSTRACT:

The increasing demand of health care and lack of its accessibility, in the scope of the National Health Service, is one of the most determining factors for the use of emergency departments. This fact is reproducible in the town of Espinho in spite of its two emergency consultations working at the same time, open consultation at the Health Center and Hospital Unit for emergency consultation, twenty meters distant from each other.

This study attempts to investigate the reasons why the inhabitants of Espinho choose the institution, based on the years 2000 and 2001 and the opinion's survey performed during the first fortnight of July 2002.

The purpose of the study was to verify whether the different perception of the illness gravity were related to the choice of the institution by the inhabitants of Espinho.

In general, the results have shown that the inhabitants of Espinho know how both consultations work and their choice is a consequence of their expectation at the moment. The patient's self-evaluation of his health condition has proved to be a very important predictor in the choice made. Thus, the open consultation at the Health Center is adjusted to give assistance to the chronic disease, while the Emergency Unit is prepared for the acute disease.

The patients tend to be more pleased with the performance of the Emergency Unit, that may be used in the development of interventions designed to improve some aspects of health services and care and concerning the resources of health professionals.

Urgência Básica

I. INTRODUÇÃO:

Os Serviços de Saúde Portugueses no último quarto do século vinte sofreram uma transformação estrutural e assistencial, mas sem que fosse aplicado um sistema coerente, estruturado e dimensionado, tendo em consideração não só as necessidades mas também as capacidades reais de concretização.

A reforma dos Serviços de Saúde de 1971¹, procurou garantir o direito à saúde, considerado como um direito de personalidade, compreendendo o acesso aos serviços, com restrições impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Esta reforma criou o Ministério de Saúde e Assistência, e um dos objectivos foi a abertura de Centros de Saúde como unidades de cuidados preventivos, curativos e de saúde pública, embrião de uma rede de cuidados primários, que não atingiu os seus objectivos pelas dificuldades que teve na integração dos Serviços Médico-Sociais da Previdência.

O primeiro Governo Provisório, após a Revolução de Abril de 1974, lançou as bases para a criação de um Serviço Nacional de Saúde para todos os cidadãos. A Constituição da República de 1976, no artigo 64º, garante o direito à saúde e permitiu criar as bases do Serviço Nacional de Saúde², universal e gratuito, o qual deve assegurar todo o tipo de cuidados de saúde: cuidados de promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, cuidados médicos de clínica geral e de especialidades, cuidados de enfermagem, internamento hospitalar, bem como os meios complementares de diagnóstico e a terapêutica. No ano de 1990 a publicação da Lei de Bases da Saúde³ determina que o Estado deve promover e garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de Saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. A Base XXX estabelece os princípios de avaliação permanente, referindo o nº2 : “ *É igualmente colhida informação sobre a qualidade dos serviços, o seu grau de aceitação pela população utente, o nível de satisfação de profissionais e a razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custo e benefícios*”. Estes sistemas não foram implementados e por consequência o Serviço Nacional de Saúde Português nunca alcançou os seus objectivos originais no respeitante a funções e organização.

A articulação⁴ e a cooperação entre os Cuidados Primários e Secundários nunca se alcançou, enquanto a produtividade e os programas de controlo de qualidade planificados também não satisfazem as expectativas.

A 17 de Janeiro de 1995 o Ministério da Saúde em despacho do Gabinete do Ministro determinou a criação da Comissão Nacional de Reestruturação⁵ das Urgências, com a finalidade de realizar um estudo completo das urgências em Portugal.

Estimava-se na altura para os serviços de urgência hospitalar⁶ 5 milhões de atendimentos anuais e para os serviços de urgência dos cuidados primários cerca de 3,5 milhões, ou seja, 8,5 milhões de atendimentos urgentes por ano, isto é, em cada mil portugueses 850 recorrem anualmente a uma consulta urgente, 500 dos quais a um serviço hospitalar. A Comissão de Análise das Urgências concluiu pela existência de 4 milhões de consultas indevidas nesses serviços. Com estes dados podemos pensar com segurança que o sistema apresenta disfunção grave, e que a execução técnico profissional e da qualidade científica no interior do sistema não é a mais desejável.

A sobreutilização dos serviços de emergência é um sério problema a nível mundial⁷, vários factores podem contribuir para este facto e muitos deles estão fora de controlo destes serviços. Uma das funções do serviço de urgência é assegurar cuidados a doentes que não tem acesso aos cuidados primários, podendo conduzi-los para uma “pública armadilha segura”⁸. A inadequada utilização dos Serviços de Emergência é devida a factores psicossociais e às altas expectativas das populações urbanas consequente ao fácil acesso⁹, assim como, a opinião favorável destes serviços¹⁰, falta de confiança nos cuidados primários¹¹ e factores internos adstritos à organização hospitalar¹². Esta procura abusiva e excessiva, 2 a 8 inapropriados em cada 10 atendimentos no Serviço de Emergência¹³, produz falta de continuidade de cuidados, retracção de recursos para doentes em risco vital¹³ e tempos de espera longos aos doentes¹⁴. A massificação induz a resultados pobres¹⁵ destes serviços, diminuem a qualidade dos cuidados prestados às verdadeiras emergências¹⁶ e aumento dos custos sobretudo nos de oportunidade e perda de bem estar para a sociedade no seu conjunto¹⁶.

1. A Consulta urgente no Concelho de Espinho:

No Concelho de Espinho, os resultados do recenseamento de 2001¹⁷ demonstraram a existência de 33402 residentes, um decréscimo de 4,3% relativo ao de 1990. Apesar desta diminuição, o atendimento na Unidade de Urgência do Hospital, na década de noventa, manteve uma média anual de 45000 atendimentos, ou seja, o Espinhense foi 1,3 vezes por ano à Unidade de Urgência (serviço de atendimento permanente do Hospital). Estes números ilustram a importância do hospital nos cuidados de saúde urgentes que presta às populações.

O Centro de Saúde de Espinho, em frente ao Hospital, a partir de Abril de 1997, criou uma consulta aberta nos dias normais de funcionamento das 8 às 20 horas, com o objectivo de aumentar a satisfação dos utentes através da melhoria na acessibilidade e disponibilidade às consultas do Centro de Saúde, melhorar a satisfação dos profissionais de saúde e diminuir o fluxo de utentes à unidade de urgência do Hospital de Espinho. A criação desta Consulta Aberta¹⁸, na sede do Centro de Saúde, levou ao encerramento das consultas de recurso das unidades, procurou melhorar a articulação orgânica e geográfica com a Unidade de Urgência do Hospital e tentou disciplinar a procura dos utentes deste tipo de serviço, assim como beneficiar a disponibilidade de cuidados médicos a utentes sem Médico de Família.

Este tipo de atendimento, Consulta Aberta, produziu uma média anual de 36000 consultas aos utentes inscritos no Centro de Saúde, para 120000 consultas anuais do Centro de Saúde de Espinho. Se associarmos as consultas urgentes da Consulta Aberta e Unidade de Urgência, resultaram 81000 urgências, que indiciam que cada Espinhense foi observado em consulta urgente 2,4 vezes.

Comparando estes indicadores do Concelho de Espinho, com o que se passa a nível Nacional - em 1997¹⁹ teve mais de 11 milhões de urgências - ou seja, cada português foi observado em consulta urgente 1,1 vezes, conclui-se que o Espinhense utilizava duas vezes mais que o português, em geral, a consulta urgente.

2. A organização dos Serviços de Saúde:

Os Serviços de Saúde de quase todos os países têm sido criados sem plano e sem método, do que resulta uma grande diversidade na estrutura e administração dos Serviços de Saúde²⁰ actualmente existentes, nos quais se inclui o Serviço Nacional de Saúde Português. Aqueles serviços nasceram nos Países da Europa mais desenvolvidos economicamente, das necessidades económicas e sociais que vêm da era do “industrialismo” e têm-se adaptado às necessidades reais, em certa medida, mas sofrendo a influência das tradições e culturas desses países.

De há muito se reconhece que o desenvolvimento equilibrado dos serviços de saúde implica o conhecimento das necessidades da população e das possibilidades financeiras e técnicas existentes. A escolha das formas de organização incidirá nas mais económicas e racionais, para solucionarem as diferentes categorias de problemas que caracterizam o estado sanitário das populações.

O planeamento sanitário tem em vista o estudo das necessidades sob os aspectos técnico e estatístico, de forma que se possa escolher e pôr a funcionar a estrutura adequada de serviços de prevenção, diagnóstico, de cuidados médicos em regime de consultas programadas e urgentes, internamento hospitalar, e determinar as prioridades quanto à actuação global dos serviços pela estimativa de pessoal especializado e auxiliar indispensável e na natureza e extensão do ensino a desenvolver para a preparação dos quadros deste pessoal.

2.1- Os Hospitais de nível I:

No Sistema Nacional de Saúde Português, o hospital deve assegurar à população o acesso a cuidados diferenciados, disponibilizando cuidados permanentes e emergentes 24 horas por dia.

A estrutura de cuidados diferenciados é constituída por diferentes tipos de hospitais consoante a sua hierarquia técnica e composição dos seus serviços: nacionais, centrais e distritais.

Os hospitais distritais²¹ são classificados em distritais propriamente ditos e locais, estes sendo os actuais hospitais de nível I, cujas áreas de atracção em regra coincidem com um concelho (onde se inclui o Hospital de Espinho- H.N.S.A.).

A caracterização dos cuidados hospitalares dos hospitais de nível I²², estão definidos pelos seguintes princípios:

- ✓ ** Internamento – as valências a incluir deverão ser em regra as quatro valências mais básicas – medicina, cirurgia geral, obstetrícia-ginecologia e pediatria, podendo eventualmente admitir-se outras básicas como a ortopedia e anestesia.*
- ✓ *Consulta externa – deverão existir consultas das valências do internamento e consulta de especialidades existentes em hospitais de nível superior, asseguradas por médicos daqueles hospitais.*
- ✓ *Urgência – todos os hospitais deverão ter uma **unidade de urgência** baseada no esquema de Serviço de Atendimento Permanente, servido por clínicos gerais, mediante acordo com as ARS e médicos do hospital. No SAP deverá existir a possibilidade da prática da pequena cirurgia (entendida aqui como cirurgia que não requer anestesia geral) e outras de que a capacidade e recursos do hospital permitam dispor. As necessidades que não possam ser satisfeitas pelo SAP serão canalizadas para o hospital de nível técnico superior em cuja área de influência se situa o hospital em questão.”*

Em geral os quadros médicos dos hospitais de nível I²³ estão dimensionados para um chefe de serviço e três assistentes pelas diferentes valências básicas que comportam.

O Hospital de Espinho (H.N.S.A.), tipificado como hospital de Nível I²⁴, comporta um quadro médico reduzido, conforme o quadro 1 documenta.

Quadro 1 – Quadro Médico do H.N.S.A.

VALÊNCIAS	Quadro	Não preenchido	Observações
Medicina Interna	4		
Cirurgia Geral	5		O Director é cirurgião
Ortopedia	4		
Anestesia	3	1	
Oftalmologia	2		2 [baixa para reforma]
Pediatria	2		2 elementos supranumerários
Cardiologia	1		
Patologia Clínica	1		
Radiologia	1		

Com remodelação do quadro em 1995, a valência de Cirurgia Geral ficou com cinco elementos, um é ocupado pelo director, a pediatria ficou reduzida de sete para dois, mais dois elementos supranumerários a extinguir, e foi criado um lugar de cardiologia. Na valência de Anestesia a Administração Regional de Saúde do Centro não permitiu a sua abertura do lugar vago.

Com a introdução do decreto das carreiras médicas²⁵, houve a retirada dos clínicos gerais na prestação de cuidados na urgência e os médicos da carreira hospitalar estão obrigados a efectuar serviço de urgência 12 horas por semana, cujos quadros exíguos não permitem assegurarem este serviço, e poderão pôr em risco as actividades programadas, no internamento, bloco e consulta externa. Com este quadro e com elementos com idade superior a 55 anos, cujo decreto das carreiras médicas os iliba de prestarem atendimento no serviço de urgência, o hospital fica com as horas disponíveis por especialidade para o Serviço Urgência, conforme quadro 2 documenta.

Para a constituição de uma equipa de urgência²⁶, serão necessários dois médicos em presença física, durante 24 horas, das seguintes especialidades: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesia, Pediatria e Obstetrícia. Os períodos laborais devem ter a duração máxima²⁷ de 12 horas, e os períodos nocturnos devem ser seguidos de dia de descanso.

A aplicação desta orientação ao quadro do hospital só permite constituir uma equipa de urgência a funcionar 12 horas por semana, eventualmente 24 horas se a administração disponibilizar horas extraordinárias.

Se porventura os médicos forem constringidos pela administração a desempenhar funções que saem do âmbito da sua especialidade, ou seja, estarem isoladamente na urgência, não incluídos em equipa, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos²⁸, através do seu consultor jurídico, decidiu que todos os elementos que se encontrem nesta situação para o denunciar junto da Ordem dos Médicos. Este parecer foi elaborado nos termos do Código Deontológico e no disposto do artigo 28º do Decreto-lei 73/90.

Quadro 2 – Valências disponíveis para S.U. / H.N.S.A

VALÊNCIAS	Horas por semana necessárias para o S.U. [7*24=168]		
	Nº Médicos	Horas preenchidas	Horas em falta
Medicina Interna	2	24	144
Cirurgia	3	36	132
Ortopedia	2	24	144
Anestesia	2	24	144
Oftalmologia	2	0	168
Pediatria	4	48	120
Patologia Clínica	1	12	156
Cardiologia	1	12	156
Radiologia	1	12	156

O Hospital de Espinho para solucionar o problema da Unidade de Urgência, recorreu à contratação por tarefa de elementos profissionais médicos indiferenciados (tarefeiros – os profissionais das urgências) o que pode traduzir por vezes um “ serviço fantasma “, pois não estão sujeitos a qualquer regime disciplinar e a sua disponibilidade não se enquadra com as necessidades do Serviço.

2.2 Centro de Saúde:

Em Portugal a concepção dos pilares da Medicina assenta, na Clínica Geral e Medicina Familiar, realizada nos Centros de Saúde de todo o País.

Olesen (2000)²⁹ define Médico de Família como *“ um especialista formado para trabalhar na linha da frente do sistema de saúde e para dar os passos iniciais na prestação de cuidados para qualquer problema de saúde que os pacientes possam apresentar. O Médico de Família cuida de indivíduos no seio da sua sociedade, independentemente do tipo de doença ou de outras características pessoais ou sociais, organizando os recursos disponíveis no sistema de saúde em benefício dos pacientes. O Médico de Família interage com indivíduos autónomos nos campos da prevenção, diagnóstico, cura, acompanhamento e palição, usando e integrando as ciências da Biomedicina e da Psicologia e Sociologia Médicas.”*

A Medicina Geral e Familiar em Portugal institucionalizou-se nos princípios da década de 80. Como referências importantes deste período inicial estão a criação do primeiro Instituto de Clínica Geral (1981)³⁰, carreira Clínica Geral (1982)³¹ e a regulamentação dos Institutos de Clínica Geral (1986)³².

