

**Universidade do Minho**

Escola de Economia e Gestão

Flávia Cristina Dias Oliveira

**Fatores que contribuem para a afluência de casos não urgentes nos Serviços de Urgência: um estudo no Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E.**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da

**Professora Doutora Lígia Maria Costa Pinto**

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### ***Licença concedida aos utilizadores deste trabalho***



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações**  
**CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## Agradecimentos

A elaboração desta dissertação de mestrado apenas foi possível devido à contribuição de algumas pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a sua realização e às quais quero prestar os meus agradecimentos.

Em primeiro lugar, um agradecimento especial à Professora Doutora Lúcia Pinto pelo seu apoio e empenho no desenvolvimento deste projeto, principalmente pela sua disponibilidade, dedicação e orientação, que tornaram possível a realização deste trabalho.

Ao Dr. Henrique Capelas pelo auxílio e pela oportunidade de realização desta dissertação incluída no projeto “serviços de consultoria para análise dos determinantes da procura inadequada das urgências hospitalares” e, na pessoa de Presidente do Conselho de Administração do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, por todas as condições que disponibilizaram para que a realização do estudo fosse possível.

Ao Professor Doutor Pedro Cunha, Diretor do Centro Académico do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, pelo seu apoio, envolvimento e disponibilidade demonstrada, assim como a toda a sua equipa que permitiu que o estudo fosse adaptado às circunstâncias e realizado com o conhecimento de toda a equipa do serviço de urgência, de modo a que todos participassem para o sucesso do mesmo.

À equipa de administrativos, em especial à Dra Cristina, que foi muito prestável durante todo o processo, incentivando a colaboração dos colegas e auxiliando na recolha de dados através da base de dados do hospital.

Queria também deixar um agradecimento às Unidades de Saúde Familiar e a todos os intervenientes destas unidades pela possibilidade de realização do estudo nas mesmas, assim como aos intervenientes que realizaram os questionários nestas unidades.

Gostaria também de agradecer às minhas colegas de mestrado Carmen, Edite e Adriana pelo apoio e pelos *brainstorm* que tivemos que, de certa forma, me inspiravam e me ajudaram também na escrita desta dissertação.

Aos meus familiares, principalmente aos meus pais pela educação e por me ensinaram a ser disciplinada e dedicada em tudo o que faço e aos irmãos por todo o apoio e pela coragem, que me incentiva na procura dos meus objetivos.

Ao Carlos, obrigada por todo o apoio, incentivo e companheirismo, mesmo nos momentos mais difíceis.

A persistência é o caminho do êxito  
*Charles Chaplin*

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

## Resumo

A sobrelotação dos Serviços de Urgência (SU) é um problema de saúde pública não só em Portugal, mas a nível internacional. Os SU em Portugal, para além de serem cada vez mais utilizados, são, muitas vezes, utilizados como porta de acesso ao SNS, mesmo em situações não emergentes ou, não urgentes, ou seja, quando o estado de saúde do utente não exige cuidados de saúde imediatos e poderiam esperar por uma consulta nos CSP, dificultando a capacidade de resposta a situações urgentes.

A utilização dos SU quando o estado de saúde não se justifica (não urgente) ou, motivada por outros fatores, como a falta de conhecimento do funcionamento dos serviços de saúde, é designada por utilização inadequada e é a principal causa de sobrelotação dos SU hospitalares em Portugal. Em 2018, 41,8% das admissões nos SU, foram consideradas como pouco ou não urgentes (atendimento com prioridade azul, verde e branca, segundo a triagem de Manchester).

O estudo teve como objetivo a identificação das causas de utilização inadequada, através da análise da influência que a perceção do estado de saúde do doente tem sobre a escolha pelo serviço de saúde, em situação não urgente; da identificação dos fatores que motivam a procura pelos SU; da avaliação do acesso dos utentes tanto aos SU como aos CSP; e da análise das características sociodemográficas dos doentes.

Para a realização do estudo, recorreu-se à implementação de questionários no SU do HSOG, nas consultas não programadas de 3 unidades USF selecionadas e, ainda, à consulta dos processos clínicos eletrónicos dos doentes que visitaram o SU do HSOG.

Os resultados mostram que a maioria dos utilizadores inadequados do SU do hospital em estudo eram do sexo feminino, de meia-idade, com reduzidas habilitações literárias, com perceção negativa do seu estado de saúde, maioritariamente isentos e, que recorrem ao SU sobretudo no período diurno. Apesar das características dos doentes, o principal fator de procura do serviço de urgência resulta de um processo de tomada de decisão individual, muitas vezes caracterizada por alguma iliteracia em saúde e justificada pelos sintomas ou pela perceção da gravidade do seu estado de saúde. Adicionalmente, a perceção da necessidade de realizar exames complementares é um fator determinante. Estes determinantes de acesso permitem criar soluções que visam uma utilização dos cuidados de saúde mais adequada, não só em relação ao hospital em estudo, mas a nível nacional.

**Palavras-chave:** cuidados de saúde primários; doentes não urgentes; serviços de urgência; utilização frequente; utilização inadequada;

## **Abstract**

The overcrowding of the emergency department (ED) is a public health problem not only in Portugal, but at an international level. The ED in Portugal, in addition to being used more and more, are often used as a gateway to the National Health Service, even in non-urgent situations, when the health condition does not require immediate health care and could wait for an appointment at the Primary Health Care (PHC) units, making it difficult to respond to urgent situations.

The use of emergency department when the health condition is not urgent or emergent or, motivated by other factors, such as the lack of knowledge of the functioning of health care services, is designated as inappropriate use and is the main cause of overcrowding in Portugal hospitals ED. In 2018, 41.8% of visits to the ED were non-urgent (blue, green and white priority, according to the Manchester Triage System).

The study aimed to identify the causes of inappropriate use, through the analysis of the influence that patient's health condition perception has on the choice for the health service, in a non-urgent situation; identification of demand factors for ED; assessment of user access to DE and PHC; and analysis of the patients' sociodemographic characteristics.

To carry out the study, questionnaires were used in the ED of the Hospital Sra. Oliveira - Guimarães (HSOG), in 3 selected PHC units, information from the administrative records of patients at HSOG was also used.

The results show that the majority of the patients that inappropriately visited the ED of the hospital under study were women, middle-aged, had a low education level, with negative perception of their health condition, most of them were exempt from user fees and used the ED during the day and on their own initiative. Despite patients' characteristics, the main factor in the demand for emergency services results from an individual decision-making process, usually characterized by some illiteracy in health and justified by symptoms or by the perception of the severity of their health condition, additionally, the perception of need to perform complementary exams is a determining factor. These access determinants allow the creation of solutions that aim to use health care more appropriately, not only in relation to the hospital under study, but at the national level.

**Keywords:** primary health care; non-urgent patients; emergency department; frequent use; inadequate use;

## Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	iii
<b>Resumo</b> .....	v
<b>Abstract</b> .....	vi
<b>Índice de Figuras</b> .....	viii
<b>Índice de Tabelas</b> .....	viii
<b>Abreviaturas</b> .....	ix
<b>1. Introdução</b> .....	1
<b>2. Revisão da literatura</b> .....	6
<b>3. Organização dos serviços de saúde em Portugal</b> .....	12
3.1 Saúde 24.....	13
3.2 Cuidados de saúde primários (CSP).....	14
3.3 Cuidados Continuados.....	16
3.4 Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH).....	16
3.4.1 – Utilização do Serviço de Urgência (SU).....	18
<b>4. Metodologia</b> .....	21
<b>5. Questionários</b> .....	24
<b>6. Resultados</b> .....	26
<b>7. Discussão</b> .....	45
<b>8. Conclusão</b> .....	52
<b>9. Referências bibliográficas</b> .....	55
<b>Anexos</b> .....	58
Anexo I – Questionário 1, realizado nos serviços de urgência antes da triagem.....	58
Anexo II – Questionário 2, realizado nos serviços de urgência a utentes com pulseira atribuída azul (não urgente) e verde (pouco urgente), após a triagem.....	59
Anexo III – Questionário 2, realizado aos utentes que frequentaram as consultas não programadas dos CSP:.....	67
Anexo IV – Tratamento da informação recolhida através dos questionários.....	75
Anexo V – “SNS - Jogo da Glória” .....	81

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> – Ordem de prioridades do Sistema de Manchester e respectivas cores.....	18
--	----