Em paralelo, na Instituição Centro de Saúde²¹, funciona uma outra especialidade, a de Saúde Pública²¹, que na sua essência procura obter uma avaliação geral da saúde da população afecta ao Centro de Saúde, e procura factores ou situações que podem interferir e prejudicar a saúde da comunidade ou de certos grupos populacionais.

As consultas de Clínica Geral, são o primeiro lugar onde o doente deve recorrer, e em que a sua situação clínica ou lhe é resolvida, ou nos casos em que é necessária a intervenção hospitalar, é então enviado pelo seu Médico de Família.

Finalmente funciona em paralelo a todos estes serviços, o Serviço de Atendimento Permanente³³, essencialmente dirigido ao utente que procura de imediato um Médico, não interessa qual (ou por urgência, ou porque o seu Médico está ausente, ou em parte das situações não conhece a essência destes serviços e os procura indiscriminadamente). É um serviço vocacionado a intervir sobre o problema de saúde do utente naquele momento, não sendo *a posteriori* avaliado e estudado pelo mesmo Clínico.

O Especialista de Medicina Geral e Familiar, cuida dos utentes inscritos no seu ficheiro, número limitado de população em cerca de 1500 utentes³¹, conduzindo ao fim de poucos anos a uma certa estagnação da perícia clínica, importante na ajuda ao diagnóstico de patologias mais obscuras. Este número de utentes só permite ao Médico de Família possuir experiência em doentes crónicos e a integração no seu agregado familiar nas várias vertentes. O aparecimento de casos muito específicos, como doença raras, pode dificultar um pouco mais o profissional no diagnóstico, mesmo possuindo óptima competência, discutir casos clínicos com colegas e actualizando-se permanentemente na ciência médica. O Serviço de Atendimento Permanente, proporciona na verdade a observação de utentes desconhecidos, mas apenas lhe é praticado o acto médico mais competente na altura, passando novamente a ser seguido pelo seu Médico de Família e não voltando a ser abordado pelo profissional que o observou naquela ocasião.

O Centro de Saúde de Espinho, é composto por 5 unidades: Paramos, Silvalde, Anta, Guetim e Espinho. A sede, o Centro de Saúde de Espinho, edifício novo inaugurado em 1997, localiza-se em frente ao Hospital. Actualmente encontram-se inscritos 41585 utentes, com 23 médicos de Família disponíveis para o seu atendimento.

Até a abertura da nova sede do Centro de Saúde¹⁸, existia uma consulta de recurso para o atendimento prolongado (SAP), que se destinava a situações que não podiam ser observadas pelo seu médico de família na sua actividade normal e em que a natureza da patologia não obriga a recorrer ao hospital. Com a inauguração do mesmo foi criada uma Consulta Aberta, cujo atendimento se distribui entre as 8 e as 20 horas no período normal do funcionamento do Centro. A produtividade desta consulta no ano 2001 foi em média de 155 atendimentos diários, realizada por dois ou três médicos nas 12 horas diárias.

Desta forma a Medicina Geral e Familiar Portuguesa estabeleceu muito cedo no seu processo de desenvolvimento uma formulação explícita e amplamente aceite do seu perfil profissional e dos seus requisitos de formação.

Por outro, estando a investigação em cuidados de saúde primários ainda numa fase inicial de desenvolvimento, é ainda necessário criar as condições indispensáveis para poder aspirar a um progresso rápido nesta área – financiamento, integração no trabalho corrente, bases de dados de fácil acesso, identificação de áreas prioritárias, estabelecimento de redes de investigação e de estruturas de apoio e acompanhamento.

A adopção de sistemas retributivos adaptados à prática desta especialidade, privilegiando o trabalho organizado em equipas multidisciplinares, baseando-se no princípio da "discriminação positiva" – pagar melhor a quem trabalhar melhor – e a reorganização dos centros de saúde que se perspectiva (decreto-lei dos centros de saúde de 3ª geração³⁴) podem constituir as bases de uma reforma estrutural do sistema de saúde necessárias para assegurar à carreira de clínica geral as condições de exercício que é possível encontrar hoje em muitos países europeus. A implementação desta legislação obriga que ao fim de 2 anos todos os Centros de Saúde sejam geridos pelo citado decreto. Neste articulado é criada a figura de Unidade Básica de Urgência³⁵ (UBU), estando integrada nos centros de Saúde, e presta cuidados de carácter urgente, articulando-se com a Rede Hospitalar de Urgência / Emergência, que permita a prestação de cuidados em condições tecnicamente adequadas às necessidades dos doentes.

2.3. – Unidade Básica de Urgência³⁵:

A Rede Hospitalar de Urgência / Emergência contempla a existência das Unidade Básica de Urgência, assim como a definição dos recursos humanos, técnicos e materiais necessários ao seu funcionamento, que decorrem da previsão de necessidades do tipo de cuidados de saúde a prestar. É referido, que a actividade da unidade básica de urgência, na óptica de optimização de recursos existentes, se desenvolve na articulação e partilha de recursos (patrimoniais e humanos) dos centros de saúde e dos hospitais existentes na respectiva área de influência.

2.3.1. – Os profissionais de Saúde para o funcionamento da Unidade de Urgência³⁵:

A participação de médicos, enfermeiros, funcionários administrativos, auxiliares da acção médica e outros técnicos, das várias instituições deve ser explicitada em protocolo. Actualmente a Unidade de Urgência do Hospital de Espinho, é portadora de recursos humanos suficientes e experientes, para o atendimento ao utente, à excepção de carência de médicos.

2.3.2. – Equipamentos³⁵:

A Unidade de Urgência do Hospital possui o equipamento básico de consulta, termómetro, estetoscópios, aparelhos para medição de tensões arteriais e de glicemias capilares, martelo para pesquisa de reflexos, oftalmoscópio e otoscópio. Dispõe, também, de meios complementares de diagnóstico e terapêutica: radiologia simples, laboratório de análises, oximetria de pulso, electrocardiógrafo, monitor com desfibrilador automático, rede de oxigénio, nebulizadores, monitores com registo de parâmetros vitais e apoio da farmácia hospitalar. Para as situações de risco de vida tem carro de emergência organizado.

2.3.3. - Instalações ³⁵:

A Unidade de Urgência do Hospital, está dimensionada para o atendimento do utente urgente, sendo constituída por: entrada directa do exterior com estacionamento para ambulância; sala de espera para os utentes com lavabos; dois gabinetes médicos; sala de tratamentos; sala de pequena cirurgia; sala de atendimento e trabalho administrativo, com balcão de atendimento ao público; sala de observações, com três camas (para homens ou mulheres); sala de enfermagem; instalações sanitárias, separadas para profissionais e utentes, esta adaptada para deficientes; zona de despejos e depósito temporário de lixos; zona de roupa limpa; depósito de farmácia; arrecadação; parque para macas e cadeiras de rodas e acesso para a casa mortuária do hospital, separada da entrada dos utentes.

3. Satisfação dos utentes:

A saúde é um factor essencial da vida humana, gerador de bem-estar, de capacidade de trabalho e de felicidade pessoal. No entanto, a doença existe, configurando-se como uma situação corporal e espiritual exactamente oposta à de saúde. Esta situação de desequilíbrio não procura hora ou dia para que tal aconteça.

No final do século vinte, predominantemente na década de noventa, verificou-se a mudança da abordagem patriarcal da doença³⁶ (o médico sabe melhor), para o doente centro do sistema, ou seja, o doente ou cliente é agora capaz de escolher o seu prestador ou a unidade de cuidados de saúde.

Em 1996, David Bluementhal, escrevia no NEJM³⁷: *"há alguns anos atrás, os médicos eram confidentes e tinham um mandato social para julgar e gerar a qualidade dos cuidados a prestar"* e concluía que esta época terminou. Esta mudança para a centralidade do doente no contexto dos cuidados em saúde direcciona a consulta para o que pensa o doente sobre doença e saúde, os seus sentimentos e receios sobre o impacto da doença na sua vida e as suas expectativas sobre o que deve ser feito.³⁸

A gestão dos cuidados de saúde estão organizados e direccionados para os utilizadores, e a satisfação do doente é de primordial importância, atendendo ao valor que atribui aos cuidados prestados³⁷. A satisfação do doente é um processo que deve ser planeado, monitorizado continuamente e medido frequentemente, e está relacionada com as características organizacionais com o local onde é prestado³⁹.

O conceito de satisfação, no âmbito etimológico⁴⁰ do termo, abrange a noção de necessidade realizada ou saciada.

As necessidades em cuidados de saúde incorporam implicitamente o benefício esperado⁴¹, que paradoxalmente pode não satisfazer os desejos dos doentes. Ou seja, o desejo constitui apenas necessidade se e quando objectivamente tem, ou pode com razoabilidade esperar ter, efeito substancial no bem-estar da pessoa. Por exemplo, doentes em estádios terminais poderão ter compreensivelmente desejos para tratamentos que os poderão recuperar a boa saúde, mas tais desejos não constituem necessidades, a não ser que existam à luz das evidências actuais tratamentos adequados para os curar.

Tais doentes têm necessidades de conforto, cuidados e palição, mas não podem reclamar para necessidades não existentes, mesmo desejando fervorosamente de tratamentos curativos.

Por outro lado o benefício esperado⁴¹, definido como a extensão para o qual o resultado desejado excede o indesejável, incorpora dois componentes que são indissociáveis: a extensão (magnitude) do benefício e a probabilidade que possa ocorrer. Por exemplo, um particular serviço pode oferecer a alguns doentes ou tipo de doentes uma baixa probabilidade de grande melhoria, a outros grande probabilidade de pequena melhoria, e ainda a outros média probabilidade de média melhoria. Nestas situações é necessário estimar o total benefício esperado.

A procura de cuidados médicos produz expectativas⁴² nos doentes pelos cuidados que irá receber, como desejo de informação, suporte psicossocial, testes e ou tratamentos. O preenchimento das expectativas afecta a satisfação e pode influenciar a utilização dos cuidados de saúde e custos, e numa perspectiva de política de saúde a compreensão destas preocupações e solicitações⁴³, é importante para medir a qualidade de cuidados de saúde.

A satisfação do doente pode ser considerada como o resultado dos cuidados de saúde e mesmo um elemento do estado de saúde em si mesmo. Embora o termo satisfação seja largamente utilizado, raramente é definido. A análise da literatura não permite recolher mais do que generalidades⁴⁴. Contudo a satisfação do doente, em lato senso, é bastante subjectiva e qualitativa, e um dos meios de contornar esta dificuldade é situar o conceito de satisfação do doente no seu contexto⁴⁴.

A satisfação como indicador de qualidade em saúde emergiu na década de 80, especialmente desde a publicação do *"NHS Management Inquiry"*⁴⁵. Este facto, correlacionou a satisfação com a aderência do doente às consultas marcadas e recomendações terapêuticas. Ao contrário do que acontece com os média, que têm a insatisfação do utente em alta, para os profissionais de saúde é vista com indiferença ou mesmo com desconfiança. Por isso, é fútil discutir isoladamente a validade do parâmetro satisfação, enquanto indicador de qualidade⁴⁶.

De facto, é consensual que a avaliação de qualidade em saúde deve basear-se em critérios objectivos e subjectivos. Os primeiros dizem respeito aos profissionais de saúde, os últimos ao utente.

A consulta urgente por se tratar da forma mais desburocratizada¹⁰ de acesso a cuidados de saúde, e admitindo que existe para dar respostas às necessidades⁴² de saúde dos cidadãos, a avaliação que estes fazem constitui critério de maior importância, considerando que a qualidade está encontrada quando estas necessidades e as expectativas são satisfeitas⁵⁴. Em muitos casos, satisfação é parcialmente uma função de expectativa⁴⁷. Se apenas esperam pouco e o objectivo é atingido, provavelmente expressam satisfação. É preciso ter conhecimento da extensão total do objectivo, para poder ficar insatisfeito com a perda. Para a satisfação ter significado, é importante o utente ser crítico e rigoroso, e sentir-se seguro para exprimir sentimentos positivos ou negativos. A satisfação nem sempre será um objectivo apropriado, porque diferentes utentes tem necessidades diferentes, o que incorpora o conflito de interesses. Por isso, o grau de sua satisfação tem que ser prudentemente tomado como indicador de funcionamento dos serviços. Por vezes, existem necessidades dos pacientes que são exageradas pelos seus medos ou interesses mais egoístas que nem sempre os profissionais podem ou devem satisfazer, como acontece quando eles procuram “baixas” injustificadas ou pedem receitas sem diagnóstico e exames desnecessários. Outras vezes, os utentes não expressam a sua insatisfação por relutância, comum em grupos vulneráveis⁵⁴, e nem sempre revelam a sua insatisfação por presumirem que o sistema é irremediavelmente ineficiente⁴⁸ ou por receio de represálias.

A satisfação do doente com cuidados médicos é um construto multidimensional reflectindo expectativas, valores e experiências dos doentes⁴⁹. Considerando que está orientada para a percepção da sua experiência⁵⁰ como receptor de cuidados de saúde, e da forma como foram prestados pelos diferentes serviços de saúde, o doente escolhe não só, a capacidade do médico para curar, mas também, a forma como vai receber o tratamento e em que período de tempo.

Uma boa percepção da qualidade do serviço, afecta positivamente a comunicação oral, ou seja, os serviços recebem mais doentes pelas suas boas referências. Contudo, o problema da escolha dos serviços de saúde, muitas das vezes não está dependente da vontade do doente, muito embora nos dias de hoje, a tomada de decisão do utilizador tem sido mais valorizada. Esta avaliação da qualidade em saúde, por parte do utente, é muitas vezes considerada como resultante de uma comparação⁵¹, baseada em certos números de atributos, entre as suas expectativas face ao serviço e a sua percepção do serviço realmente realizado. No contexto da saúde, os doentes tem dificuldade em avaliar o resultado técnico do serviço devido ao seu conhecimento médico limitado. Por outro lado, podem avaliar se o tratamento foi adequado, e podem seguramente avaliar se o profissional foi delicado, cuidadoso, disponível e disposto a prestar informações. A avaliação do utente sobre a qualidade dos serviços prestados⁵² é, por exemplo, dependente dos níveis de confiança (segurança) e de cuidados demonstrados pelo profissional (empatia), assim como pela rapidez com que o serviço é prestado (capacidade de resposta). A satisfação do utente pode também ser influenciada por factores situacionais como o medicamento adquirido e o preço da consulta. Finalmente, a posição social do doente, a idade e as condições de saúde podem também influenciar a satisfação do doente⁵⁰.

Os questionários dirigidos aos doentes tem sido uma ferramenta imprescindível para medir a sua satisfação no contacto com os serviços de saúde e a sua interacção com os profissionais de saúde, podendo frequentemente identificar as actuais deficiências nos cuidados prestados. Estes avaliam de forma colectiva as expectativas do doente como um meio de monitorizar a satisfação, comportamentos, problemas práticos e tendências³⁹. A satisfação do doente medida por questionário em cuidados de saúde pode ser utilizada por telefone, entrevista e por auto-registo, tendo em atenção á sua formatação, codificação, ordenação e tipo de perguntas⁵³.

Os métodos quantitativos³⁶ pretendem medir estímulos do doente, julgamento de valores e reacções a uma experiência de cuidados de saúde através de uma representação numérica.

Os qualitativos³⁶ traduzem os sentimentos dos doentes que se exprimem pelas suas próprias palavras, dando mais valor á sua opinião, porque os doentes não estão confinados a um formato de escolha múltipla, e podem não compreender a relação com a questão.

A limitação de uma escala pode falhar a representação da profundidade e intensidade que o doente teve nos cuidados obtidos.

Numerosos trabalhos realizados com questionários de satisfação dos doentes demonstraram uma maior satisfação correlacionada com a aderência dos utentes aos planos de tratamento e efectiva relação médico-doente⁵⁴. No entanto, a avaliação feita pelos utilizadores dos serviços de saúde é difícil de ser aferida por se tratar de um medição de opiniões, influenciadas por diferentes situações, expectativas e antecedentes. Estas dificuldades repercutem-se nos questionários de satisfação utilizados pelas administrações que procuram investigar o que está mal esquecendo o que está certo, o que condiciona as respostas dos inquiridos que apontam mais a satisfação para o que está certo. E, mesmo nas respostas com grande número de avaliações positivas podem ser notadas algumas pequenas diferenças, que devem ser levadas em conta⁵⁵.

A qualidade é, a par da inovação e da capacidade de gestão, um dos factores decisivos para o desenvolvimento de qualquer sistema de saúde. A definição estratégica da melhoria contínua⁵⁶ da qualidade nos cuidados de saúde decorre do conceito, hoje consensual, de qualidade em saúde como um processo contínuo de actividades planeadas, baseado na revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas específicas, com o objectivo de melhorar a qualidade efectiva dos cuidados prestados, como satisfazer as expectativas (ou mesmo ultrapassá-las) dos clientes - externo e interno - e dos profissionais, envolvendo-os no processo.

A literatura enfatiza a importância do utente na qualidade que pode ser externo ou interno ao sistema – o doente, o pagador, um colega ou algum outro serviço⁵⁷. A qualidade incorpora a eficiência, eficácia e satisfação do utente⁵⁷, que induz á subjectividade da definição de qualidade, direccionada para os objectivos a que se propõem.

Por isso, os critérios para a definição de qualidade depende se a produção do conceito objectivo é o alvo ou se o objectivo intangível como o “bem estar” é de central importância. A qualidade na promoção de saúde⁵⁸ está dirigida para a combinação da satisfação do utente, avaliação profissional e eficiência na relação com os objectivos da política de saúde.

O conceito de Gestão pela Qualidade Total⁵⁹, *“é uma forma de gerir que visa melhorar a eficiência e eficácia dos processos, garantindo o sucesso a longo prazo e indo ao encontro das expectativas e necessidades dos doentes/utentes, colaboradores, entidades financeiras e todo o meio envolvente da organização e da sociedade no seu todo”*.

A Academia Nacional das Ciências dos Estados Unidos⁶⁰, no ano 2000 elaborou o Relatório Nacional de Cuidados em Saúde cujo comité adoptou a definição da qualidade de cuidados de saúde desenvolvida pelo IOM, em 1990:

“ É o grau em que todos os Serviços de Saúde aumentam a probabilidade de resultados desejáveis e são consistentes com a prática profissional corrente”.

Esta definição envolve aspectos chave da qualidade, em que os serviços de cuidados de saúde devem produzir resultados que os doentes desejam optando pelas suas preferências, mas sem garantia de resultados desejáveis e todos os prestadores devem actualizar-se acerca dos mais recentes avanços nos seus domínios.

Atendendo a este conceito a comissão elaborou uma estrutura para a Qualidade dos Cuidados em Saúde⁶⁰, que inclui a dimensão, perspectivas do consumidor das necessidades nos cuidados em saúde. As expectativas dos consumidores representam as razões mais importantes porque procuram os serviços de saúde. Elas são o ciclo de vida do seu envolvimento com o sistema de cuidados de saúde. A importância relativa para cada uma destas necessidades de cuidados modifica-se ao longo da vida para cada indivíduo desde o nascimento até à morte. Por exemplo, estar saudável caracteriza muitas das necessidades das crianças para cuidados uma vez que geralmente são saudáveis. Por outro lado, um indivíduo de idade avançada a probabilidade de morrer aumenta e enfrentar o fim de vida é uma preocupação. Além do mais um indivíduo pode experimentar alguns cuidados de saúde simultaneamente.

Assim estratificou-se em quatro categorias as expectativas dos consumidores:

1. Estar Saudável: procura em obter ajuda para evitar doença e permanecer bem;
2. Estar Melhor: procurar ajuda para recuperar de doença ou dano;
3. Viver com a Doença ou Incapacidade: procurar ajuda para gerir atitudes, condições crónicas ou comportamentos para com a incapacidade que afecta a função;
4. Enfrentar o fim de Vida: procurar ajuda na abordagem da doença terminal.

Em 1999, o Ministério da Saúde, com a implementação do Sistema Português de Qualidade na Saúde⁶¹, produziu uma definição que incorpora os dois aspectos distintos da qualidade, a qualidade centrada na organização interna da entidade prestadora e a focalizada na satisfação do utilizador. No entanto está mais direccionada para a organização interna, cujo objectivo primário é produzir com qualidade um serviço que se pretende fornecer, implicando a melhor utilização dos recursos disponíveis. Assim, qualidade na saúde: *“é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder á procura, oferecendo mais; é ser proactivo e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integralmente como atributo a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não exigência única da aceitabilidade”*.

No mesmo ano de 2000⁶², Diana Sale, in “Garantia de Qualidade nos Cuidados de Saúde”, envolve os dois actores da qualidade, mas condiciona os prestadores dos serviços. Esta noção associada com as percepções dos utilizadores dos serviços de saúde, pode ser vista, de forma genérica, como atributos dos cuidados médicos prestados que aumentam o valor, subjectivo ou objectivo, desses cuidados para o utilizador. Qualidade para o utilizador é a medida em que os atributos / características de cuidados médicos prestados satisfazem as suas necessidades. Definiu que a qualidade: *“assegura aos doentes a existência de um nível aceitável de cuidados”*.

Concluindo, o que é a satisfação do utente em consulta urgente⁶³ ?

Poderemos defini-la como o preenchimento da necessidade ou desejo. Os utentes desejam na consulta urgente: prontidão, cortesia, compaixão, privacidade e informação; e necessitam de destreza nos cuidados médicos apropriados à sua condição clínica.

Urgência Básica

II. OBJETIVOS:

Foram objectivos deste estudo:

- Determinar o perfil de atendimento de duas instituições;
- Quantificar as opções dos Espinhenses em termos de consulta urgente;
- Comparar a opinião do Espinhense sobre a Consulta Aberta no Centro de Saúde e a Unidade de Urgência no Hospital.

Urgência Básica

III. MATERIAL E MÉTODOS:

1. Estudo observacional descritivo referente aos anos 2000 e 2001:

1.1 Participantes:

Todos os utilizadores do atendimento urgente na Consulta Aberta do Centro de Saúde e Serviço de Atendimento Permanente do Hospital, de segunda a sexta-feira, excepto feriados, entre as oito e as vinte horas nos anos 2000 e 2001.

1.2 Métodos:

Foram utilizados os elementos estatísticos fornecidos pela aplicação hospitalar informático-administrativa Sonho e a estatística mensal da Consulta Aberta do Centro de Saúde.

A Classificação Internacional de Problemas de Saúde [CIPS-II⁶⁴] permitiu codificar os episódios de atendimento em diagnósticos.

Nas duas instituições as variáveis foram recolhidas em função do número de episódios distribuídas pelo género, grupo etário, diagnóstico, e necessidade de avaliação por especialidade hospitalar. O grupo etário foi estratificado em três subgrupos: dos 0 aos 17 anos; dos 18 aos 64 anos e acima dos 64 anos. A necessidade de avaliação por especialidade hospitalar ou de cuidados secundários, foi definida para o doente transferido, enviado à consulta externa e ou internado⁶⁵.

A Classificação Internacional Problemas de Saúde⁶⁶ permitiu comparar a codificação diagnóstica do boletim do Serviço de Atendimento Permanente com a utilizada pelos cuidados primários na Consulta Aberta. Esta classificação utilizada pela Associação Portuguesa de Clínica Geral e Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, foi condensada em Títulos de Diagnóstico, conforme quadro 3.

Quadro 3 – Cips II , títulos de diagnóstico

CIPS – II	
Listagem Epidemiológica	
1	Infeciosas e Parasitárias
2	Neoplasias
3	Sistema Endócrino, Nutricional e Metabólico
4	Doenças do Sangue
5	Doenças Mentais
6	Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos
7	Aparelho Circulatório
8	Aparelho Respiratório
9	Aparelho Digestivo
10	Aparelho Genito-Urinário e Mama
11	Gravidez, Parto e Puerpério
12	Pele e Tecido Subcutâneo
13	Músculo Esquelético e Tecido Conjuntivo
14	Anomalias Congénitas
15	Morbilidade e Mortalidade Perinatal
16	Sintomas e Estados Mórbitos Mal Definidos
17	Lesões e Efeitos Adversos
18	Classificação Suplementar, inclui procedimentos administrativos

Adaptado da Estatística do Centro de Saúde de Espinho

Com a informação das duas instituições, construí-se uma base de dados constituída pelas variáveis atrás descritas. Esta informação foi tratada de forma descritiva com o auxílio do programa estatístico SPSS 10.0 para Windows.

2. Estudo de opinião:

2.1. Participantes:

Os participantes neste estudo foram seleccionados a partir dos doentes que se dirigiram ao Serviço Atendimento Permanente e Consulta Aberta nos dias 1 a 5 de Julho e 8 a 12 Julho do ano 2002, entre as 8 e as 20 horas que necessitavam de consulta urgente.

Nos dias da consulta foi preenchido um inquérito de natureza administrativa no acto da inscrição. Oito dias depois, foi-lhes enviado pelo correio um questionário para os doentes e ou acompanhantes dos dependentes que ocorreram nos citados dias, para o seu preenchimento e o enviarem para o Hospital de Espinho.

2.2. Métodos:

Foram colhidos os elementos identificadores dos utilizadores das consultas e dados pessoais realizados pelo administrativo no acto da inscrição. Os elementos de natureza clínica foram colectados e avaliados pelo médico que atendeu o doente, permitiu codificar o diagnóstico, conforme a Classificação Internacional Problemas de Saúde II, e o destino após alta da consulta.

Os mil e setecentos e setenta e dois participantes que frequentaram as consulta urgentes (Serviço de Atendimento Permanente e Consulta Aberta), foram submetidos a uma selecção em que consistiu: eliminar os casos duplicados de ocorrência às consultas; expurgar os doentes não residentes no concelho de Espinho e excluir os utentes menores de 18 anos, os falecidos e cartas extraviadas.

Os restantes tornaram-se elegíveis para o processo de expedição pelo correio de um questionário, uma semana após a consulta. Este processo inclui: carta de apresentação que fundamenta a legitimidade e respeitabilidade do estudo, focando o objectivo da investigação e pedindo a cooperação do utente, o necessário consentimento de inclusão com a respectiva protecção de anonimato conforme a " Declaração de Helsínquia " da Associação Médica Mundial; questionário numa folha A₄ nas duas páginas, cuja demora média de preenchimento era de dez minutos e envelope franquiado com endereço de resposta.

Para aumento da proporção de resposta, trinta dias após o envio utilizou-se o telefone para motivar os não respondentes a enviarem o questionário preenchido.

Na avaliação da reprodutibilidade do questionário utilizou-se a técnica do teste-reteste, com selecção aleatória de trinta respondentes, após 30 dias da resposta inicial.

A informação recolhida foi armazenada na base de dados SPSS 10.0 para Windows. O teste de t Student para amostras independentes e o qui-quadrado foram usados para determinar a relação de variáveis independentes com o local de atendimento.

O local de atendimento foi variável dependente para a consulta urgente, e todas as outras independentes. Destas foram produzidas algumas variáveis derivadas como grupo etário e o tipo de cuidados.

O nível de significância α escolhido foi de 0.05.

As proporções foram comparadas pelo teste do qui-quadrado.

Na avaliação da reprodutibilidade pelo teste-reteste, utilizei para medida de concordância o teste Kappa.

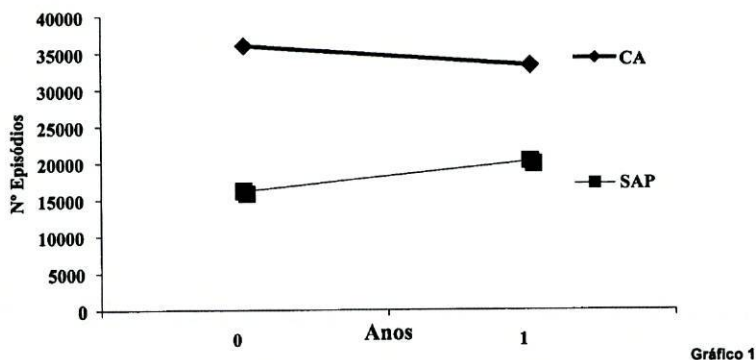
Na análise dos aderentes e não aderentes ao envio do questionário utilizei o teste de independência do qui-quadrado baseado nas características comuns que o inquérito permitiu. Ou seja, sexo, grupo etário, motivo de consulta no centro de saúde, o motivo de consulta urgente, Classificação Internacional de Problemas de Saúde e destino, que são as variáveis comuns às duas amostras.

O Projecto deste estudo teve a aprovação do Conselho de Administração do Hospital de Espinho e da Direcção do Centro de Saúde de Espinho.

Urgência Básica

IV. RESULTADOS:

A abordagem descritiva da consulta urgente no Concelho nos anos 2000 e 2001, mostrou uma proporção de episódios Consulta Aberta / Serviço de Atendimento Permanente de 2,2 no ano 2000 e 1,7 no 2001. Esta distribuição das duas instituições, consta do gráfico 1 e quadro 4.



Este facto traduziu um decréscimo de 7% na procura da Consulta Aberta e aumento de 25% no Serviço de Atendimento Permanente.

A variável grupo etário manteve-se constante nos dois anos mas foi determinante na procura da instituição. O grupo dos menores de 18 anos procurou mais o Serviço de Atendimento Permanente e os adultos a Consulta Aberta.

A distribuição por sexo foi diferente nas instituições, com predomínio do sexo feminino na Consulta Aberta e semelhante no Serviço de Atendimento Permanente.

A condensação em dezoito tipos de diagnósticos permitidos pela Classificação Internacional de Problemas de Saúde II, permitiu concluir que a causa de consulta urgente é diferente nas duas instituições, predominando no Serviço de Atendimento Permanente a doença aguda (traumática e infecciosa), enquanto na Consulta Aberta a doença crónica (musculo-esquelética, mental e génito-urinária) e as causas de natureza administrativa, á excepção da doença respiratória e o grupo dezasseis dos sintomas e estados mórbidos mal definidos que foram semelhantes nas duas instituições.