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – Distribuição percentual das visitas por proveniência e gravidade na Urgência Geral nos dias de estudo, das 8h às 20h.....	26
<b>Tabela 2</b> – Prioridade de atendimento dos utentes que visitaram a Urgência Geral nos dias de estudo, das 8h às 20h.....	27
<b>Tabela 3</b> – Amostra relativa aos Serviços de Urgência Geral do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães.....	27
<b>Tabela 4</b> – Amostra relativa às consultas não programadas das USF selecionadas.....	28
<b>Tabela 5</b> – Enquadramento sociodemográfico e em termos de estado de saúde.....	29
<b>Tabela 6</b> – Utilizadores frequentes vs utilizadores não frequentes.....	32
<b>Tabela 7</b> – Dados relativos à ida ao Serviço de Urgência.....	33
<b>Tabela 8</b> – Dados relativos à ida à urgência (consulta aberta/não programada) dos CSP.....	34
<b>Tabela 9</b> – Dados relativos à ida aos SU e CSP.....	34
<b>Tabela 10</b> – Motivação dos pacientes para recorrer aos serviços de saúde.....	35
<b>Tabela 11</b> – Motivos/justificação para NÃO recorrer à consulta aberta dos CSP (Dados SU).....	36
<b>Tabela 12</b> – Motivos/justificação para NÃO recorrer aos SU (Dados CSP).....	36
<b>Tabela 13</b> – Utilização dos serviços dos CSP.....	37
<b>Tabela 14</b> – Utilização dos serviços de urgência do hospital.....	38
<b>Tabela 15</b> – Preferência dos serviços de saúde.....	39
<b>Tabela 16</b> – Saúde 24.....	39
<b>Tabela 17</b> – Avaliação de alternativas para pacientes triados como não urgentes no SU.....	41
<b>Tabela 18</b> – Auto percepção do estado de saúde do doente antes da triagem vs pulseira atribuída na triagem do serviço de urgência.....	43



## **Abreviaturas**

**ACES** – Agrupamentos de Centros de Saúde

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde

**ARS** – Administração Regional de Saúde

**CODU** – Centro de Orientação de Doentes Urgentes do INEM

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

**CSH** – Cuidados de Saúde Hospitalares

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DSPDPS** – Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

**HSMM** – Hospital Santa Maria Maior

**HSOG** – Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E.

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica

**MCDT** – Meios Complementares de Diagnóstico

**OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**OPSS** – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**RNCCI** – Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde

**SU** – Serviços de Urgência

**SUB** – Serviços de Urgência Básico

**SUG** – Serviços de Urgência Geral

**SUMC** – Serviços de Urgência Médico-Cirúrgico

**SUP** – Serviços de Urgência Polivalente

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**URAP** – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**USP** – Unidade de Saúde Pública

## 1. Introdução

Em Portugal, o acesso aos cuidados de saúde é da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Segundo a Constituição da República Portuguesa<sup>1</sup>, de 2 de abril de 1976, a proteção da saúde é tida como um dever, mas, principalmente, como um direito de todos, realizado “através de um SNS universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. No âmbito dos serviços de saúde prestados à população, o SNS fornece diversos serviços ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) e Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Ministério da Saúde, 2018).

Os Serviços de Urgência (SU) de Hospitais Públicos pertencem aos Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) e são uma parte fundamental do sistema de saúde de um país (Pereira *et al.*, 2001). Os cuidados prestados nestes serviços são direcionados a situações específicas e são qualificados como imediatos, ou seja, não incluem a prestação de cuidados de continuidade (Carret, Fassa & Domingues, 2009; Carret, Fassa, Paniz & Soares, 2011).

Ao contrário do que acontece no Serviço de Urgência (SU) em Portugal, nos países anglo-saxónicos, este tipo de serviço é designado como serviço de emergência, no caso do Reino Unido, *Accident and Emergency*<sup>2</sup>, utilizado apenas para casos de acidente ou doença súbita. As lesões menos graves, que necessitem de atenção médica urgente, mas não representam risco de vida, podem ser tratadas em centros de tratamento urgente<sup>3</sup> e assim evitar a utilização inadequada e conseqüentemente a sobrelotação do serviço.

O conceito de “emergência e urgência médica” é definido no despacho 18459/2006<sup>4</sup> como “situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais”. Assim, verifica-se que, em Portugal, o conceito de Urgência engloba o conceito de Emergência, ou seja, todos os casos emergentes são urgentes, no entanto, o inverso não é verdade (Northington, Brice & Zou, 2005; Neves, 2006; Christ, Grossman, Winter, Bingisser & Platz, 2010).

Segundo a literatura, a definição dos conceitos de emergência e urgência médica gera controvérsia. No despacho 18459/2006<sup>4</sup>, tal como já mencionado, não há distinção entre urgência e emergência médica. No entanto, o relatório do CRRNEU (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/

---

<sup>1</sup>Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10, consultado a 18/11/2019;

<sup>2</sup><https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency-care/when-to-go-to-ae/>, consultado a 22/11/2019;

<sup>3</sup><https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency-care/when-to-visit-an-urgent-care-centre/>, consultado a 22/11/2019;

<sup>4</sup>Diário da República n.º 176/2006, Série II de 2006-09-12, consultado a 19/01/2020;

Urgência) distingue estes dois conceitos definindo como urgência “um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)” e, como emergência médica “um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão.” (CRRNEU, 2013).

Assim, tal como é mencionado no Plano Nacional de Saúde (PNS 2012-2016), pode dizer-se que “urgência médica é uma situação clínica que requer intervenção médica num curto espaço de tempo, mas que não representa uma ameaça imediata para a vida ou para a saúde da pessoa, e que emergência é uma situação clínica em que essa ameaça existe” (Campos, 2014). Sendo que, doença aguda é uma doença que surge de forma repentina ou num curto espaço de tempo e que pode ser emergente, urgente ou não urgente. E, no caso de ser não urgente, não necessita de intervenção médica de imediato e, como tal, não necessita de tratamento nos serviços de urgência, como se tem verificado nos últimos anos e causado sobrelotação nesses serviços (Campos, 2014). Enquanto, noutros países, as lesões são os motivos mais comuns para a utilização dos serviços de urgência, em Portugal, cerca de 80% das visitas estão relacionadas com doenças (Berchet, 2015). Em 2018, a doença representou 82,4% dos atendimentos nos serviços de urgência (INE, 2020).

A utilização do SU em Portugal, em 2011, foi a mais elevada entre os países pertencentes à OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), onde a média de episódios de urgência, por cada 100 indivíduos, foi de 70 episódios. Enquanto, a média dos países da OCDE foi de 31 episódios (Berchet, 2015). Em 2018, o número de episódios por 100 habitantes aumentou para 76, onde se registaram 6,466 milhões de atendimentos nos serviços de urgência, número superior ao período homólogo de 2017, de 6,404 milhões de atendimentos (INE, 2019; INE, 2020).

Uma das consequências da elevada procura dos serviços de urgência é a sua sobrelotação, que é descrita como um problema de saúde pública, não só em Portugal, mas a nível internacional (Bittencourt & Hortale, 2009; Unwin, Kinsman & Rigby, 2016; Idil, Kilic, Toker, Turan & Yesilaras, 2018). A sobrelotação é uma das prioridades da política nacional de saúde, não só pelo seu impacto na qualidade dos cuidados de saúde prestados (aumento dos tempos de espera, atrasos no diagnóstico e tratamento, principalmente a pacientes graves), mas também pelo aumento dos custos inerentes (exames e tratamentos desnecessários) e insatisfação dos pacientes (Gentile *et al.*, 2010; Uscher-Pines, Pines, Kellermann, Gillen, & Mehrotra, 2013).

Para além dos serviços de urgência serem cada vez mais utilizados, são, muitas vezes, utilizados como porta de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, ou seja, mesmo em situações de doença ligeira, dificultando a capacidade de resposta, que permitiria garantir uma resposta eficiente e de qualidade para os utentes em situações de stress e risco de vida (Berchet, 2015).

Através de um estudo realizado em Portugal, a utilização inadequada foi identificada como a principal causa para a utilização excessiva dos serviços de urgência (Pereira *et al.*, 2001). A utilização inadequada é associada aos casos que recorrem aos serviços de urgência quando o seu estado de saúde não o exige e poderiam esperar por uma consulta nos CSP, ou, recorrer ao atendimento telefónico da Saúde 24 (Botelho *et al.*, 2019; McHale *et al.*, 2013; OMS, 2018; Pereira *et al.*, 2001). No entanto, o uso inadequado não está apenas relacionado com o estado de saúde do doente, mas também com o seu conhecimento em saúde (literacia em saúde), com o contexto social, estado psicológico e com a organização do próprio sistema de saúde (Pereira *et al.*, 2001; Durand *et al.*, 2011).