Quadro 4 – Frequências das variáveis nos anos 2000⁸⁷ e 2001

Instituição	CA				SAP			
	2000		2001		2000		2001	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Episódios	35978	[100]	33572	[100]	16063	[100]	20232	[100]
Grupo Etário								
< 18 anos	6886	[19,14]	6556	[19,53]	5162	[32,14]	6170	[32,02]
> 17-65< anos	22862	[63,54]	21320	[63,51]	7753	[48,27]	9940	[49,13]
> 64 anos	6230	[17,32]	5696	[16,07]	3148	[19,60]	3813	[18,85]
Sexo								
Masculino	13087	[36,38]	12323	[36,71]	7959	[49,55]	9985	[49,35]
Feminino	22891	[63,62]	21249	[63,29]	8104	[50,45]	10247	[50,65]
Classificação Internacional Problemas de Saúde [CIPS]								
1 Infeciosas e Parasitárias	1971	[5,48]	1572	[4,68]	2436	[15,17]	3054	[15,09]
2 Neoplasias	201	[0,56]	191	[0,57]	22	[0,14]	50	[0,25]
3 Sistema Endócrino e Metabólico	1159	[3,22]	1060	[3,16]	194	[1,21]	284	[1,40]
4 Doenças Sangue	132	[0,37]	141	[0,42]	14	[0,09]	24	[0,12]
5 Doenças Mentais	1751	[4,87]	1669	[3,48]	224	[1,39]	270	[1,33]
6 Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	1236	[3,44]	1169	[3,48]	434	[2,70]	558	[2,76]
7 Aparelho Circulatório	2497	[6,94]	2286	[6,81]	248	[1,54]	362	[1,79]
8 <i>Aparelho Respiratório</i>	6467	[17,97]	6440	[19,18]	2498	[15,55]	3162	[15,63]
9 Aparelho Digestivo	2524	[7,02]	2331	[6,94]	1236	[7,69]	1630	[8,60]
10 Aparelho Genito-Urinário	2332	[6,46]	1933	[5,76]	286	[1,78]	421	[2,08]
11 Gravidez, Parto e Puerpério	124	[0,34]	197	[0,59]	28	[0,17]	40	[0,20]
12 Pele e Tecido Subcutâneo	1709	[4,75]	1835	[5,47]	654	[4,07]	894	[4,42]
13 Musculoesquelético e Tec. Conjuntivo	4605	[12,80]	4449	[13,25]	744	[4,63]	1006	[4,97]
14 Anomalias Congénitas	5	[0,01]	17	[0,05]	6	[0,04]	6	[0,03]
15 Morbilidade e Mortalidade Perinatal	11	[0,03]	28	[0,08]	8	[0,05]	12	[0,06]
16 <i>Síntomas Estados Mórbitos Mal Definidos</i>	6514	[18,11]	5521	[16,45]	2616	[16,29]	3318	[16,40]
17 Lesões e Efeitos Adversos	320	[0,89]	340	[1,01]	4292	[26,72]	5038	[24,90]
18 Administrativos	2592	[7,03]	2161	[6,44]	123	[0,77]	103	[0,51]
Cuidados Secundários								
Transferidos para outra instituição	146	[0,41]	110	[0,33]	1211	[7,54]	1348	[6,66]
Consulta Externa	0	[0,00]	0	[0,00]	1152	[7,17]	1364	[6,74]
Internamento	0	[0,00]	0	[0,00]	306	[1,90]	350	[1,73]

Os valores das frequências para os cuidados secundários na Consulta Aberta foram de 0,4% em cada ano e no Serviço de Atendimento Permanente representaram cerca de 15% dos episódios por ano.

O inquérito (quadro 5) indicou um rácio de 1,6 para o número de episódios na relação inter-institucional.

Quadro 5 – Distribuição das variáveis do inquérito

Instituição	CA		SAP		Valor p
	n	[%]	n	[%]	
Episódios	1092	[61,7]	680	[38,3]	0,0001
Concelho de Espinho	1020	[93,4]	536	[79,4]	0,0001
Grupo Etário					
< 18 anos	171	[15,7]	172	[25,20]	
> 17-65< anos	722	[66,1]	367	[54,00]	0,0001
> 64 anos	199	[18,20]	141	[20,70]	
Sexo					
Masculino	389	[35,60]	325	[47,8]	
Feminino	703	[64,40]	355	[52,2]	0,0001
Classificação Internacional de Problemas de Saúde [CIPSI]					
1 Infecciosas e Parasitárias	54	[5,10]	71	[10,40]	
2 Neoplasias	8	[0,80]	2	[0,30]	
3 Sistema Endócrino e Metabólico	29	[2,8]	8	[1,20]	
4 Doenças Sangue	5	[0,50]	4	[0,60]	
5 Doenças Mentais	51	[4,80]	9	[1,30]	
6 Sistema Nervoso e Orgãos dos Sentidos	36	[3,40]	16	[2,40]	
7 Aparelho Circulatório	71	[6,70]	21	[3,11]	
8 Aparelho Respiratório	165	[15,70]	111	[16,30]	
9 Aparelho Digestivo	78	[7,40]	44	[6,50]	0,0001
10 Aparelho Genito-Urinário	83	[7,90]	26	[3,8]	
11 Gravidez, Parto e Puerpério	10	[1,00]	1	[0,09]	
12 Pele e Tecido Subcutâneo	73	[6,9]	40	[5,90]	
13 Musculoesquelético e Tec. Conjuntivo	140	[13,3]	46	[6,8]	
14 Anomalias Congénitas	1	[0,09]			
15 Morbilidade e Mortalidade Perinatal	1	[0,09]	1	[0,09]	
16 Sintomas Estados Mórbidos Mal Definidos	154	[14,60]	94	[13,80]	
17 Lesões e Efeitos Adversos	10	[1,10]	177	[26,00]	
18 Administrativos	83	[7,90]	9	[1,30]	
Destino					
Transferidos para outra instituição	5	[0,45]	60	[8,80]	
Consulta Externa			21	[3,10]	
Internamento			18	[2,60]	
Domicílio	1087	[99,55]	546	[80,30]	0,0001
Médico de família			18	[2,60]	
Companhia de seguros			15	[2,20]	
Falecidos			2	[0,30]	
Motivo de Consulta					
Doença	1084	[99,27]	473	[69,70]	
Acidente	8	[0,73]	144	[21,20]	0,0001
Referenciado			25	[4,00]	
Receitas			37	[5,40]	
Tipo de Cuidados					
Primários	1087	[99,55]	564	[82,90]	0,0001
Secundários	5	[0,45]	99	[14,50]	
Motivo de consulta na Ca					
Sem médico de família	375	[36,20]			
Médico ausente	157	[15,20]			
Fora de horas	495	[48,00]			
Outros	6	[0,60]			

O Serviço de Atendimento Permanente atendeu 20,5% de residentes fora da área do Concelho de Espinho e mostrou uma diferença significativa para os 6,6% da Consulta Aberta.

Embora a média das idades (quadro 6) tenha sido semelhante nas duas instituições, o grupo etário produziu diferenças significativas na utilização da consulta urgente, verificando-se maior percentagem do grupo pediátrico no Serviço de Atendimento Permanente contrastando com o grupo dos adultos na Consulta Aberta.

Quadro 6 – Médias de Idades do inquérito

Local	n	Média	D.P.	Valor p
CA	1092	40,51	22,1	0,234
SAP	680	39,15	25,07	

A distribuição por sexo, demonstrou que o feminino é predominante na Consulta Aberta, não havendo grande diferenciação no Serviço de Atendimento Permanente, e sendo significativamente diferente na comparação entre as instituições.

No grupo de diagnósticos é possível diferenciar que o atendimento no Serviço de Atendimento Permanente é predominante para a doença aguda traumática e infecciosa, enquanto a Consulta Aberta está dimensionada para a observação da doença crónica mental, genito-urinária e músculo-esquelética, e para as necessidades administrativas dos utentes.

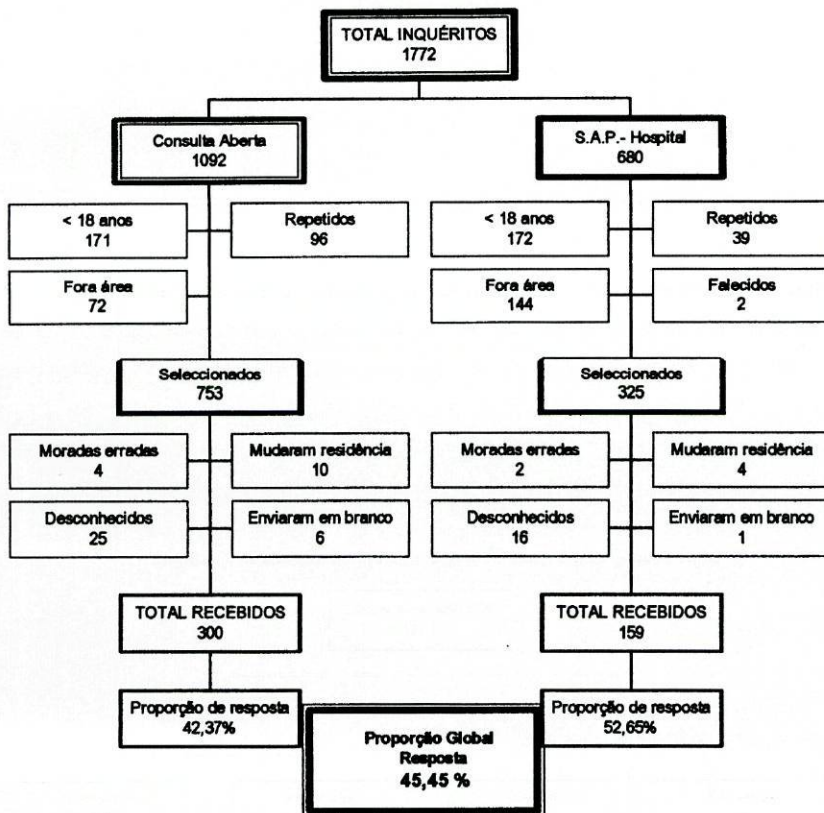
A orientação dos doentes após a sua observação é significativamente diferente nas duas instituições. Verifica-se que na Consulta Aberta só 0,45% dos episódios foram enviados para cuidados secundários. No Serviço de Atendimento Permanente cerca de 20% dos episódios não foram para o domicílio, e a transferência para os hospitais de referência cifrou-se nos 8,8%.

Considerando o motivo de consulta como a causa que motivou a ida do utente à consulta urgente, verifica-se que na Consulta Aberta a quase totalidade dos episódios foi por doença, enquanto no Serviço de Atendimento Permanente se associou o acidente.

No tipo de cuidados, o quadro 5, documenta que a Consulta Aberta foi autónoma em 99,55% dos episódios enquanto que no Serviço de Atendimento Permanente houve necessidade de avaliação por cuidados secundários especializados em 17,1%.

Na estatística da Consulta Aberta, é colhido o motivo de consulta pelo não atendimento do Médico de Família. O quadro 5, mostra esta estratificação e os 84% das consultas são por não ter médico de família ou fora do seu horário de atendimento.

Quadro 7 –Seleção da amostra e taxa de resposta do questionário.



A selecção da amostra baseada no inquérito produziram 1772 episódios nas duas instituições e tornaram elegíveis 1078 utentes para envio pelo correio do questionário. O fluxograma (quadro 7) evidencia o processo de elegibilidade, a proporção de resposta de cada instituição e a proporção de resposta. A aderência dos respondentes no Serviço de Atendimento Permanente foi mais elevada em 10%.

A reprodutibilidade do questionário (quadro 8) medida pelo teste-reteste, comparando a resposta inicial (por exemplo a) e com a réplica ao fim de trinta dias (por exemplo ra), foi testada em 23 respondentes, cujo valor k variou entre 0,553 (moderada) e 1 (perfeita)⁶⁸, para um valor médio de 0,765.

Quadro 8 – Reprodutibilidade do questionário.

Itens	Valor Kappa	Valor p	Itens	Valor Kappa	Valor p
a*ra	0,595	0,0001	e*re	1	0,0001
b*rb	0,635	0,0001	f*rf	0,732	0,0001
c1*rc1	0,646	0,001	f1*rf1	0,774	0,0001
c2*rc2	1	0,0001	f2*rf2	0,777	0,0001
c3*rc3	0,839	0,0001	f3*rf3	1	0,0001
c4*rc4	0,758	0,0001	f5*rf5	0,638	0,002
c5*rc5	1	0,0001	g*rg	0,658	0,0001
c6*rc6	1	0,0001	h*rh	1	0,0001
d*rd	1	0,0001	i*ri	0,629	0,0001
d1*rd1	1	0,0001	j*rj	0,553	0,0001
d2*rd2	0,808	0,0001	l*rl	0,783	0,0001
d3*rd3	0,553	0,006			
d4*rd4	1	0,0001			
d5*rd5	0,553	0,006			

A proporção de resposta não interferiu na aceitabilidade do questionário (quadro 9), porque a análise dos respondentes versus não respondentes, nas variáveis comuns do inquérito, não mostrou haver diferenças significativas.

Quadro 9 – Aceitabilidade do questionário

TIPO DE RESPOSTA	Respondentes		Não Respondentes		Valor p
	n	[%]	n	[%]	
Grupo Etário					
> 17-65< anos	334	[44,1]	423	[55,90]	
> 64 anos	125	[49,4]	128	[50,60]	0,144
Sexo					
Masculino	179	[48,80]	188	[51,20]	
Feminino	280	[43,50]	363	[56,50]	0,109
Motivo Consulta Centro de Saúde	299	[43,45]	389	[56,55]	0,248
Motivo Consulta	459	[45,40]	551	[54,60]	0,478
CIPS	431	[45,36]	519	[54,64]	0,277
Destino	459	[45,40]	551	[54,60]	0,652

Nos resultados das diferentes dimensões do questionário, as variáveis sócio-demográficas (quadro 10) não mostraram diferenças significativas, entre os respondentes da Consulta Aberta e o Serviço de Atendimento Permanente.

Os doentes escolheram a instituição de acordo com o seu estado de saúde de momento (quadro 10), pois verificou-se de forma significativa quando sentiam necessidade de observação muito urgente se dirigiram ao Serviço de Atendimento Permanente, e quando não urgente ou atendimento personalizado se dirigiram à Consulta Aberta. Relativamente ao facto da expectativa de atendimento rápido ou demorado e ter exames complementares não houve diferenças significativas na escolha da consulta. A demora média no atendimento de 28 minutos no Serviço de Atendimento Permanente foi inferior, que os 35 minutos na Consulta Aberta, mas com medianas idênticas de 30 minutos.

Na relação médico-doente (quadro 10) os elementos informação, diagnóstico, interesse e delicadeza não foram diferentes nas duas Instituições. Mas os utentes consideraram os médicos do Serviço de Atendimento Permanente mais competentes em 80,5% contra os 67,3% na Consulta Aberta com significância estatística. É de realçar que em 30% dos casos em ambas instituições os doentes sentiram falta de informação.