A utilização indevida dos SU implica que os recursos, disponibilizados com o objetivo de assegurar uma resposta eficaz em situações realmente urgentes/emergentes, sejam disponibilizados, de forma inadequada, a casos de menor gravidade, que têm outros serviços, mais adequados, à sua disposição (Barros, Machado & Simões, 2011; Heede & Voorde, 2016). Como consequência, a prontidão e eficácia na prestação desses cuidados é mais reduzida, comprometendo a eficiência dos serviços de urgência, contribuindo para o custo global do sistema (Bittencourt & Hortale, 2009; Botelho *et al.*, 2019; Carret, Fassa & Kawachi, 2007; Dale, Lang, Roberts, Green & Glucksman, 1996).

Apesar da melhoria contínua dos CSP (Biscaia & Heleno, 2017) e da sua resposta em situações de doença aguda (consultas não programadas), de acordo com a monitorização mensal dos hospitais, 41,8%<sup>5</sup> das admissões nos SU, em 2018, foram consideradas como pouco ou não urgentes (atendimento com prioridade azul, verde e branca, segundo a triagem de Manchester), valor superior à taxa de utilização inadequada dos SU, a nível internacional, que varia entre 20% e 40% (Carret *et al.*, 2009). E, ainda, 4,3%<sup>6</sup> dos utentes foram considerados como frequentes (4 ou mais visitas a um SU em um ano), representando 17,2% das visitas ao serviço de urgência, nesse ano.

A procura inadequada dos serviços de urgência é parcialmente explicada, segundo a literatura, pelas preferências dos utilizadores relativamente às características dos serviços de saúde e, pela falta de conhecimento dos próprios utentes, não só sobre o grau de severidade da sua condição de saúde, mas também sobre a missão primordial dos Serviços de Urgência (Coleman, Irons & Nicholl, 2001; Correia,

---

<sup>5</sup>[http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH\\_ProdRacioEficUrgenciaDashboard](http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard): Mês: Dezembro 2018; Região: Total SNS; Instituição: Total Instituições – % Atendimentos com prioridade Verde/Azul/Branca, consultado a 10/12/2019;

<sup>6</sup>[http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH\\_ProdRacioEficUrgenciaDashboard](http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard): Mês: Dezembro 2018; Região: Total SNS; Instituição: Total Instituições – % de Utilizadores Frequentes com mais de 4 episódios, consultado a 10/12/2019;

Veiga, Norwood, & Watson, 2014). Como tal, entendeu-se que era imperativo identificar o problema e as suas determinantes multidimensionais na procura destes serviços, sendo o principal objetivo deste estudo identificar os fatores que levam os utentes pouco ou não urgentes ao Serviço de Urgência, tendo em conta a prioridade atribuída pela Triagem de Manchester.

O estudo realizado pretendeu testar cinco hipóteses de investigação,

- 1.** A procura inadequada dos SU hospitalar deve-se a uma sobreavaliação da gravidade do estado de saúde;
- 2.** A procura inadequada dos SU hospitalar deve-se a uma preferência pelos cuidados de saúde aí prestados relativamente a outros serviços médicos (médicos, acesso, características, etc.);
- 3.** A dificuldade de acesso aos CSP explica a procura inadequada dos SU hospitalares;
- 4.** As características sociodemográficas explicam a procura inadequada;
- 5.** A procura inadequada dos SU hospitalares deve-se ao grau de literacia em saúde dos utentes.

As hipóteses foram testadas através de inquéritos realizados a doentes não urgentes que recorreram ao Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E. (HSOG) e comparadas com utentes, que no mesmo período, acederam a consultas não programadas das USF de Ronfe (Taipas), Novos Rumos (Vizela) e São Nicolau (Guimarães).

O Serviço de Urgência Geral (SUG), do HSOG, de acordo com as estimativas nacionais, teve em 2018, 49,2%<sup>7</sup> de casos não urgentes (verdes e azuis na Triagem de Manchester, que define as prioridades clínicas para atendimento), valor superior à média nacional de 41,8%<sup>5</sup>. Acresce que, 5%<sup>8</sup> das visitas ao serviço de urgência foram realizadas por utilizadores frequentes, representando 20% das visitas nesse ano. Estes valores refletem a importância da realização do estudo, para a criação de medidas que ajudem a reduzir a taxa de frequência e utilização inadequada nesta instituição. As unidades USF de Ronfe (Taipas), Novos Rumos (Vizela) e São Nicolau (Guimarães), foram selecionadas para a realização do estudo, em paralelo com o hospital, por pertencerem aos concelhos da área de influência do mesmo.

Em suma, o estudo tem como objetivo analisar como a perceção do estado de saúde do utente, em caso de doença aguda (não urgente), influencia a escolha pelo serviço de saúde, entender as motivações da procura dos serviços de urgência hospitalar e dos cuidados de saúde primários, avaliar se o utente conhece as alternativas disponíveis (serviço de consultas não programadas dos cuidados de saúde primários e linha de saúde 24) e como este as avalia e, também, caracterizar o perfil do utente dos SU e

---

<sup>7</sup>[http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH\\_ProdRacioEficUrgenciaDashboard](http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard): Mês: Dezembro 2018; Região: ARS Norte; Instituição: Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E. - % Atendimentos com prioridade Verde/Azul/Branca, consultado a 10/12/2019;

<sup>8</sup>[http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH\\_ProdRacioEficUrgenciaDashboard](http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard): Mês: Dezembro 2018; Região: ARS Norte; Instituição: Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E. - % de Utilizadores Frequentes com mais de 4 episódios, consultado a 10/12/2019;

do serviço de consultas não programadas dos centros de saúde. Adicionalmente, foram apresentadas algumas alternativas de serviços e eliciou-se a aceitação das mesmas por parte dos utentes.

O estudo encontra-se organizado nas seguintes etapas:

**1.** Avaliar a perceção dos pacientes sobre o grau de severidade da sua condição de saúde através do sistema de triagem de Manchester. Assume-se que a escolha do serviço é determinada, entre outros fatores, pela avaliação que o próprio faz da sua condição de saúde e da consequente urgência em obter cuidados. Se a avaliação estiver correta e as expectativas dos serviços prestados também, não haverá ineficiência na procura. A avaliação foi feita através de um inquérito nos serviços de urgência hospitalar antes da consulta no gabinete de triagem. Aos utentes dos CSP foi colocada a questão sobre a gravidade da condição de saúde numa escala e 1 a 5, sobre a sensação de dor e sobre a urgência em ver um profissional de saúde;

**2.** Identificar, através de um questionário, os determinantes da escolha do serviço de saúde. O questionário foi distribuído após a triagem no SU (apenas em casos não urgentes após a Triagem, ou seja, pulseira azul ou verde) e nas consultas não programadas das USF selecionadas, de modo a comparar o perfil de utilização dos serviços;

**3.** Analisar a aceitação por parte dos utentes em situações hipotéticas de atendimento. Situações alternativas que podem envolver a disponibilidade de outros serviços nas unidades; a disponibilização de informação, entre outros;

**4.** Recolher dados sobre o histórico do paciente no uso dos serviços de urgência;

**5.** Comparar o perfil dos utentes não urgentes do serviço de urgência com os utentes que recorreram às consultas não programadas dos cuidados de saúde primários;

**6.** Construir modelos de escolha; estimação e análise dos resultados;

**7.** Formular recomendações com base nos resultados obtidos.

Tratando-se de um estudo da procura e não da oferta, as conclusões servirão para identificar soluções, contribuir para otimizar os serviços prestadores de cuidados de saúde e prover importantes guias para a elaboração de medidas de minoração do problema do uso inadequado das urgências hospitalares. Sendo um estudo do lado da procura, enquadra-se num dos eixos estratégicos do plano nacional de Saúde - a literacia.

## 2. Revisão da literatura

Segundo o relatório de Primavera (OPSS, 2016), as desigualdades em saúde estão relacionadas, principalmente, com fatores socioeconômicos, como a diferença de rendimentos da população ou o nível de escolaridade, criando, assim, injustiça social. Este relatório afirma ainda que, é reportada uma má saúde com mais frequência em pessoas com nível de educação mais baixo, comparativamente com pessoas que tenham mais formação, apresentando ainda um maior risco de doença crónica, tendência que não se observa no resto da Europa. O relatório revela também que, o nível de educação influencia a utilização dos cuidados de saúde, sendo que, a utilização de cuidados de saúde em geral aumenta com o nível de formação, embora a utilização dos cuidados de saúde primários diminua. Em suma, o documento comprova a existência de um desequilíbrio e desigualdade no que diz respeito à saúde e ao acesso de cuidados.