Quadro 10 – Dimensão demográfica do questionário e relação com o médico.

INSTITUIÇÃO	CA [300]		SAP [159]		Valor P
	n	[%]	n	[%]	
Grupo Etário					
> 17-65< anos	209	[69.7]	108	[67.9]	0,701
> 64 anos	91	[30.3]	51	[32.1]	
Sexo					
Masculino	110	[36.7]	64	[40.3]	0,411
Feminino	190	[63.3]	95	[59.7]	
Estado Civil					
Casado / União de facto	187	[62.3]	89	[56.1]	0,120
Separado / Divorciado	28	[9.3]	11	[6.9]	
Viuvo	27	[9.1]	19	[11.9]	
Solteiro	58	[19.3]	40	[25.1]	
Habilitações Literárias					
Sem estudos	27	[9.0]	19	[11.9]	0,151
4ª Classe	128	[42.7]	67	[42.1]	
6º ano escolaridade	53	[17.7]	16	[10.1]	
9º ano escolaridade	44	[14.7]	21	[13.2]	
12º anos escolaridade	29	[9.7]	19	[11.9]	
Ensino Superior	19	[6.2]	17	[10.7]	
Situação profissional					
Trabalhador	136	[45.2]	63	[39.6]	0,180
Patrão	5	[1.7]	6	[3.8]	
Desempregado	24	[8.0]	18	[11.3]	
Estudante	5	[1.7]	6	[3.8]	
Reformado	83	[27.7]	48	[30.2]	
Doméstica	36	[12.0]	11	[6.9]	
Invalído	11	[3.7]	7	[4.4]	
Tipo de Consulta					
Mais rápido atendimento	45	[15.0]	23	[14.5]	0,0001
Muito urgente	134	[44.7]	98	[61.6]	
Mais personalizado	17	[5.7]	5	[3.1]	
Não urgente	63	[21.0]	11	[6.9]	
Tem exames complementares	41	[13.7]	22	[13.8]	
Demora no atendimento					
Imediato	52	[17.3]	62	[39.0]	0,0001
Entre 15 a 30 minutos	114	[38.0]	67	[42.1]	
Entre 30 a 60 minutos	90	[30.0]	20	[12.6]	
Entre 60 a 90 minutos	30	[10.0]	6	[3.8]	
Mais de 90 minutos	13	[4.3]	4	[2.5]	
Competente					
Sim	200	[67.3]	128	[80.5]	0,023
Não	14	[4.7]	6	[3.8]	
Não sei	59	[19.7]	17	[10.7]	
Explicou					
Sim	144	[48.0]	81	[55.3]	0,063
Não	84	[28.0]	47	[29.6]	
Não sei	28	[9.3]	5	[3.1]	
Médico Família					
Sim	42	[14.0]	6	[3.8]	0,001
Não	206	[69.3]	123	[78.0]	
Não sei	16	[5.3]	3	[1.9]	
Acertou no diagnóstico					
Sim	166	[53.3]	107	[67.3]	0,068
Não	29	[9.7]	11	[6.9]	
Não sei	56	[18.7]	18	[11.3]	
Mostrou interesse					
Sim	196	[66.1]	115	[73.0]	0,329
Não	36	[12.0]	17	[10.7]	
Não sei	33	[11.0]	10	[6.3]	
Delicadeza					
Sim	233	[77.7]	135	[84.9]	0,265
Não	23	[7.7]	7	[4.4]	
Não sei	14	[4.7]	4	[2.5]	

O motivo de consulta (quadro 11) foi significativamente diferente nas duas instituições. A procura de consulta, por motivos administrativos [baixa, receitas, exames complementares e rotina] foi maior na Consulta Aberta em cerca de 30% comparativamente com os 6,7% do Serviço de Atendimento Permanente. Neste serviço os 22,6% da causa por acidente foi mais significativa que na Consulta Aberta.

Quadro 11 – O Motivo de consulta e suas características.

INSTITUIÇÃO	CA [300]		SAP [159]		Valor P
	n	[%]	n	[%]	
A consulta foi devida					
Doença	183	[61,0]	111	[69,8]	0,0001
Acidente	26	[8,7]	36	[22,6]	
Baixa	34	[11,3]	1	[0,6]	
Receitas	20	[6,7]	3	[1,9]	
Análise e Rx	21	[7,0]	3	[1,9]	
Rotina	16	[5,3]	5	[3,1]	
Solicitou exames	151	[50,3]	77	[48,8]	0,701
Tipo de exames					
Urinas	61	[20,3]	33	[20,8]	0,764
Sangue	70	[23,3]	38	[24,0]	0,762
Radiografias	83	[27,7]	47	[29,6]	0,706
Electrocardiogramas	48	[16,0]	18	[11,3]	0,298
Outros	49	[16,3]	19	[11,9]	0,127
Solicitou tratamentos	109	[36,3]	106	[66,7]	0,0001
Tipo de tratamentos					
Injecções	65	[21,7]	56	[35,2]	0,006
Oxigénio	23	[7,7]	21	[13,2]	0,057
Penso	28	[9,3]	27	[17,0]	0,027
Suturas	17	[5,7]	20	[12,6]	0,028
Soros	44	[14,7]	52	[32,7]	0,0001
O custo da receita					
Sem receita	70	[23,3]	38	[23,9]	0,008
Não gastou dinheiro na farmácia	8	[2,7]	4	[2,5]	
< 5€	27	[9,0]	33	[20,8]	
> 5 € - 10 € <	89	[29,7]	40	[25,2]	
> 10 € - 20 € <	58	[19,3]	31	[19,5]	
> 20 €	44	[15,0]	13	[8,2]	
Nova consulta	67	[22,3]	51	[32,1]	0,073
Globalmente a consulta					
Muito boa	42	[14,0]	47	[29,6]	0,003
Boa	119	[39,7]	54	[34,0]	
Razoável	102	[34,0]	42	[26,4]	
Sofrível	19	[6,3]	6	[3,8]	
Má	16	[5,3]	10	[6,3]	
Em consulta urgente prefiro					
Qualquer médico	71	[23,7]	40	[25,2]	0,0001
Médico família	112	[37,3]	31	[19,5]	
Médico especialidade hospitalar	71	[23,7]	18	[11,3]	
Clínico Geral	27	[9,0]	18	[11,3]	
Médico hospitalar	17	[5,7]	30	[18,9]	
Dependência	26	[8,7]	26	[16,4]	0,036

No pedido de exames complementares não houve diferenças entre as instituições. Quanto a tratamentos houve predomínio significativo no Serviço de Atendimento Permanente. O preço da receita ficou mais cara na Consulta Aberta.

Dos observados no Serviço de Atendimento Permanente 32,1% necessitaram de nova consulta pelo mesmo motivo, mas sem relevância estatística com a Consulta Aberta. No entanto a satisfação global da consulta foi significativamente maior com o atendimento do Serviço de Atendimento Permanente. Mas a insatisfação com a consulta (sofável ou má), não foi diferente nas instituições.

Para os utentes do Serviço de Atendimento Permanente a escolha do perfil de médico para atendimento em consulta urgente não era específica, enquanto na Consulta Aberta a escolha era pelo Médico de Família.

Os dependentes ocorreram duas vezes mais ao Serviço de Atendimento Permanente do que à Consulta Aberta.

Na questão de resposta aberta só 32% (quadro 12) responderam e destes, 69,2% opinaram sobre o Serviço de Atendimento Permanente, em que destacaram o aspecto favorável e problemas organizativos.

Quadro 12 – Comentários

	Frequência	%	% Válida	%Cumulativa
Favorável CA	5	1,1	3,4	3,4
Problemas Organizativos CA	22	4,8	15,1	18,5
Desfavorável CA	18	3,9	12,3	30,8
<i>Válidos</i> Favorável SAP	38	8,3	<u>26,0</u>	56,8
Problemas organizativos SAP	40	8,8	<u>27,4</u>	84,2
Desfavorável SAP	23	5,0	15,8	100,0
Total	146	32,0	100,0	
Em falta	313	68,0		
Total	459	100,0		

Urgência Básica

V. DISCUSSÃO:

Não se identificaram trabalhos nacionais sobre este problema e que permitissem uma comparação de resultados, salvo um relacionado com o serviço de emergência⁶⁹.

No entanto, alguns trabalhos dirigidos para o abuso dos serviços de emergência, realizados na Austrália⁷⁰, Canadá⁷¹, EUA⁷², Suécia⁷³, França⁷⁴, Inglaterra⁷⁵ e na Espanha⁷⁶, sobrepõem-se às dificuldades que encontramos na gestão da consulta urgente. Nestes estudos, os principais motivos da procura dos serviços de emergência são a maneira rápida de obter cuidados de saúde, a opinião favorável dos utilizadores que têm dos mesmos e doentes portadores de doenças crónicas⁷⁷.

A sobreutilização do serviço de emergência está relacionada com a insatisfação dos utentes com os cuidados primários⁷⁸, altas hospitalares prematuras⁷⁹, assim como a continuidade de cuidados⁸⁰. É curioso, que actividades desportivas televisadas diminuam a ocorrência ao serviço de emergência⁸¹.

Murphy AW e col⁸², verificaram que a utilização inapropriada dos serviços de urgência variam entre 20% e 80%. Balanzó X e col.⁸⁵, utilizando critério de urgência *“toda a avaliação que necessite de técnicas hospitalares”*, semelhante ao utilizado neste trabalho para definir cuidados secundários, encontraram 79% de episódios inapropriados.

Num estudo efectuado no Hospital de São João (Porto), Sofia Pereira e col.⁶⁹, definindo urgência apropriada transferência de outro hospital, morte no serviço, hospitalização e realização de técnicas de diagnóstico e terapêutica, a prevalência de urgência inapropriada foi de 31,3%. Em Murcia, Teresa Sempere-Selva e col.¹³, num trabalho realizado num hospital universitário, utilizando um protocolo hospitalar de definição de urgência, determinaram 29,6% de inapropriação. Esta variabilidade na percentagem de visitas inadequadas ao serviço de emergência deve-se à falta de consenso na sua definição e aos critérios subjectivos para a sua identificação⁸³.

Jeremy Dale em três trabalhos publicados no BJM^{84 85 86}, verificou que a utilização de clínicos gerais nos departamentos de emergência para gerir doentes do foro dos cuidados primários, parecem resultar em reduzidas taxas de investigação, prescrição e referência.

Esta evidência sugere importantes benefícios em termos da utilização de recursos, mas o impacto nos resultados e satisfação dos doentes precisa de ser avaliado.

A nível nacional, o relatório da “ Reestruturação das urgências⁶ “, sustenta que o problema dos serviços de urgência não afecta apenas o sistema de saúde Português. Este problema que atinge praticamente todos os sistemas europeus, que se debatem com situações que sendo idênticas nas suas causas e consequências do que se passa em Portugal, são todavia de grau de intensidade menor⁷³, e porque também, os serviços de urgência constituem o último elo do sistema, onde se repercutem todas as carências e disfunções existentes a montante, decorre daqui a gravidade da situação Portuguesa que não tem paralelo em qualquer país da União Europeia⁸⁷.

A análise retrospectiva dos anos 2000 e 2001 permitiu avaliar o estado actual da consulta urgente do Concelho de Espinho. A amplitude possível desta avaliação, caracteriza a consulta urgente no Concelho, como a forma mais fácil e disponível de acesso a cuidados de saúde, e por isso a mais procurada para a prestação de cuidados médicos. Não foram avaliadas a requisição de exames complementares, tratamentos realizados e custo do receituário dado se tratar de uma análise retrospectiva e falta de elementos estatísticos nas fontes de informação das instituições. A introdução da Classificação Internacional Problemas de Saúde II, foi a forma mais fiável de pesquisar os diagnósticos uma vez que a estatística do centro de saúde já a utiliza e no boletim do Serviço de Atendimento Permanente está incluída nos elementos estatísticos, e o seu preenchimento é realizado por clínicos gerais.

A escolha da primeira quinzena do mês de Julho de 2002 para colheita dos dados realizada por inquérito foi de conveniência, mas não era previsível o enviesamento dos resultados. A informação retirada do inquérito limitada aos dias úteis, das oito às vinte horas, permitiu um estudo exploratório com possível extrapolação para outras unidades de saúde do mesmo nível. Inicialmente, o inquérito mencionava duas perguntas sócio-demográficas, actividade profissional e nível de escolaridade, mas por renitência dos administrativos e alguma desconfiança por parte do utente, foram eliminadas. Este facto induziu mudança na estratégia da condução do questionário.

A selecção da amostra não enviesou os resultados, pois foi apropriada para o contexto em que se pretendia avaliar de forma clara como os Espinhenses sentem as consultas urgentes. Não foram utilizados critérios, que a literatura enfatiza como factor de distorção dos resultados, como a gravidade de doença, factores emocionais intervenientes no acto da consulta e dificuldades de leitura e escrita⁸⁸.

A utilização do questionário para avaliar a opinião dos Espinhenses perante a consulta urgente, possibilitou alguma informação do modo de funcionamento e o que pensam das instituições em causa. A abordagem por auto-registo enviado pelo correio, com período médio de resposta de uma semana⁸⁹ foi a mais eficiente, pois libertou o participante para aderir ao seu preenchimento sem qualquer forma de pressão. Este facto foi constatado no estudo piloto por telefone, em que a desconfiança dos utentes era patente e confirmada no inquérito. Estratégia idêntica foi utilizada por Michael A. Murray num questionário administrado a doentes após a alta do hospital de Ontário⁸⁹.

O questionário foi dirigido para as expectativas⁹⁰ do doente na sua relação com o médico numa das instituições, conseqüente a uma consulta. Neste sentido foi apenas descritivo⁹¹. Contudo é reconhecido que dados avaliativos⁹¹ são mais significativos e contra as expectativas do doente que deverão ser consideradas como juizes do serviço de qualidade.

Na pesquisa bibliográfica encontrei vários questionários dirigidos para a satisfação do doente (PSQ IV⁹²; CSQ⁹³; SF-36^{94 96}; e de ARS-Norte⁹⁵).

Estes instrumentos representam várias dimensões de satisfação, e a sua modificação pode afectar a reprodutibilidade e validade⁸⁸. Embora os questionários padronizados tem sido desenvolvidos para evitar viéses que se levantam quando as questões são rescritas, a estandardização do texto não produz automaticamente o significado do mesmo. A língua natural do significado das palavras não herda a palavra em si própria, mas é o resultado da interacção com a situação a analisar e dos seus componentes que podem ser afectados pelo estrato social e factores culturais⁹⁶, ou seja, a validação do uso de instrumento feito, é mais do que o próprio em si mesmo⁹⁷.

A literatura reflecte que questionários usados na gestão de cuidados não são padronizados e por isso muitos deles não foram testados para validade externa³⁹.

A opção por questionário estruturado no contexto específico da opinião⁹⁸ do Espinhense na comparação das consultas urgentes dum hospital de nível I e dum centro de saúde, pareceu a mais acertada, porque a população a estudar tinha características próprias e a amplitude da satisfação de interesse para o estudo, não estava representada nos diferentes questionários consultados.

O questionário compreendeu dezasseis questões directas⁹⁹ cuja escolha foi objectiva e factual⁹⁹. Por outro lado, eram específicas porque solicitavam aspectos pessoais ou uma atitude que experimentaram no acto da consulta. A formulação das questões pré determinaram dois tipos de respostas. As questões A, B, E, G, I e J eram constituídas por uma listagem e os respondentes seleccionaram uma das escolhas possíveis. Nas restantes o tipo de resposta era categórica (Sim/Não), à excepção da questão C que introduzia a possibilidade (Não sei).

A última questão era de natureza valorativa de formato aberto, solicitando ao participante comentários há cerca da consulta urgente no Concelho de Espinho, com intuito de motivar a cooperar os elegíveis fazendo-os sentir que a sua opinião era importante na resolução do problema da Consulta Urgente do Concelho. Brandi White¹⁰⁰ aconselha a introdução de pelo menos uma questão aberta, embora idealmente duas, sendo que uma delas seja dirigida para o que pensam os utentes do nosso trabalho.

Estas questões dimensionavam o questionário em aspectos sócio-demográficos; nas expectativas do utilizador pela preferência da escolha da instituição e o tempo de espera para a consulta; no tipo de relação com o médico; a consulta e o custo da receita; a qualidade global do atendimento e a necessidade de nova observação; tipo de médico para atendimento em consulta urgente e dependência do doente.

A formatação das questões foi construída tendo em conta não influenciar o tipo de resposta e por isso as questões eram óbvias solicitando uma atitude experimentada pelo participante no acto da consulta. Não se utilizou questões duplas, termos ou frases não familiares, questões vagas e assunções normativas que introduziam vieses na avaliação do conteúdo⁹⁶.

Assim, o tipo de resposta era categórica ou por listagem. A última questão de formato aberto exigiu por parte do respondente a elaboração de factos ou considerações relativas ao funcionamento da consulta urgente, embora levantando problemas na quantificação dos dados. O terço dos respondentes que aderiram a este tipo de questão permitiu estratificá-la em três estádios de opinião favorável ou desfavorável da instituição e problemas de natureza organizativa da mesma.

A validade⁹¹ permite medir a extensão para a qual o instrumento geralmente mede o que é suposto medir. Em medição objectiva, a fidelidade de um instrumento é a proximidade das medidas aos seus valores verdadeiros. Contudo a aplicação desta definição na avaliação de satisfação está longe de ser clara. O problema é que o construto satisfação do doente¹⁰¹ está definido para produção de valores de satisfação á custa do seu desenvolvimento conceptual. Por consequência é difícil avaliar a validade do conteúdo quando não se conhece a magnitude do construto satisfação dos intervenientes, e se de facto o critério utilizado é congruente com a satisfação. É difícil avaliar a validade de construção quando apenas pequenas evidências sugerem, que dois grupos podem expressar diferentes critérios de satisfação com particular variável.

De facto não foi testada a validade do conteúdo, com estudo piloto, porque as questões eram simples e a maior parte delas colocadas como afirmações, que requeriam respostas óbvias. Na pesquisa bibliográfica, numa análise de 195 estudos⁹¹, destes 39% apresentavam validade para o conteúdo. Nesta mesma análise o número médio de itens foi de 16 e constatou que a validade era proporcional ao maior número de itens. Assim, procedeu-se a técnicas para confirmarem se os resultados representam valores verdadeiros. Testou-se a reprodutibilidade do questionário que permitiu observar a variabilidade das respostas dadas pelos 23 respondentes aos itens dos questionários, conforme quadro 8. Apesar de alguns autores adoptarem pela análise da consistência interna⁹⁷, neste trabalho foi utilizada a estabilidade (teste-reteste), a mais adequada para determinar a variabilidade temporal dadas ás opiniões iniciais¹⁰². Utilizou-se a concordância através do valor k e não a correlação como medida estatística¹⁰³, que variou entre 0,553 e 1, com média de 0,765.

José Cazusa F.J. e col.¹⁰⁴, num estudo sobre comportamentos de adolescentes relacionados com a saúde obteve valores de K que oscilou entre 0,71 e 0,85. A reprodutibilidade de resultados de cuidados médicos, num estudo efectuado sobre satisfação de doentes nos Hospitais de Ontário-Canadá, por Michael A. Murray e col.⁸⁹, os valor médio de K foi de 0,44.

A aceitabilidade da amostra obrigou à comparação dos respondentes com os não respondentes como forma de avaliar a sua representatividade, que possibilitou a validação da amostra porque não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. Na literatura as características dos não-respondentes¹⁰⁵ têm sido associadas ao desemprego, idade do doente, classe social alta e conhecimento dos cuidados de saúde. Há alguma evidência nestes estudos, que os não respondentes são aqueles menos satisfeitos com os cuidados de saúde. Outros dados indicam serem os mais novos, alto nível educacional, status sócio-económico baixo, não casados, masculino e mais saudável¹⁰⁶. A proporção de resposta parece estar relacionada com tipo de questionário⁸⁸, verificando-se que por auto-registo produz números mais baixos do que por entrevista. Geralmente os doentes estão mais receptivos a responderem se tiveram garantias de anonimato¹⁰⁰. Considerações sobre o número de respostas, requer uma análise das vias de enviesamento, assim como as considerações do contexto na qual a investigação foi realizada. O aumento da proporção de resposta é suportada pelo interesse dos utentes no tópico em avaliação¹⁰⁷. É consensual que os respondentes têm vindo a diminuir ao longo dos últimos anos. Por isso alguns autores tem defendido técnicas como: personalização dos questionários, sponsorização de instituições académicas e utilização de incentivos monetários ou não¹⁰⁸.

Janko Kernisk¹⁰⁹ com 58,2% e Orna Baron-Epel e col.³⁶, com 50,7%, foram as proporções determinadas para questionários por entrevista. Na literatura a proporção de resposta⁸⁸ de 30% tem sido considerada como “razoável”, 50% como “bastante alta” e 80% “muito alta” ou “notável. Brandi White¹⁰⁰ considera 35% a proporção de resposta típica para questionários enviados pelo correio, que poderá alcançar os 36 a 38% com o a utilização de lembretes aos não-respondentes no intervalo de 5 a 7 dias, mas o com o mínimo de 200 respostas para o questionário se tornar válido ou reprodutível.

O questionário enviado pelo correio do Hospital de Ontário⁸⁸, obteve uma proporção de resposta de 40% com o número de respostas de 3330. Neste trabalho utilizou-se os telefonemas, que não teve retorno eficaz ou significativo para aumento da proporção de resposta, corroborado por outros autores que não encontram qualquer benefício¹⁰⁸.

Tendencialmente diminui o número de episódios na Consulta Aberta que poderá estar relacionado com o preenchimento de vagas de Médico de Família no Centro de Saúde e pelo crescimento do Serviço de Atendimento Permanente, este pela fácil acessibilidade e pelo consumismo no sector da saúde. Nota-se uma tendência do grupo pediátrico para o Serviço de Atendimento Permanente, justificada com a presença física de um Pediatra, nos dias normais da semana. O grupo dos adultos era predominante na Consulta Aberta, que se relaciona com a procura de cuidados médicos de natureza administrativa.

A Classificação Internacional Problemas de Saúde II, permitiu clarificar que o Serviço de Atendimento Permanente era procurado pelo utilizador com doença aguda, contrariamente à Consulta Aberta procurada para a doença crónica. Esta assunção explica-se pela estatística da Consulta Aberta que atribui à falta de médico de família ou fora do horário de atendimento do mesmo, o grande número de episódios daquela consulta, justificando a sua autonomia na orientação dos seus doentes enquanto os clínicos gerais do Serviço de Atendimento Permanente só num 1/6 dos episódios solicitaram a orientação por cuidados secundários. Num trabalho realizado em Espanha⁷⁶ utilizando a Classificação Internacional Problemas de Saúde II, codificada em variáveis médicas e cirúrgicas, verificou que as cirúrgicas são mais adequadamente atendidas no Serviço de Emergência.

As características demográficas da amostra, eram semelhantes nas duas instituições e coincidentes com o inquérito, e não associa a escolha do tipo de consulta com critérios sociais, culturais, educacionais e económicos. É interessante referir que os indivíduos com maior escolaridade eram de maior expressividade no Serviço de Atendimento Permanente.

O sentimento da procura da consulta em termos de rapidez e da necessidade de exames complementares, não foi factor de escolha. Por outro lado, quando os utentes sentiam necessidade de observação urgente dirigiam-se ao Serviço de Atendimento Permanente e o contrário dirigiam-se à Consulta Aberta. Esta evidência leva a crer que o Espinhense entende que a urgência era no Serviço de Atendimento Permanente.

No trabalho de Carraça e col¹¹⁰, o recurso ao Serviço de Atendimento Permanente é determinado pelo episódio agudo e independente da acessibilidade ao Médico de Família. Esta constatação é corroborada no trabalho de Palma¹¹¹ cuja a auto-avaliação do doente do seu estado de saúde no momento é preditora da escolha da instituição, ou seja, se a condição for grave dirigem-se ao Serviço de Urgência, não grave procuram o Médico de Família.

A demora no atendimento era menor no Serviço de Atendimento Permanente que na Consulta Aberta, com medianas de 30 minutos para tempo de espera (ver quadro 13) e 90% dos Espinhenses era atendido ao fim de uma hora.

No trabalho Saúde e Doença em Portugal realizado por Manuel V. Cabral e col⁴⁸, os dois principais motivos porque ocorreram às urgências hospitalares foram: 18,9% não quiseram esperar por uma consulta e 57,9% o atendimento era mais rápido. Neste mesmo trabalho o tempo de espera para ser atendido no Serviço de Urgência teve uma média de 51 minutos, para uma mediana de 30 minutos, dos quais 25,5% entraram de imediato (ver quadro 13) e o tempo de espera antes de ser atendido na consulta do Centro de Saúde foi 2% muito bom e 24% bom.

Na consulta urgente os Espinhenses evidenciaram confiança, relativamente ao interesse e delicadeza sobre o seu estado de saúde e diagnóstico que o clínico mostrou durante a consulta, excepto na falta de explicação.

O atendimento pelo seu Médico de Família foi de 14 % na Consulta Aberta e sem expressão no Serviço de Atendimento Permanente. No trabalho Manuel V. Cabral⁴⁸, a relação com o Médico de Família no Centro de Saúde foi muito bom em 15,7% e bom em 59%.

O motivo da procura de consulta foi predominante para a doença superior a 60% dos episódios, associando-se o acidente no Serviço de Atendimento Permanente em 22,6% e a causa administrativa (baixa, receitas, rotina e exames complementares) na Consulta Aberta em 30,3%.

No trabalho de Manuel V. Cabral⁴⁸ o motivo de procura de consulta no Serviço de Urgência estratificou-se 72,3% em doença, 22,6% em acidente e outras em 5,1%.

Quadro 13 – Comparação dos resultados.

	CA	SAP	Saúde e Doença ⁴⁸	
Motivo de Consulta				
Doença	61%	65%	72,3 %	
Acidente	8,7%	22,6%	22,6 %	
Outros	30,3%	12,4 %	5,1 %	
Demora do atendimento				
Média	35 min	28 min	51 min	
Mediana	30 min	30 min	30 min	
Imediato	17 %	39 %	25,5 %	
Satisfação			C. Saúde	S. Urgência
Satisfeitos	53,7 %	63,6 %	65,3 %	70,8 %
Insatisfeitos	11,6 %	10,1 %	13 %	12,1 %

A complementaridade com exames clínicos evidenciou que em cada dois doentes um realizou exames complementares. Enquanto o tratamento no acto da consulta mostrou um rácio de 2 para 3 no Serviço de Atendimento Permanente e na Consulta Aberta de 1 para 3. Por fim, o custo da receita na Consulta Aberta 2/3 dos casos foi superior a 5 €, enquanto no Serviço de Atendimento Permanente metade dos atendimentos o valor foi inferior a 5 €. E cerca de 1/4 dos casos nas duas instituições não tiveram receituário.

Globalmente a consulta em 63% dos utentes do Serviço de Atendimento Permanente foi considerada, boa ou muito boa, não satisfatória (sofrível e má) em cada dez. No trabalho Saúde e Doença em Portugal de Manuel V. Cabral⁴⁸ 8,9% ficaram bastante satisfeitos e 61,9% satisfeitos com o tratamento no Serviço de Urgência (ver quadro 13). Na escolha do perfil Médico para o atendimento urgente era notória a preferência do Médico de Família 37,3% na Consulta Aberta e 19,5 % no Serviço de Atendimento Permanente, e como alternativa qualquer médico com 23,7% na Consulta Aberta e 25,2 % no Serviço de Atendimento Permanente.

Por dificuldade de apoio domiciliário os doentes acamados e ou com dificuldades motoras são encaminhados para consulta urgente dos hospitais, que neste trabalho indicia a duplicação deste tipo de doentes no Serviço de Atendimento Permanente.

A questão de formato aberto do questionário revestiu-se de características libertadoras para com os utentes, para que pudessem expressar os seus sentimentos pela consulta urgente. A natureza aberta da pergunta condicionou a sua quantificação. No entanto, foi possível medi-la por critérios de agrado ou desagrado e organização da consulta, nas duas instituições. Pelo facto da questão ser facultativa, só apenas 32% dos respondentes quiseram dar opinião. Mesmo assim, constatou-se que existe uma opinião mais favorável ao Serviço de Atendimento Permanente do que à Consulta Aberta, embora os aspectos organizativos do mesmo eram postos em causa. No trabalho de Manuel V. Cabral⁴⁸ nas reclamações efectuadas pelos utentes, 28% foram pela demora do atendimento.

Urgência Básica

VI. CONCLUSÕES:

Os resultados obtidos neste estudo sugerem as seguintes conclusões em relação com a população de Espinho:

- A consulta urgente do concelho foi utilizada 1,5 vezes, de segunda a sexta feiras, entre as 8 e as 20 horas;
- A Consulta Aberta é, sobretudo, procurada por mulher entre os 18 e 64 anos, com doença crónica do aparelho respiratório ou necessidade de apoio médico-social;
- No Serviço de Atendimento Permanente observa-se fundamentalmente doença aguda traumática, respiratória ou infecciosa, sem predominância de género ou idade;
- O Médico de Família, é o médico de eleição para a consulta urgente, e qualquer médico serve em alternativa;
- Há conhecimento do modo de funcionamento das consultas, o Serviço de Atendimento Permanente é considerado como o local para o atendimento urgente e mostra descontentamento com problemas de natureza organizativa, falta de médicos, falta de apoio de especialidades e falta de exames complementares.