Existem vários fatores que podem influenciar a utilização dos serviços de urgência, tais como as necessidades (estado de saúde) da população e fatores relacionados com o acesso aos cuidados (sociodemográficos, culturais, contextuais) (Gunther, Taub, Rogers & Baker 2013; Ismail, Gibbons & Gnani, 2013). Andersen & Newman (1973), propuseram um modelo para organizar e estruturar a análise da utilização dos serviços de saúde e, Padgett & Brodsky (1992) adaptaram esse modelo especificamente para o contexto dos Serviços de Urgência, de modo a que os motivos de procura dos serviços fossem compreendidos com mais facilidade, subdividindo as características dos pacientes em fatores predisponentes, facilitadores e direcionados às necessidades.

Assim, até tomar a decisão de qual dos serviços de saúde escolher, o indivíduo passa por várias etapas designadas por estágios. No Estágio I, o indivíduo reconhece que tem o problema, autoavaliando-o, no Estágio II, decide procurar assistência médica de acordo com a avaliação que faz relativamente ao seu estado de saúde e, por fim, no Estágio III, toma a decisão de usar os serviços de urgência. O processo de decisão através dos três estágios é influenciado por características demográficas (idade, sexo, raça/etnia, nível educacional, etc.), recursos psicológicos e sociais (estilo de confronto/agressividade, apoio social etc.), por fatores facilitadores (rendimento, cobertura de seguro, fonte habitual de atendimento, disponibilidade e proximidade do atendimento, e acesso aos cuidados percebida pelos utilizadores) e, finalmente, por fatores de necessidade (necessidade e urgência sentidas pelo utilizador, nível de sofrimento e presença de comorbidades psiquiátricas) (Padgett & Brodsky, 1992). Os fatores de necessidade foram indicados como os fatores que mais influenciam uma decisão precoce na utilização dos serviços de saúde (Padgett & Brodsky, 1992).

De entre os fatores que levam os pacientes a escolher os serviços de urgência, os mais comuns podem ser agrupados em duas categorias, fatores institucionais e de gestão de pacientes, que abrangem as restrições e a gestão (disponibilidade de fontes alternativas de atendimento), do lado da oferta, e, também, as percepções do paciente (preferências, necessidades de saúde ou às características socioeconômicas), no lado da procura (Botelho *et al.*, 2019).

Existe uma vasta literatura sobre os fatores de procura e oferta, que levam os pacientes a escolher os serviços de urgência hospitalar, quando poderiam escolher os serviços de saúde especializados ou os cuidados de saúde primários. Os estudos do lado da procura, analisam a utilização dos serviços de saúde, por parte dos cidadãos, e o porquê dessa procura ser superior ao que se considera aceitável. Assim, é essencial perceber a partir de que momento é que um utente é considerado como inadequado, e qual o impacto destes utentes nos SU.

No que diz respeito aos fatores de procura, podemos identificar grupos específicos.

O primeiro grupo refere-se às visitas inadequadas aos SU, ou seja, os atendimentos que não requerem atenção urgente ou atendimento especializado. Os estudos, referidos na literatura internacional, estimam que as visitas inadequadas correspondem entre 20 e 40% das visitas ao serviço de urgência (Flores-Mateo, Violan-Fors, Carrillo-Santistevé, Peiró & Argimon, 2012; Hoot & Aronsky, 2008; Carret *et al.*, 2009; Pines *et al.*, 2011; McHale *et al.*, 2013; Berchet, 2015). Estas visitas são consideradas inadequadas porque podem desviar os recursos de emergência de situações sensíveis ao tempo (por exemplo, em caso de acidente vascular cerebral, trauma grave, entre outros) (Heede & Voorde, 2016). Além disso, visitas de emergência inadequadas também podem comprometer o uso eficiente de recursos de saúde, sabendo que os cuidados primários são mais acessíveis para pacientes com problemas não urgentes devido aos custos laborais e às prescrições de exames médicos e laboratoriais mais baixos (Eichler *et al.*, 2014). Outra desvantagem do serviço de urgência em relação aos cuidados de saúde primários é a falta de continuidade e acompanhamento (Khangura, Flodgren, Perera, Rowe, & Shepperd, 2018).

O segundo grupo corresponde às pessoas idosas. O uso mais frequente dos SU entre pessoas idosas pode ser explicado por fatores implícitos, como múltiplas doenças, doenças crónicas, quedas, perda funcional combinada com a falta de apoio, entre outros. (Gruneir, Silver & Rochon, 2011 citado por Heede & Voorde, 2016, p.1338). Embora, grande parte de idosos, necessite de cuidados hospitalares quando se deslocam ao SU, algumas dessas visitas poderiam ser evitadas, seja através da prevenção ou através do acesso a contextos alternativos (por exemplo, deslocação de médicos a lares ou ao domicílio



quando os idosos estão demasiado debilitados) (Gruneir *et al.*, 2011 citado por Heede & Voorde, 2016, p.1338), visto que, a deslocação às urgências constitui um risco acrescido para a saúde.

Existe ainda um terceiro grupo que merece particular atenção, o dos utilizadores frequentes dos SU. Na literatura, existem vários limites para a definição de utilizadores frequentes do SU. Normalmente é designado por utilizador frequente quem, num período de 12 meses, recorre ao serviço de urgência por 4 ou mais vezes (Huang *et al.*, 2003; OMS, 2018). Em Portugal, 4,3%<sup>6</sup> dos utentes, em 2018, foram considerados como frequentes, representando 17,2% das visitas ao serviço de urgência. Apesar de ser uma proporção reduzida da afluência aos SU, é descrito na literatura internacional que os utilizadores frequentes têm necessidades de saúde complexas (por exemplo, pacientes com condições crónicas agravadas, idosos frágeis, toxicodependentes, residentes em lares de idosos), que não são geridos de forma otimizada numa situação de urgência (ou outro sistema de saúde) (Soril, Leggett, Lorenzetti, Noseworthy & Clement, 2015).

De entre os fatores que levam estes grupos a procurar os SU, são evidentes as preferências dos pacientes pelo atendimento nos serviços de urgência em relação aos cuidados de saúde primários ou à linha de saúde 24 (Durand *et al.*, 2011). Os SU podem ser convenientes para os pacientes, por várias razões. Uma das razões é a facilidade de acesso a uma variedade de serviços a qualquer momento, 24 horas por dia, sete dias por semana. A disponibilidade de recursos, incluindo medicamentos, exames laboratoriais e radiografias, acesso a instalações técnicas e a oportunidade de realizar exames especializados num único local, são também consideradas como boas razões para os pacientes visitarem os serviços de urgência (Botelho *et al.*, 2019). Além disso, apesar dos longos tempos de espera nas urgências, o tempo comparável para conseguir uma consulta médica e fazer testes de acompanhamento é, no total, mais elevado e, por isso, também é um fator que influencia as escolhas dos pacientes por esses serviços (Pasarín *et al.*, 2006). Por fim, há a perceção de gravidade do estado de saúde e, consequentemente, a necessidade de um local que ofereça um atendimento imediato (Lega & Mengoni, 2008). De acordo com Pasarín *et al.*, (2006), a decisão de escolher o serviço de urgência hospitalar está relacionada com o autodiagnóstico do paciente, ou seja, o paciente chega a uma conclusão, correta ou não, que os sintomas que estava a sentir necessitavam de tratamento urgente, sendo que, escolhas inadequadas resultam de uma sobrestimação do estado de saúde, ou, sabendo que o seu estado de saúde não é grave e escolhem o serviço, a escolha inadequada é por preferência do serviço ou iliteracia em saúde (Botelho *et al.*, 2019). Para além da falta de informação (iliteracia) sobre os serviços de saúde adequados, a escassez de médicos de família, leva os indivíduos mais carenciados a usar os serviços de urgência como fonte habitual de cuidados (Mahmoud & Hou, 2012).

Em relação aos fatores da oferta, os resultados podem ser organizados em 4 categorias (Lega & Mengoni, 2008). O primeiro relaciona-se com a percepção da severidade da condição de saúde e a consequente necessidade em receber cuidados imediatos. Nesta situação, o uso inapropriado é consequência de um autodiagnóstico errado, e da necessidade de existir um serviço, no qual o utente confie, que lhe assegure que a sua condição de saúde não é grave (Wolinsky *et al.*, 2008). Segundo um estudo exploratório realizado por Botelho *et al.*, (2019), que teve como objetivo a exploração de hipótese da sobrestimação do grau de severidade, usando a metodologia da economia experimental, conclui que existe uma sobrestimação significativa do grau de severidade, em especial, em determinados perfis clínicos e, quando dada a informação da severidade efetiva aos respondentes, que escolheriam ir às urgências hospitalares com condições não-urgentes, aproximadamente 50%, mantêm a sua decisão, o que evidencia que a sobrestimação do grau de severidade explica apenas uma parte da procura inadequada.