Urgência Básica

VII. BIBLIOGRAFIA:

- 1-FA Gonçalves Ferreira. Moderna Saúde Publica. 6nd ed. Fundação Calouste Gulbenkian; Março 1990 . p. 1201-1382.
- 2-Serviço Nacional de Saúde. Diário da República Iª Série nº 214, Decreto-lei nº 55/79 (15 de Setembro 1979).
- 3-Lei de Bases da Saúde. Diário da República Iª Série nº 195, Lei nº 48/90 (24 de Agosto de 1990).
- 4-Articulação entre Hospitais e Centros de Saúde. Diário da Republica II Série nº 133. Despacho do Ministro da Saúde nº 24/94 (9 de Junho 1994).
- 5-Comissão Nacional para Reestruturação das Urgências. Diário da Republica IIª Série nº 14. Ministério da Saúde. Despacho do Gabinete do Ministro (17 de Janeiro 1995).
- 6-Comissão Nacional para Reestruturação das Urgências. Relatório sobre Reestruturação das Urgências. Ministério da Saúde. Abril 1996.
- 7-Daniel M Fatovich. Emergency medicine. BMJ 2002; 324: 958-962.
- 8-Jonh R Richards, Misty L Navarro, Robert W Derlet. Survey of directors of emergency departements in California on overcrowding. West J Med 2000; 172: 385-388.
- 9-Brigitte Santos Eggiman. Increasing use of the emergency departement in a Swiss hospital: observacional study based on measures of severity of cases. BMJ 2002; 324: 1186-1187.
- 10-Vasquez Quiroga B, Pardo Moreno G, Fernandez Cantalejo G, Canals Aracil M, Delgado Nicolas MA, Navas Alonso M. Why do our patient go to hospital emergency department ?. Atencion Primária 2000: 172-175.
- 11-Sempere Selva T, Peiro S, Sendra Pina P, Martinez Espinosa C, Lopez-Aguilera I. Innappropriate use of na accident and emergency departement: magnitude, associated factors and reasons: an approach with explicit criteria. Ann Emerg Med 2001; 37: 568-579.
- 12-Gerard Espinosa, Oscar Miró, Miguel Sanchez, Blanca Coll-Vinent, José Millá. Effect of external and internal factores on departement overcrowding. Annals of Emergency Medicine 2002; 39: 693-695.
- 13-Teresa Sempere Selva, Salvador Peiró, Pilar Sendra Pina, Consuelo Martinez Espin e Inmaculada Lopez Aguilera. Validez del protocolo de adecuacion de urgências hospitalarias. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 465-479.
- 14-Zeev Rotstein, Rachael W Miron, Bruno L, Daniel S Seidman, Poriah Shalaf, Amir Shahar, Uri Gabay and Shlomo Noy. Management by constraints: considering patient volume when adding medical staff to the emergency departement. IMAJ 2002; 4: 170-173.
- 15-D Oterino, S Peiró, R Calvo, P Sutil, O Fernandez, G Pérez, P Torre, T Sempere. Utilization inadecuada de un servicio de urgencias hospitalarias. Una evaluacion com critérios explícitos. Gaceta Sanitária 1999; 13: 361-370.
- 16-F Escobedo, L Gonzalez Gil, M Salarichs, A Manzano, I Lopez, JA Martin, e C Albaladejo. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde um área básica de salud (ABS). Aten Primaria 1997; 19: 169-175.

- 17-Resultados preliminares da Zona Norte dos Censos 2001. Instituto Nacional Estatística: Informação á comunicação social. Destaque de 26 de Junho de 2001.
- 18-Consultas Abertas. Centro de Saúde de Espinho. Proposta de Organização dos Serviços; Janeiro de 1997: 10.
- 19-Elementos Estatísticos de Saúde de 1997. Ministério da Saúde. Direcção Geral Saúde. Lisboa; Dezembro 1999.
- 20-Hernan Duran. Planeamento da Saúde. Aspectos Conceptuais e Operativos. Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento de Saúde. Lisboa; 1989. p. 20-35.
- 21-O Hospital Português. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde; 1998.
- 22-Características dos Hospitais de Nivel I. Diário da Republica IIª Série nº 102, Despacho da Ministra da Saúde nº 10/86 (5 de Maio 1986).
- 23-Valências Básicas. Diário da Republica IIª Série nº 161, Despacho da Ministra da Saúde nº 23/86 (16 de Julho de 86).
- 24-Classificação dos Hospitais de Nivel I. Diário da República IIª Série n.º 116, Despacho da Ministra da Saúde n.º 32/86 (23 Maio de 1986).
- 25-Carreiras Médicas. Diário da República Iª Série Nº 54, Decreto-Lei nº 73/90 (6 Março de 1990).
- 26-José Torres da Costa, António Araújo, Jorge Madeira, João Capela, Maria Lurdes Gandra, Manuel Quintas, António Oliveira e Silva, Bonito Vítor, Diana Guerra, Luís Lencastre. Serviço de Urgência e Serviço de Atendimento Permanente - Definição e requisitos mínimos. Norte Médico 2001; nº 7: 36-38.
- 27-Condições de exercício profissional no Centro de Saúde de Rio Tinto. Deliberação do Conselho Distrital do Porto da Ordem dos Médicos de 26.03.01. Norte Médico 2001; nº 7: 32.
- 28-As especialidades e a urgência geral. O que podem os especialistas ser obrigados a fazer. Divulgação da deliberação do Concelho Regional da Ordem dos Médicos. Revista da Ordem dos Médicos. Abril 1999.
- 29-Wonca Europa 2002. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica geral / Medicina Familiar). Tradução de Dr.º Rui Pombal. Apêndice 1: 35.
- 30-Instituto Clínica Geral no HGSA. Diário da Republica Iª Série n.º 205, Secretaria de Estado da Saúde. Portaria n.º 767/81 (7 de Setembro de 1981).
- 31-Carreira Médica de Clínica Geral. Diário da República Iª Série n.º 177, Decreto- Lei n.º 310/82 (3 de Agosto de 1982).
- 32-Criação do Regulamento dos Institutos de Clínica Geral. Ministério das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. Ministério da Saúde. Diário da Republica Iª Série n.º 207, portaria n.º 505/86 (9 de Setembro de 1986).
- 33-Centros de Saúde da 2ª Geração. Diário da República Iª Série n.º 93. Ministério Assuntos Sociais. Secretaria Estado da Saúde e Gabinete da Secretaria Estado. Despacho normativo n.º 97/83 (22 de Abril de 1983).

- 34-Centro de Saúde da 3ª Geração. Diário da República Iª Série n.º108 , Decreto-lei n.º 157/99 (10 de Maio de 1999).
- 35-Rede Hospitalar Urgência/Emergência. Direcção Serviços Planeamento. Lisboa; Direcção-Geral de Saúde 2001, 24p.
- 36-Orna Baron-Epel, Marina Dushenat and Nuriti Friedman. Evaluation of consume model: relation between patient's expectations, perception and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000; 13: 317-323.
- 37-Blumenthal D. Quality of health care part 1. Quality of care: what is it? *N Engl J Med* 1996; 335: 891-4.
- 38-Moja EA, Vegni E. La medicina centrata sub paziente. *Ann Ital Med Int* 1998; 13 : 56-64.
- 39-Veronda M Finley. Patient Satisfaction in Managed Care. A professional paper submitted in partial fulfilment of the requirement of the degree of Master in Public Administration Health Administration [dissertação]. Las Vegas: University of Nevada; 2001.
- 40-Joyce M Hawkins. *The Oxford – Paperback Dictionary*. 3ª Ed. Oxford University Press; 1988. Satisfaction: p. 719.
- 41-David C Hadorn and Stering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Setting priorities for waiting lists: defining our terms. *CMAJ* 2000; 163: 857-60.
- 42-B Mitchell Peck, David A Asch, Susan D Goold, et col. Measuring Patient Expectations. Does the instrument affect satisfaction or expectations?. *Medical Care* 2001; 39: 100-108.
- 43-Richard L Kravitz. Measuring patient's expectation and request. *Ann Intern Med* 2001: 881-888.
- 44-Agence Nationale d' Accréditation et d' Evaluation en Santé. La satisfaction des patients. *Revue de la littérature medicale. Service Evaluation Hospitalière / Septembre 1996* : pag 45..
- 45-PRH Newsome and GH Wright. A review of patient satisfaction: 1. Concept of satisfaction. *British Dental Journal*; 186: 161-165
- 46-Kurt Kloetzel, Anete Machado Bertoni, Maristela Costa Irazoqui, Valdaci Padão Garcia Campos, Rosane Nunes dos Santos. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I- A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública Rio Janeiro* 1998; 14: 623-628.
- 47-Suzan Kucukarslan and Jon C Schommer. Patients' expectations and their satisfaction with pharmacy services. *J Am Pharm Assoc* 2002; 42: 489-496.
- 48-Manuel Vilaverde Cabral, Pedro Alcantara da Silva, Hugo Mendes. *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: ICS; 2002.
- 49-HP Jung, M Wensing, A de Wilt, F Olesen, and R Grol. Comparison of patient's preferences and evaluation regarding aspects of general practice care. *Family Practice* 2000; 17: 236-42.
- 50-Josefina Caminal. La medida de la satisfacción: un instrumento de la participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-279.
- 51-Tore Sorlie, Harold C Sexton, Rolf Busund and Dag Sorlie. Predictores of satisfaction with surgical treatment. *International Journal of Quality in Health Care* 2000; 12: 31-40.

- 52-Ghazi Al Qatari and Dave Haran. Determinants of user's satisfaction with primary health care settings and services in Saudi Arabia. *Int Journal for Quality in Health Care* 1999; 11: 523-531.
- 53-SM Saw and TP Ng. The design and assessment of questionnaires in clinical research. *Singapore Med J* 2001; 43: 131-135.
- 54-Stewart MA. Effective physician patient communication and health outcomes: a review. *CAMJ* 1995; 152: 1423-1433.
- 55-Filomena Kotaka, Maria Licia R Pacheco e Yasue Higaki. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997; 31: 171-177.
- 56-Luis Pisco. Instituto da Qualidade e Saúde. Boletim IQS. 2000: Nº0: 1
- 57-Barbara Kahan and Michael Goodstadt. Continuous quality improvement and health promotion: Can CQI lead to better outcomes? *Health Promotion International* 1999; 14: 83-91.
- 58-Ovretveit J. Quality in health promotion. *Health Promotion International* 1996; 11: 55-62.
- 59-João Catarino Mezonzo. *Gestão da Qualidade na Saúde, Princípios Básicos*, Editora Manole Ltda; 2001. p. 126-131.
- 60-Margarita P Hurtado, Elaine K, Swfit and Manet M. Corrigan Editors. Committee on the National Quality Report on Health Care Delivery, Board on Health Care Services. *Envisioning the National Health Care Quality Report*. IOM. National Academy Press. pp: 20-66. Disponível em URL: <http://www.nap.cdu/openbook,2000>, acedido 23 Fevereiro 2002.
- 61-Criação do Instituto de Qualidade da Saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República IIª-B Série Nº98* Portaria nº 288 / 99 (27 de Abril de 1999).
- 62-Diana Sale. *Quality assurance. A Pathway to Excellence*. Edit. Palgrave Macmillan ; 2000.
- 63-Schwab RA. Emergency Departement Customer Satisfaction: The point of view paradox. *Ann Emerg Med* 2000; 35: 499-501.
- 64-Balanzó X, Pujol F. Estudio multicentrico de las urgencias de los hospitales generales básicos de Barcelona. *Med Clin* 1989; 92: 86-90.
- 65-Slapeña Lopes Amentia, S Reguero Celada, M Garcia Resenal, et col. Estudio epidemiológico de las urgências pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadequada. *Ann Esp Pediatr* 1996; 44: 121-125.
- 66-Wonca. CIPS 2 Definida. *Títulos diagnósticos condensados*. Lisboa APMCG, 1998.
- 67-António Agripino Costa Oliveira. Estudo Comparativo entre Ca e Sap no Concelho de Espinho em 2000. *Revista de Epidemiologia* 2001; 4: 27.
- 68-Landis JR & Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-174.

- 69-Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, Angelico V, Fonseca L, Loureiro E, Barroso S, Machado A, Soares M, da Costa AB, de Freitas AF. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 580-586.
- 70-Cameron A Mustard, Anita L Kozyrskyj, Morris L Barer and Sam Sheps. Emergency department use as a component of total ambulatory care: a population perspective. *CMAJ* 1998; 158: 49-55.
- 71-Michael J Schull, Pamela M Slaughter, Donald A Redelmeier. Urban emergency department overcrowding: defining the problem and eliminating misconceptions. *CMEJ* 2002; 4: 76-83.
- 72-Graff L Overcrowding in the ED: an international symptom of health care system failure. *Am J Emerg Med* 1999; 17: 208-209.
- 73-Hansagi H, Carlsson B, Olson M, Edhag O. Trial of a method of reducing inappropriate demands on a hospital emergency department [abstract]. *Public Health* 1987; 101:99-105.
- 74-P. Lombraill, C. Vitoux-Brot, A. Bourrillon, M. Brodin and G. De Pouvourville. Another look at emergency room overcrowding : Accessibility of the health service and quality of care [abstract]. *International Journal for Quality in Health Care* 1997; 9: 225-235.
- 75-Cathy Shipman, Susan Longhurst, Florian Hollenbach and Jeremy Dale. Using out of hours homes services: General practice and A&E ?. *Family Practice* 1997; 14: 503-509
- 76-J Cantero Hinojosa, E Sanchez-Cantalejo Ramirez. Inadecuación de las visitas a un Servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Atención Primaria* 2001; 28: 326-332.
- 77-Howard J Ovens, Benjamin TB Chan. Heavy users of emergency services: a population-based review. *CAMJ* 2001; 165: 1049-50.
- 78-Campbell JL. General practitioner appointments systems, patient satisfaction and use of accident & emergency services at study in one geographic areas. *Fam Pract* 1994; 11: 438-445.
- 79-Baer Ryan B, Joel S Pasternack, Frank L Zwemer Jr. Recently discharge inpatients as a source of emergency of emergency department overcrowding. *Academic Emergency Medicine* 2001; n° 11: 1091-1094.
- 80-Gill James M, Arch G Mainons III, Jusa Nsereko. The effect of continuity of care on department use. *Archives of Family Medicine* 2000; 9: 333-338.
- 81-Oscar Miró, Miquel Sánchez, Antoni Borrás, José Millá. Fútbol, television y servicios de urgencias. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 538-539.
- 82-Murphy AW. "Inappropriate" attenders at accident and emergency department I: definition, incidence and reason for attendance. *Family Practice* 1998; 15: 23-32.
- 83-Lowe RA, Abbuhl SB. Appropriate standards for "Appropriateness Research". *Ann Emerg Med* 2001; 37: 629-632.
- 84-Jeremy Dale, Judith Green, Fiona Reid, Edward Glucksman. Primary care in the accident and emergency department I: Prospective identification of patients. *BMJ* 1995; 311: 423-426.