A segunda categoria é referente às preferências dos utentes pelas características dos serviços prestados pelos serviços de urgência hospitalar, os quais incluem, por exemplo, exames complementares de diagnóstico (Coleman *et al.*, 2001; Correia *et al.*, 2014), e ainda, a possibilidade de ser atendido no próprio dia, sem agendamento, e a desvalorização atribuída à continuidade de tratamento (Carret *et al.*, 2007), para além da crença de que os serviços de urgência hospitalar têm mais qualidade (Razzak & Kellermann, 2002; Correia *et al.*, 2014). Através de um estudo realizado em Portugal, Correia *et al.*, (2014), concluiu que a dificuldade de acesso a consultas não programadas, nos cuidados de saúde primários, é uma razão importante para o acesso à urgência hospitalar fora das horas de serviço.

A terceira categoria é relativa às condições de acesso aos cuidados de saúde primários, à sua eficiência, e ao conhecimento do sistema. Especificamente, alguns estudos concluíram que longos períodos de espera até obter uma consulta e dificuldades de acesso, fora das horas de serviço, eram razões para não optar pelos CSP (Berchet, 2015; Pasarín *et al.*, 2006; Sempere-Selva, Peiró, Sendra-Pina, Martínez-Espín & López-Aguilera, 2001).

A quarta categoria refere-se à “medicina defensiva”, argumenta-se que os profissionais de saúde dos CSP podem ter comportamentos de aversão ao risco e serem sobre cautelosos no seu diagnóstico. Por vezes, a procura inadequada resulta da referenciação errada por parte de médicos dos CSP, farmacêuticos, ou outros prestadores (Afilalo *et al.*, 2004; Howard *et al.*, 2005).

Do lado da oferta, existem vários fatores que afastam os pacientes dos serviços dos cuidados primários, como a má acessibilidade em termos de redução do horário de funcionamento, ou a dificuldade de marcação de consultas após o horário de trabalho, e longos períodos de espera até obter

uma consulta programada que, de acordo com os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)<sup>9</sup>, pode ser de 15 dias úteis a partir da data do pedido e, no próprio dia do pedido, para um episódio de doença aguda, mas, nestes casos, muitos utentes preferem recorrer ao SU em vez de esperar pelo atendimento nos CSP (Afilalo *et al.*, 2004; Berchet, 2015; Howard *et al.*, 2005; Lega & Mengoni, 2008; Philips, Remmen, De Paepe, Buylaert & Van Royen, 2010). Segundo a OCDE, a falta de acesso a alternativas dentro do sistema de saúde é o principal fator, do lado da oferta (OECD, 2017).

Em Portugal, os determinantes mais importantes para o excesso de procura de cuidados de urgência parece ser a dificuldade de acesso a consultas não programadas nos cuidados de saúde primários (Correia *et al.*, 2014; Barros *et al.*, 2011), em particular, fora das horas de serviço e a perceção de que os serviços de urgência hospitalar prestam serviços de maior qualidade. Adicionalmente, a falta de tecnologia para exames complementares de diagnóstico nos CSP torna as urgências hospitalares mais atrativas (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011). Em relação aos fatores que podem justificar a variação da taxa de utilização inadequada entre instituições e regiões, podemos incluir os fatores socioeconómicos, institucionais e, também, o nível de literacia em saúde. No que diz respeito ao nível de literacia em saúde, pode influenciar, não só na avaliação que os pacientes fazem sobre o seu estado de saúde, mas também quando tomam decisões sobre os cuidados a ter com a sua saúde, incluindo a escolha pelos serviços.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Literacia em Saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (DGS, 2019) A Literacia em Saúde, para além do o conhecimento em saúde, permite que as pessoas possam aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação em saúde de forma a tomarem decisões no dia-a-dia sobre os cuidados a ter com a própria saúde (DGS, 2019; DSPDPS, 2019).

Os grupos indicados como os mais vulneráveis em relação à literacia em Saúde, são as pessoas com 65 anos ou mais, com baixos níveis de escolaridade, rendimentos mensais até 500€, com uma autoavaliação de saúde considerada “má”, que, no último ano, frequentaram 6 ou mais vezes os cuidados de saúde primários e que se sentem limitados por terem alguma doença crónica. De acordo com os resultados do inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal 2016, (ILS-PT), o estudo identificou que, cerca de 60% das pessoas, que pertenciam a estes grupos vulneráveis, registaram níveis de literacia “problemático ou “inadequado”, o que significa que estes grupos de pessoas têm uma maior probabilidade de ter uma escolha inadequada no que diz respeito, não só a serviços de saúde, mas

---

<sup>9</sup><https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrg-no-acesso-a-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>, consultado a 27/02/2020;

também a cuidados de saúde diários (DSPDPS, 2019). Porque, segundo a Direção Geral de Saúde (2019), baixos níveis de Literacia em Saúde estão relacionados com um maior número de internamentos, maior utilização dos serviços de urgência e, também, menos atitudes de prevenção de saúde.

Sendo a Literacia em Saúde uma das principais prioridades da Direção-Geral da Saúde, visto que contribui não só para a promoção da saúde e prevenção da doença, mas também, para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, o SNS, com o objetivo de melhorar os níveis de Literacia em Saúde da população, tem vindo a implementar várias medidas e iniciativas de modo a habilitar as pessoas, melhorando a autonomia e espírito crítico das mesmas no que diz respeito às escolhas relacionadas com a saúde (DGS, 2019). Foi também promovido e implementado o SNS + Proximidade, um projeto que coloca o cidadão no centro do sistema de saúde. E, ainda na extensão deste projeto, foi criada a Biblioteca de Literacia em Saúde: uma ferramenta on-line que fornece informações de saúde de forma simplificada, permitindo também o acesso à “Minha Agenda”, onde os cidadãos podem gerir informações de saúde e partilhá-las com amigos, familiares e Profissionais de Saúde (DGS, 2019).

### 3. Organização dos serviços de saúde em Portugal

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) português estabelece o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos. Todos os residentes no país são cobertos pelo SNS, que é universal, abrangente e tendencialmente gratuito<sup>10</sup>. A natureza universal e abrangente do SNS foi definida na sua criação (1979) e mantida desde então (Simões, Augusto, Fronteira & Hernández-Quevedo, 2017). Apenas as consultas especializadas e odontológicas, serviços de diagnóstico, diálise renal e tratamentos de fisioterapia são prestados com mais frequência no setor privado. Para alguns serviços, são feitos acordos contratuais com o SNS (Simões *et al.*, 2017).

A organização dos serviços públicos de saúde a nível nacional é da responsabilidade da Direção Geral de Saúde (DGS). A DGS é responsável pelo estabelecimento de programas, definição de estratégias e aprovação de planos nacionais (Simões *et al.*, 2017).

O planeamento e a regulamentação do SNS ocorrem, maioritariamente, a nível central, no Ministério da Saúde. A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) é também responsável pela regulamentação, monitorização, controlo e financiamento do sistema de saúde público, no entanto, o princípio de descentralização e autonomia na gestão operacional das organizações de saúde, que foi concedido desde a criação do SNS, em 1979, permitiu que a sua gestão ocorresse a nível regional, através de cinco regiões administrativas (Administração Regional de Saúde – ARS, Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), administradas por um conselho de administração de saúde, com objetivo de fornecer eficazmente o acesso a todos os serviços de saúde, com base na necessidade (Correia *et al.*, 2014; Simões *et al.*, 2017; OMS, 2018).

O SNS é dividido em três níveis de cuidados: cuidados de saúde primários, secundários (principalmente cuidados hospitalares) e terciários (cuidados muito especializados, cuidados continuados e cuidados paliativos) (Correia *et al.*, 2014). Está categorizado por três sistemas coexistentes e sobrepostos, o SNS universal, regimes especiais de seguro profissional, público e privado, e seguro de saúde voluntário privado (Barros *et al.*, 2011) e, é financiado principalmente por impostos gerais, sendo tendencialmente gratuito no ponto de utilização (OMS, 2018; Simões *et al.*, 2017).

Em Portugal, a escolha do local para a prestação de cuidados, no SNS, é feita em função do tipo de cuidados necessários. A prestação de cuidados preventivos é feita pelos CSP, assim como o seguimento de patologias crónicas, com eventual integração de cuidados hospitalares diferenciados (Simões *et al.*, 2017). No caso da doença aguda, pode ter um tratamento diferente, que varia em função da gravidade

---

<sup>10</sup>Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10, consultado a 20/12/2019;

ou escolha do utente. Enquanto a doença aguda urgente necessita de uma avaliação nos serviços de urgência (SU), a doença aguda não urgente pode ser avaliada pela “triagem” da linha de saúde 24, que poderá ajudar na resolução do problema ou encaminhar para o serviço mais adequado e pelos CSP, no entanto, cabe ao doente essa decisão, optando, muitas vezes, pelo SU (Simões *et al.*, 2017).

Os hospitais oferecem um serviço mais diferenciado, onde, o serviço de urgência permite um atendimento imediato e 24h por dia, para a generalidade das especialidades (OMS, 2018). Os cuidados continuados são serviços procurados numa fase mais avançada da doença, tal como, pessoas com dependência funcional, com doença crónica ou com doença incurável em estado avançado. Estes cuidados têm como objetivo a reabilitação e a manutenção da qualidade de vida (OMS, 2018).

### 3.1 Saúde 24

Nos últimos anos, o acesso público à informação, principalmente em saúde, está a melhorar, devido aos diversos meios de comunicação, especialmente a Internet (Barros *et al.*, 2011).

A linha Saúde 24, designada como SNS 24, é um serviço telefónico (808 24 24 24) e digital do Serviço Nacional de Saúde, que foi criado para o esclarecimento de dúvidas dos utentes em relação à sua saúde. O serviço oferece um conjunto de serviços que permitem resolver diversos problemas, evitando a necessidade do paciente se deslocar a um centro de saúde ou hospital<sup>11</sup>.

Para além de prover um serviço de triagem, ainda serve como meio de aconselhamento e orientação de pessoas que necessitem de cuidados de saúde, incluindo situações de emergência. (Barros *et al.*, 2011). A equipa da Saúde 24 avalia os sintomas do paciente e dá conselhos sobre cuidados de saúde, ou direciona os pacientes para os serviços mais adequados, como SU, centro de saúde com atendimento urgente (consulta aberta), consulta com o médico de família, ou, providencia uma ambulância, se necessário. O SNS 24 tem como objetivo atender à procura, sem resposta atempada dos serviços de saúde e fornecer o encaminhamento para os cuidados adequados, a fim de evitar, principalmente, as visitas inadequadas aos serviços de urgência<sup>12</sup>.

Este serviço responde, também, às necessidades de cuidados saúde primários, através da promoção da saúde e prevenção de doenças e às necessidades de saúde pública, participando em parcerias com outros serviços para melhorar o estado de saúde de certos grupos e comunidades, em situações epidémicas e ajudando a promover e estimular comportamentos saudáveis (nutrição e planeamento familiar) (Barros *et al.*, 2011).

---

<sup>11</sup><https://www.sns24.gov.pt/o-que-e-o-sns24/>, consultado a 18/01/2020;

<sup>12</sup><https://www.sns24.gov.pt/guia/quando-ligar-sns-24-ou-inem/>, consultado a 18/01/2020;

A isenção de taxa moderadora para quem liga para a Saúde 24 e é encaminhado para uma urgência hospitalar, bem como a possibilidade de ter prioridade, relativamente a pacientes com a mesma ordem de prioridade (cor da pulseira, segundo a triagem de Manchester), são medidas que reforçaram o papel da Linha junto da população, de modo a incentivar a utilização da mesma e com o objetivo de diminuir as utilizações “inadequadas”, no entanto, essas medidas não tiveram um impacto muito significativo no número de chamadas<sup>13</sup>.

### 3.2 Cuidados de saúde primários (CSP)

A existência de Cuidados de Saúde Primários (CSP) acessíveis, adequados e de qualidade é um dos componentes fundamentais para um sistema de saúde sustentável, efetivo e eficiente (Starfield, Shi & Macinko, 2005).

Os CSP são o pilar central do sistema de saúde português, integrados no SNS<sup>14</sup>, prestam serviços públicos de saúde, sociais e comunitários. (Bentes, Dias, Sakellarides & Bankauskaite, 2004; Correia *et al.*, 2014).

O primeiro ponto de contato do cidadão com o sistema de saúde público é a equipa multiprofissional de um centro de saúde, onde o paciente se deve registar na região de residência ou local de trabalho para ter acesso aos cuidados de prevenção e de continuidade prestados, assim como, ter acesso a um médico de família. (Barros *et al.*, 2011; Simões *et al.*, 2017). Os cuidados de saúde primários têm como missão a promoção da saúde e prevenção da doença (com especial relevo nas áreas da Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico), saúde da população e desenvolvimento comunitário, com o objetivo de fornecer os cuidados de saúde básicos, focados na comunidade. Têm, ainda, um papel fundamental na gestão contínua da doença crónica e nos cuidados na doença aguda (Correia *et al.*, 2014; Ministério da Saúde, 2018). A reforma dos CSP, impulsionada em 2006, teve como principal objetivo o seu reforço, contribuindo para um melhor desempenho e eficiência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e, como consequência a obtenção de mais ganhos em saúde para a população (Correia *et al.*, 2014; OECD, 2015; OMS, 2018). Para tal, os antigos centros de saúde foram reorganizados em Agrupamentos de Centros de Saúde<sup>15</sup> e foram criadas diferentes unidades funcionais.

---

<sup>13</sup><https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/04/26/saude-24-balanco-de-atividade/>, consultado a 18/01/2020;

<sup>14</sup>Lei n.º 95/2019 - Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04, consultado a 11/01/2020;

<sup>15</sup>Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22, consultado a 11/01/2020;

As Unidades de Saúde Familiar (USF), foram criadas com o objetivo de melhorar a prestação direta dos CSP, mais focada no utente e na família, através do trabalho em equipa e com um sistema de remuneração baseado no desempenho; as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), foram formadas por profissionais de saúde que não passaram para o modelo USF, no entanto, ambas têm as mesmas funções; as Unidades de Saúde Pública (USP) foram formuladas para que funcionem como “observatórios de saúde e provedores de saúde pública”, para além de realizarem outras atividades; as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) foram concebidas para a prestação de cuidados de saúde e apoio comunitário, dirigido, fundamentalmente para pessoas em situações vulneráveis, dependentes, com necessidades de cuidados no domicílio, e em outras situações e contextos específicos na comunidade, e, ainda, as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que integram psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, técnicos de terapia ocupacional entre outros profissionais (OPSS, 2019).

O objetivo da mudança, com a criação de equipas mais autónomas e multidisciplinares nos cuidados primários, foi o incentivo a um melhor desempenho (por exemplo, melhor acompanhamento de pacientes, principalmente pacientes crónicos, melhor atendimento pré e pós-natal e uso mais económico de medicamentos) (OMS, 2018). Assim, os médicos de família foram incentivados a participar em equipas colaborativas e a redefinir os seus papéis clínicos e de gestão<sup>16</sup>.

Essa reforma teve como objetivo, essencialmente, o aumento da acessibilidade dos utentes aos CSP, com a diminuição de utentes sem médico de família. No final de Abril de 2020, 808293<sup>17</sup> dos utentes inscritos nos CSP não tinham médico de família, o que corresponde a 7,85%<sup>17</sup> do total de inscritos, enquanto, em Abril de 2016, esse valor correspondia a 11,23%<sup>18</sup>.

A melhoria também se refletiu na satisfação dos utentes e veio comprovar que os utentes sentem uma maior satisfação nas unidades USF, em particular nas USF modelo B face às UCSP, apontando para uma evolução positiva ao nível dos CSP (Ferreira & Raposo 2015).

No entanto, apesar da evolução, ainda existem algumas desigualdades. Uma delas surge com a falta de coordenação entre hospitais e os cuidados de saúde primários e o elevado número de pacientes que ignoram o sistema de referência, levando ao desenvolvimento de Unidades Locais de Saúde (Medicina Geral e Familiar, Cuidados Hospitalares, Cuidados Continuados, Cuidados Paliativos) (Barros *et al.*, 2011; Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011; Simões *et al.*, 2017).

A criação de Unidades Locais de Saúde passa pela fusão de um hospital (ou vários hospitais) com vários centros de saúde, baseando-se, não só na proximidade geográfica, como também, no equilíbrio

---

<sup>16</sup>Despacho Normativo n.º 9/2006 - Diário da República n.º 34/2006, Série I-B de 2006-02-16, consultado a 20/01/2019;

<sup>17</sup><https://transparencia.sns.gov.pt>: procurar registos – utentes inscritos em cuidados de saúde primários; ano: 2020; mês: abril.