- 85-Jeremy Dale, Judith Green, Fiona Reid, Edward Glucksman, Roger Higgs. Primary care in the accident and emergency department II: Comparison of general practitioners and hospital doctors. *BMJ* 1995; 311: 427-430.
- 86-Jeremy Dale, Henrietta Lang, Jennifer A Roberts, Judith Green, Edward Glucksman . Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: A comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *BMJ* 1996; 312: 1340-1344.
- 87-Andrew W Murphy. Inappropriate attenders at accident and emergency department II:health service responses. *Family Practice* 1998; 15: 33-37.
- 88-John Sitzia and Neil Wood. Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *International Journal for Quality in Health Care* 1998; 10: 311-317.
- 89-Michael A Murray, Dianna Craig, Donna L. Ansan. Patient Satisfaction. A balanced scorecard for Ontario acute care hospitals. Technical Report Hospital Report 1999. 4 Patient satisfaction: 4.1-4.32
- 90-Thompson AGH, Suflol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concept, theory and evidence. *Int Journal Q Health Care* 1995 ; 7: 127-141.
- 91-John Sitzia. How valid and reliable are patient satisfaction data ?. An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11: 319-328.
- 92-PSQ-18. Disponível em URL: [Http:// www.rand.org/health/surveys/ psq 18/ survey/pdf](http://www.rand.org/health/surveys/psq_18/survey/pdf). Acedido a 27/12/02.
- 93-La Monica EL, Orbus MT, Madea AR, Wolf RY. Development of a patient satisfaction scale [abstract]. *Res Nurs Health* 1986; 99: 43-50.
- 94-Ware JR, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). 1. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-481.
- 95-Administração Regional de Saúde do Norte. Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte. Relatório final sumário da autoria de Teresa McIntyre e Sofia Silva . Junho de 1999.
- 96-Sara Mallinson. Listening to respondents: a qualitative assessment of the Short-Form 36 Health Status Questionnaire. *Social Science & Medicine* 2002; 54: 11-21.
- 97-Nunnally MC, Bernstein FH. *Psychometric Theory*. 3rd. N. York. M.C.Graw-Hill;1993.
- 98-Saturno Hernández, Pedro J. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 163-175.
- 99-Bruce W Tuckman. *Manual de Investigação em Educação*. Fundação Calouste Gulbenkian. Tradução de António Rodrigues Lopes. Cap10: 307-363.
- 100-Brandi White. Measuring Patient Satisfaction: How to do it and why to bother. *Family Practice Management* 1999; 6: 40-45.
- 101-William B. Patient satisfaction: a valid concept? [abstract]. *Soc Sci Med* 1994; 38: 509-516.
- 102-V Abreira. El indice Kappa. *SEMERGEN* 2000; 27: 247-249.

- 103-Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement, between two methods of clinical measurements. *Lancet* 1986; I: 307-310.
- 104-José Cazusa, Faria Junior, Maria Cesar Pires e Adair Silva Lopes. Reprodutibilidade de um questionário para levantamento de informações sobre comportamentos relacionados à saúde em adolescentes. *Rev Bras Ciências e Mov* 2002: 43-48.
- 105-S A Reijneveld and K Stronks. The impact of response bias on estimates of health care utilization in a metropolitan area: the use of administrative data. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28: 1134-1140.
- 106-Deborah da Costa, Ann E Clarke, Patricia L Dobkin, Jean-Luc Senecal, Paul R Fortin, Deborah S Danoff and John M Esdaile. The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11: 201-207.
- 107-Lynda F Voigt, Thomas D Koepsell, and Janet R. Dailing. Characteristics of telephone survey respondents according to willingness to participate. *Am J Epidemiol* 2003; 157: 66-73.
- 108-T Justin Clark, Khalid S Khan and Janesh K Gupta. Effect of paper quality on the response rate to a postal survey: A randomised controlled trial. *BMC Medical Research Methodology* 2001; 1: 12.
- 109-Janko Kernisk. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *International Journal for Quality in Health Care* 2000; 12: 143-147.
- 110-Idalmiro Carraça, Afonso Briosa e Gala, Helena Sousa Gago e Lurdes Gameiro. Atendimento complementar e acessibilidade. *Rev Port Clin Geral* 2002; 18: 271-280.
- 111-Joaquim Palma. Problemas de Saúde Urgentes: a quem recorrem os utentes e o que influencia a sua escolha. *Rev Port Clin Geral* 2002 ;18 :283-297

Urgência Básica

VIII. ANEXOS:

Anexo 1- Inquérito

 QUESTIONÁRIO "CAPAS" Hospital Nossa Senhora da Ajuda-Espinho Serviço de Higiene e Epidemiologia-Faculdade de Medicina		[Não preencher] [Codificação]
N° do Inquérito SC [] [] [] []		L []
A- Identificação:		
1- Nome _____		
2- Residência _____		A 2 []
3- Freguesia _____		
4- Código Postal [] [] [] [] - [] []		
5- Telefone [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
B- Dados Pessoais:		
1- Idade [] []		B 1 []
2- Sexo <input type="checkbox"/> F ¹ <input type="checkbox"/> M ²		B 2 []
C- Classificação Internacional de Problemas de Saúde [CIPS II]:		
D- Destino		
Transferido <input type="checkbox"/> ¹ C. Externa <input type="checkbox"/> ² Internamento <input type="checkbox"/> ³ C. Seguros <input type="checkbox"/> ⁴		D []
Domicílio <input type="checkbox"/> ⁵ M. Família <input type="checkbox"/> ⁶ Falecido <input type="checkbox"/> ⁷		
E- Motivo da Consulta		
Doença <input type="checkbox"/> ¹ Acidente <input type="checkbox"/> ² Referenciado <input type="checkbox"/> ³ Receituário <input type="checkbox"/> ⁴		E []
F- Motivo da Consulta Centro Saúde		
Sem M. Família <input type="checkbox"/> ¹ Médico ausente <input type="checkbox"/> ²		F []
Fora de horas <input type="checkbox"/> ³ Outros <input type="checkbox"/> ⁴		

Anexo 2- Carta de apresentação do projecto

QUESTIONÁRIO “CAPAS”

Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho

Serviço de Higiene e Epidemiologia – FMP

Estimado Espinhense:

O Concelho de Espinho, necessita do seu contributo para a resolução do problemático atendimento de consulta urgente. Como é do seu conhecimento existe neste Concelho a Consulta Aberta e a Urgência do Hospital para este tipo de atendimento. O funcionamento em simultâneo das duas Instituições das 8 às 20 horas, nos dias normais de semana, tem suscitado algumas dúvidas na forma como utilizá-los. Por isso a sua participação, ou familiar que cuida do doente dependente, no preenchimento do questionário, junto a esta carta, é essencial para o sucesso do estudo, que procura as necessidades e desejos do Espinhense em termos de consulta urgente.

A sua participação pode constituir a diferença, na medida em que as horas de trabalho dispendidas terão sido bem empregues, por irem ao encontro da sua opinião. Para isso, é necessário que responda ao Questionário “CAPAS”, anexo a esta carta, que se enquadra com a sua última ida a consulta urgente no Centro de Saúde ou no Hospital, o coloque no envelope fornecido para o efeito e o devolva pelo correio, sem quaisquer custos envolvidos.

Posso assegurar-lhe a confidencialidade dos seus dados, pois não serão referenciados de qualquer forma susceptível que o possa identificar. Quando completar este instrumento, remeta-mo assinado de forma a proteger o seu anonimato.

Se, por qualquer razão, não desejar participar fico-lhe reconhecido que me enviasse o questionário por preencher.


Em qualquer caso, muito obrigado pelo tempo que me dispensou e pela sua consideração.

Para qualquer esclarecimento acerca do projecto em estudo e do preenchimento do questionário, estou á sua disposição no Hospital de Espinho.

Espinho, 1 de Julho, 2002

(Drº Agripino Oliveira)

Anexo 3- Questionário (pag 1.)

	QUESTIONÁRIO "CAPAS" A sua opinião sobre a última ida a consulta urgente Hospital Nossa Senhora da Ajuda-Espinho Serviço de Higiene e Epidemiologia-Faculdade de Medicina do Porto	Nº do Inquérito S C <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
	Gostaria que respondesse às seguintes perguntas, assinalando com uma cruz [x] apenas no quadrado mais próximo da sua opinião e que lhe parece mais adequado ao seu caso.																									
DADOS ESTATÍSTICOS: [alguns dados demográficos a seu respeito] [preencha só um quadrado com X]																										
1. Sexo <input type="checkbox"/> ¹ Feminino <input type="checkbox"/> ² Masculino 2. Qual a sua idade <input type="text"/> <input type="text"/> anos 3. Estado Civil <input type="checkbox"/> ¹ Casado/União factó <input type="checkbox"/> ² Separado/divorciado <input type="checkbox"/> ³ Viúvo <input type="checkbox"/> ⁴ Solteiro	4. Quais as suas Habilitações Literárias <input type="checkbox"/> ¹ Sem estudos <input type="checkbox"/> ² 4ª Classe <input type="checkbox"/> ³ 6º ano escolaridade <input type="checkbox"/> ⁴ 9º ano escolaridade <input type="checkbox"/> ⁵ 12º ano escolaridade <input type="checkbox"/> ⁶ Ensino Superior	5. Situação profissional <input type="checkbox"/> ¹ Trabalhador <input type="checkbox"/> ² Patrão <input type="checkbox"/> ³ Desempregado <input type="checkbox"/> ⁴ Estudante <input type="checkbox"/> ⁵ Reformado <input type="checkbox"/> ⁶ Doméstica <input type="checkbox"/> ⁷ Inválido																								
A- Qual destes motivos que o/a levou a esta tipo de consulta: [preencha só um quadrado com X]																										
<input type="checkbox"/> ¹ É mais rápido o atendimento <input type="checkbox"/> ² O meu caso era muito urgente <input type="checkbox"/> ³ O atendimento é mais personalizado [repousado, calmo] <input type="checkbox"/> ⁴ O meu caso não era urgente <input type="checkbox"/> ⁵ Tem exames complementares de diagnóstico [Rx e análises]																										
B- Desde que chegou até ser atendido pelo médico e ou enfermeiro, esperou: [preencha só um quadrado com X]																										
<input type="checkbox"/> ¹ Não esperei e fui de imediato atendido/a <input type="checkbox"/> ² Esperei entre 15 e 30 minutos <input type="checkbox"/> ³ Esperei entre 30 e 60 minutos <input type="checkbox"/> ⁴ Esperei entre 60 e 90 minutos <input type="checkbox"/> ⁵ Esperei mais de 90 minutos																										
C- O médico que atendeu: [preencha todas as perguntas com X a resposta mais adequada sim, não ou não sei]																										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">1 Era competente</td> <td style="width: 10%;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">Não <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">Não sei <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Explicou a doença</td> <td>Sim <input type="checkbox"/></td> <td>Não <input type="checkbox"/></td> <td>Não sei <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Era o meu médico de Família</td> <td>Sim <input type="checkbox"/></td> <td>Não <input type="checkbox"/></td> <td>Não sei <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 Acertou no diagnóstico</td> <td>Sim <input type="checkbox"/></td> <td>Não <input type="checkbox"/></td> <td>Não sei <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5 Mostrou interesse pela sua doença</td> <td>Sim <input type="checkbox"/></td> <td>Não <input type="checkbox"/></td> <td>Não sei <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6 Tratou com delicadeza</td> <td>Sim <input type="checkbox"/></td> <td>Não <input type="checkbox"/></td> <td>Não sei <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			1 Era competente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>	2 Explicou a doença	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>	3 Era o meu médico de Família	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>	4 Acertou no diagnóstico	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>	5 Mostrou interesse pela sua doença	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>	6 Tratou com delicadeza	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>
1 Era competente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>																							
2 Explicou a doença	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>																							
3 Era o meu médico de Família	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>																							
4 Acertou no diagnóstico	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>																							
5 Mostrou interesse pela sua doença	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>																							
6 Tratou com delicadeza	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/>																							
D- Na consulta o médico solicitou exames? [preencha só um quadrado com X] Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>																										
D1 Se indicou exames, quais? [preencha todas as perguntas com X a resposta mais adequada sim ou não]																										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">1 Análise às urinas</td> <td style="width: 10%;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Análise ao sangue</td> <td>Sim <input type="checkbox"/></td> <td>Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Radiografias</td> <td>Sim <input type="checkbox"/></td> <td>Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 Electrocardiograma</td> <td>Sim <input type="checkbox"/></td> <td>Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5 Outros</td> <td>Sim <input type="checkbox"/></td> <td>Não <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			1 Análise às urinas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	2 Análise ao sangue	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	3 Radiografias	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	4 Electrocardiograma	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	5 Outros	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>									
1 Análise às urinas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																								
2 Análise ao sangue	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																								
3 Radiografias	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																								
4 Electrocardiograma	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																								
5 Outros	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																								

Anexo 3- Questionário (pag 2.)

E- A sua consulta foi devida: [preencha só um quadrado com X]

1 Doença
 2 Acidente
 3 Baixa
 4 Receitas
 5 Análises e Radiografias
 6 Rotina

F- No período de consulta teve de fazer tratamentos? [preencha só um quadrado com X]

F1: Se fez tratamentos, quais? [preencha todas as perguntas com X a resposta mais adequada sim ou não]

	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
1 Injecções	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2 Oxigénio ou nebulizações	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3 Pensos ou curativos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4 Suturas (teve de levar pontos para tratar a ferida)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5 Soros	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

G- A receita que o médico prescreveu, custou-lhe: [preencha só um quadrado com X]

1 Não teve receita
 2 Não tive de gastar dinheiro na farmácia
 3 Custou-lhe menos de 5 € [1000\$00]
 4 Custou-lhe entre de 5 e 10 € [1000\$00 a 2000\$00]
 5 Custou-lhe entre de 10 e 20 € [2000\$00 a 4000\$00]
 6 Custou-lhe mais 20 € [4000\$00]

H- No período de oito dias tive de procurar novamente serviços médicos pelo mesmo motivo?
 [preencha com x sim ou não]
 Sim Não

I- Globalmente considero a consulta: [preencha só um quadrado com X]		J- Em consulta urgente prefere ser atendido por: [preencha só um quadrado com X]
<input type="checkbox"/> 1 Muito boa		<input type="checkbox"/> 1 Qualquer Médico
<input type="checkbox"/> 2 Boa		<input type="checkbox"/> 2 Médico de Família
<input type="checkbox"/> 3 Razoável		<input type="checkbox"/> 3 Médico Especialidade Hospitalar
<input type="checkbox"/> 4 Sofrível		<input type="checkbox"/> 4 Clínico Geral
<input type="checkbox"/> 5 Má		<input type="checkbox"/> 5 Médico Hospitalar

L- Este questionário foi preenchido por FAMILIAR, porque o doente é dependente? [preencha com x sim ou não]
 (acamado, paralisia, demenciado)
 Sim Não

Se tiver comentários a fazer acerca da consulta urgente no Concelho de Espinho, utilize este espaço:

Agradeço o seu empenho por ter preenchido este questionário. Por favor coloque-o no envelope fornecido para o efeito no prazo de uma semana, (não estão envolvidos quaisquer custos).

Espinho, ____/____/____

(Assinatura) _____



CENTRO DE SAUDE DE ESPINHO