<sup>18</sup><https://transparencia.sns.gov.pt>: procurar registos – utentes inscritos em cuidados de saúde primários; ano: 2016; mês: abril.



de especialidades, incluindo um departamento de acidentes e emergência médica. Estas unidades funcionam como forma de reajustar os papéis e tarefas entre os cuidados primários e secundários, exigindo um equilíbrio adequado de recursos entre os dois níveis de atendimento (Barros *et al.*, 2011).

### 3.3 Cuidados Continuados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é formada por equipas que prestam cuidados a longo prazo, apoio social e atividades paliativas com base em serviços comunitários, cobrindo hospitais, agrupamentos de centros de saúde (ACES), serviços de segurança social locais e distritais e, ainda, municípios (Barros *et al.*, 2011).

O objetivo desta rede é a reabilitação e reintegração social e, o fornecimento e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo nos casos em que não há recuperação possível, com foco na prestação de cuidados a pessoas que, independentemente da idade, estão numa situação de dependência funcional (OMS, 2018).

Os serviços fornecidos pelo RNCCI são prestados a pacientes que precisam de cuidados de saúde específicos, como serviços de atendimento, que não precisam de permanecer no hospital (por exemplo, hemodiálise, fisioterapia etc.), suporte integrado para promover a autonomia e dar apoio social, sem recorrer ao ambiente dos cuidados intensivos hospitalares, para pessoas com diferentes níveis de dependência e que não são cuidados em casa. Este regime garante a manutenção e atividades de estimulação, cuidados médicos e cuidados periódicos de enfermagem, controlo psiquiátrico, apoio psicossocial, animação sociocultural, nutrição e higiene pessoal, quando necessário (Barros *et al.*, 2011).

### 3.4 Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH)

A rede hospitalar portuguesa é um dos ativos mais significativos e um dos investimentos mais importantes realizados nas últimas décadas para a construção de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) de acesso universal, de modo a responder a uma procura de cuidados de saúde cada vez mais sofisticada e exigente por parte dos cidadãos (OMS, 2018).

Todos os hospitais que integram o SNS pertencem ao setor público, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. Os hospitais do setor privado, com e sem fins lucrativos, têm os seus próprios acordos de gestão (Barros *et al.*, 2011).

Em Portugal, existiam, em 2018, 230 hospitais, dos quais 107 em regime público, 4 em parceria público-privada e 119 privados. Em 2016, foi o ano em que, pela primeira vez, o número de hospitais privados superou o número de hospitais públicos e a tendência tem-se mantido (INE, 2018; INE, 2020).

O serviço de urgência hospitalar surgiu da necessidade de criar um serviço diferenciado capaz de responder de forma rápida e eficiente a situações de urgência e emergência médica, dando resposta às crescentes necessidades da população (OMS, 2018). O serviço de urgência tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes vítimas de acidentes ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar (ACSS, 2015).

Os SU dividem-se em Serviços de Urgência Básico (SUB), Serviços de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviços de Urgência Polivalente (SUP) (ACSS, 2015). Estes últimos são os mais abrangentes, apresentando um maior nível de diferenciação de cuidados face às situações urgentes e/ou emergentes e localizam-se nos hospitais centrais (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2001).

No serviço de urgência, após a admissão do paciente, é realizada a "triagem", que se refere ao processo de classificação usado para avaliar a gravidade dos ferimentos ou doenças dos pacientes dentro de um curto período de tempo após a sua chegada, atribuindo prioridades e transferindo os pacientes para o local adequado à realização do tratamento (Fernandes *et al.*, 2005).

Em Portugal, o Sistema de Triagem de Manchester foi adotado em 2000. Trata-se de um sistema que foi criado em Manchester (UK), em 1997 e, desde então, foi adotado e implementado em vários hospitais, de vários países europeus, nomeadamente, Holanda, Portugal e Espanha<sup>19</sup>. Enquanto instrumento de apoio à gestão do risco clínico, em contexto de serviço de urgência, tem como objetivo indicar a prioridade clínica, através de 52 fluxogramas que englobam todas as queixas apresentadas, por um indivíduo e, de acordo com os problemas identificados, indica a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo que é recomendado até à observação médica. O sistema não estabelece diagnósticos<sup>19</sup> (Grupo Português de Triagem, 2015).

Através deste sistema, a ordem de atendimento do paciente é feita com base na gravidade da situação, representada por uma cor e não pela ordem de chegada ao serviço de urgência. Assim, com a racionalização dos tempos de espera é possível o acompanhamento imediato de episódios urgentes e emergentes. Este sistema permite classificar o utente, através da observação inicial por um técnico de saúde, em 5 categorias, identificadas por um número, nome, cor e tempo, (emergente = vermelho = 0 minutos; muito urgente = laranja = 10 min; urgente = amarelo = 60 min; menos urgente = verde = 120 min; não urgente = azul = 240 min)<sup>19</sup>.

Existe ainda a pulseira de cor branca, que diz respeito ao atendimento programado ou referenciado por outro serviço de saúde, proposta pelo Grupo Português de Triagem, devido à incorreta utilização dos serviços de urgência, como porta de entrada administrativa, e pela sua utilização “programada”, estabelecendo ainda como objetivo nacional, que a percentagem de pulseiras brancas seja inferior a 5% da totalidade dos episódios de Urgência<sup>20</sup>.

Através da figura 1, é possível perceber o que representa cada cor, no contexto de urgência, e os tempos de espera previstos até ao atendimento, onde, a pulseira branca não é incluída:



**Figura 1** - Ordem de prioridades do Sistema de Manchester e respetivas cores.

Fonte: Grupo Português de Triagem, 2015

### 3.4.1 – Utilização do Serviço de Urgência (SU)

Tal como descrito anteriormente, os hospitais têm um papel importante junto da população, sendo vistos pelos utentes como um serviço que garante a resolução dos seus problemas e, tendo em conta que a decisão é da responsabilidade do doente, torna-se importante perceber a realidade da utilização dos SU.

<sup>20</sup>Norma n.º 002/2018 de 09/01/2018 – DGS, consultado a 10/12/2019;

<sup>21</sup>Despacho n.º 4835-A/2016 – Diário da República n.º 69/2016, 1.º Suplemento, Série II de 2016-04-08, consultado a 31/01/2020;

Em Portugal, registaram-se, em 2016, 6,5 milhões (6514118) de admissões nas urgências do serviço público, 6,4 milhões (6404159) em 2017 e, em 2018, foram 6,47 milhões (6465950) (INE 2018; INE 2019; INE 2020). Apesar do recurso às urgências manter alguma estabilidade e os valores do recurso aos SU do SNS serem mais baixos quando comparados com os valores de 2016, tem-se verificado um aumento na procura pelos serviços de urgência no setor privado, concluindo que a procura por serviços de urgência, no conjunto do setor público e privado, tem vindo a aumentar, tendo registado, em 2016, 7,7 milhões (7736684) de atendimentos, enquanto em 2018 foram registados 7,8 milhões (7832442) no total dos serviços de urgência (INE 2018; INE 2020). Das admissões registadas em 2018, a nível nacional, no serviço público, 41,8%<sup>5</sup> referiram-se a utentes com prioridade verde, azul ou branca, ou seja, não urgentes. Este valor apresenta uma grande variabilidade regional, na Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), onde se insere o hospital em estudo, a percentagem de admissões, foi de 37,7%<sup>21</sup> e, o Hospital em estudo, tal como já referido, registou 49,2%<sup>7</sup> de admissões de utentes não urgentes.

A revisão das taxas moderadoras, que ocorreu em 2016 pode justificar parte desse uso inadequado, visto que, contribuiu para o aumento de grupos da população isenta, o que, posteriormente, se refletiu no aumento da procura dos serviços de urgência (Ministério da Saúde, 2018).

Posto isto, e, tendo em conta o conceito de urgência, através dos dados anteriores, é visível que grande parte dos utilizadores segue um perfil de utilização que não condiz com a própria definição do serviço. Isto significa que o recurso às urgências é excessivo e realizado, em grande parte, por utentes não urgentes (Campos, 2014).

O uso excessivo dos serviços de urgência, denominado como uso “inadequado” (Botelho *et al.*, 2019), é motivo de preocupação em Portugal e, também, noutros países Europeus. O uso inadequado tem sido associado a casos que recorrem aos serviços de urgência quando o seu estado de saúde não é emergente e, poderiam esperar por uma consulta nos cuidados de saúde primários. No entanto, o uso inadequado não está apenas relacionado com o estado de gravidade do doente, mas também com o seu contexto social, estado psicológico e com a própria organização do sistema de saúde (Pereira *et al.*, 2001; Durand *et al.*, 2011).

O elevado número de utilização dos SU envolve vários fatores, entre eles, o envelhecimento da população. Com o envelhecimento, há maior prevalência de doenças crónicas sujeitas a agravamento agudo, o que leva a uma maior procura de serviços de saúde por parte destes doentes (Berchet, 2015). Sendo visível, por exemplo, nas regiões abrangidas por Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

---

<sup>21</sup>[http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH\\_ProdRacioEficUrgenciaDashboard](http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard): Mês: Dezembro 2018; Região: ARS Norte; Instituição: Total Instituições Norte - % Atendimentos com prioridade Verde/Azul/Branca, consultado a 22/01/2020.

(UCSP), a proporção anual do número de episódios de urgência hospitalar é superior quando comparado com as Unidades de Saúde Familiar do tipo USF-A e USF-B. Isto acontece porque as regiões abrangidas pelas UCSP, contêm uma proporção significativamente maior de idosos, de mortalidade (por diabetes, doenças do sistema circulatório e doenças do sistema respiratório) e um nível significativamente inferior de educação, de rendimento e de poder de compra, comparativamente com a população residente na área de influência das USF-A e USF-B (DGS, 2019).

No entanto, pode ser um indicador de um acesso pouco eficiente aos CSP, uma vez que alguns estudos demonstram que uma melhoria no acesso aos CSP e uma melhor continuidade de cuidados resultam numa menor utilização dos serviços, incluindo os serviços de urgência, devido à continuidade de cuidados (Gunther *et al.*, 2013; Gill, Mainous & Nsereko, 2000; Whittaker *et al.*, 2016).

## 4. Metodologia

O estudo foi desenvolvido para identificar a procura inadequada por parte dos doentes não urgentes aos serviços de urgência. Para tal, foi realizado um estudo observacional analítico com os doentes que recorreram ao Serviço de Urgência Geral (SUG) do HSOG, recorrendo a inquéritos de modo a identificar o motivo de ida ao SU, assim como obter os dados sociodemográficos dos mesmos. O mesmo procedimento foi implementado em três USF selecionadas por pertencerem aos concelhos da área de influência do hospital, USF de Ronfe (Taipas), Novos Rumos (Vizela) e São Nicolau (Guimarães).

A área de influência do hospital (ACES do Alto Ave) é constituída pelos concelhos de Cabeceiras de Basto, Fafe, Guimarães, Mondim de Basto, Vizela e Mondim de Basto, abrangendo 256696 habitantes. A evolução do índice de envelhecimento no ACES do Alto Ave, apesar de ter um aumento progressivo, apresentou valores inferiores aos encontrados no Continente e região Norte, onde, o grupo etário dos 0 aos 14 anos, apresentou uma proporção da população residente superior (15,7%) à do grupo dos 65 e mais anos (14,63%) (DGS, 2017).

A implementação do estudo nas USFs da área do hospital teve como objetivo comparar as motivações que levam um cidadão a escolher os serviços de urgência, com as motivações de quem escolhe os serviços de atendimento permanente dos cuidados de saúde primários. A USF de São Nicolau situa-se nas proximidades do hospital, a USF de Novos Rumos é uma USF com novas instalações e de grande dimensão cobrindo a população de Vizela, mais distante da cidade de Guimarães, a USF de Ronfe é uma unidade relativamente mais pequena e que abrange uma área mais rural que as anteriores. Procurou-se com esta seleção ter alguma diversidade e representatividade das USFs da área servida pelo HSOG.

A sobrelotação do Serviço de Urgência Hospitalar é um problema que atinge vários países do mundo e, tal como em vários hospitais portugueses, o HSOG tem apresentado um crónico problema com a elevada afluência ao SU, principalmente de casos não urgentes. E, apesar das várias campanhas de sensibilização, com a colocação de cartazes à entrada do SU, com vista na diminuição do recurso indevido, o mesmo não surtiu efeito junto da população, visto que, de acordo com as estatísticas nacionais, em 2018, 49,2%<sup>7</sup> das visitas ao SU foram consideradas como não urgentes, valor superior ao registado no período homólogo, em 2017, de 46,9%<sup>22</sup>, demonstrando que, apesar das iniciativas, os valores que deveriam ter diminuído, ainda aumentaram, evidenciando a pertinência para a realização deste estudo.

---

<sup>7</sup>[http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH\\_ProdRacioEficUrgenciaDashboard](http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard): Mês: Dezembro 2017; Região: ARS Norte; Instituição: Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E. - % Atendimentos com prioridade Verde/Azul/Branca, consultado a 28/04/2020;

A confrontação com uma situação de doença aguda e a tomada de decisão pelo serviço de saúde mais adequado nem sempre é fácil, sendo que os cidadãos podem optar por dirigir-se (i) à farmácia e procurar conselhos sobre medicação sem receita; (ii) alternativamente podem aceder à linha SNS24; (iii) podem ir à consulta aberta (não programada) dos CSP; (iv) ou podem recorrer aos serviços de urgência hospitalar. A sua decisão depende de uma variedade de fatores que se podem agrupar em dois grupos: a autoavaliação do grau de severidade da sua condição de saúde e, a expectativa quanto aos serviços que lhes serão prestados em cada uma das alternativas. Neste contexto podem ocorrer dois tipos de erros: o paciente pode subestimar a severidade da sua condição de saúde e aceder a um serviço de cuidados inferior, tendo de aceder mais tarde a um superior; ou pode sobrestimar o nível de severidade e aceder a um serviço de nível superior ao necessário. Em ambas as situações, existe ineficiência no sistema e nos cuidados prestados. Os erros podem ocorrer por uma autoavaliação errada, ou por erros no desenho do sistema e dos serviços que o compõem.

Com o objetivo de identificar qual das hipóteses se verifica ou, se ambas se verificam, procurou-se determinar a existência de relação entre as variáveis dependentes (recurso ao serviço de urgência e a perceção da severidade do grau de saúde) e as respetivas variáveis independentes (proximidade à urgência ou outros serviços alternativos, acessibilidade, características dos serviços prestados, existência ou não médico de família, idade, literacia em saúde, existência de doenças crónicas, isenção, situação laboral e financeira, entre outras) referentes à utilização do Serviço de Urgência (SU) do HSOG e à utilização das consultas não programadas dos CSP.

De forma a identificar e analisar as motivações que levam os pacientes com sintomas ligeiros a recorrer ao SU e de modo a cumprir os objetivos propostos, realizou-se um estudo comparativo entre os doentes que se dirigiram ao SU e foi atribuída uma pulseira branca, azul ou verde, e os doentes que se dirigiram às consultas não programadas das USF selecionadas.

O SU do HSOG tem a responsabilidade assistencial na urgência/emergência aos habitantes com idades a partir dos 18 anos. Como tal, a amostra analisada foi não aleatória, visto que este estudo compreende todos os indivíduos com idade superior a 18 anos e exclui os doentes urgentes (pulseira amarela, laranja e vermelha, segundo a Triagem de Manchester), grávidas e cidadãos com história de demência ou défice cognitivo, que deram entrada no SU do HSOG no período de 21 de Maio a 5 de Junho de 2019.

A amostra analisada nas consultas não programadas das USF, nos dias úteis de 28 de Maio de 2019 a 5 de Junho de 2019, incluiu utentes com idade superior a 18 anos e excluiu grávidas e cidadãos com história de demência ou défice cognitivo.

Os dados foram recolhidos através de questionários aplicados aos utentes do SU do HSOG e aos utentes das consultas não programadas das USFs selecionadas. Aos utentes do SU do HSOG, foram realizados dois questionários: questionário 1 – SU, realizado antes do utente entrar no gabinete de triagem (anexo I) e questionário 2 – SU, realizado após a visita ao gabinete de triagem a todos os pacientes triados como não urgentes (anexo II), no período de 21 de Maio de 2019 a 5 de Junho de 2019, entre as 8h e as 20h; aos utentes que frequentaram as consultas não programadas das Unidades de Saúde Familiar em estudo (Novos Rumos, Ronfe e São Nicolau) foi realizado apenas um questionário, equivalente ao questionário 2 aplicado no SU, nos dias úteis de 28 de Maio de 2019 a 5 de Junho de 2019, nos períodos em que decorram as consultas abertas (anexo III).

Para além da realização deste estudo, foi também utilizada uma base de dados cedida pelo HSOG, devidamente anonimizada, com informações dos processos de admissão das urgências de utentes que se deslocaram, durante os três anos anteriores à realização do estudo, ao serviço de urgência do HSOG.

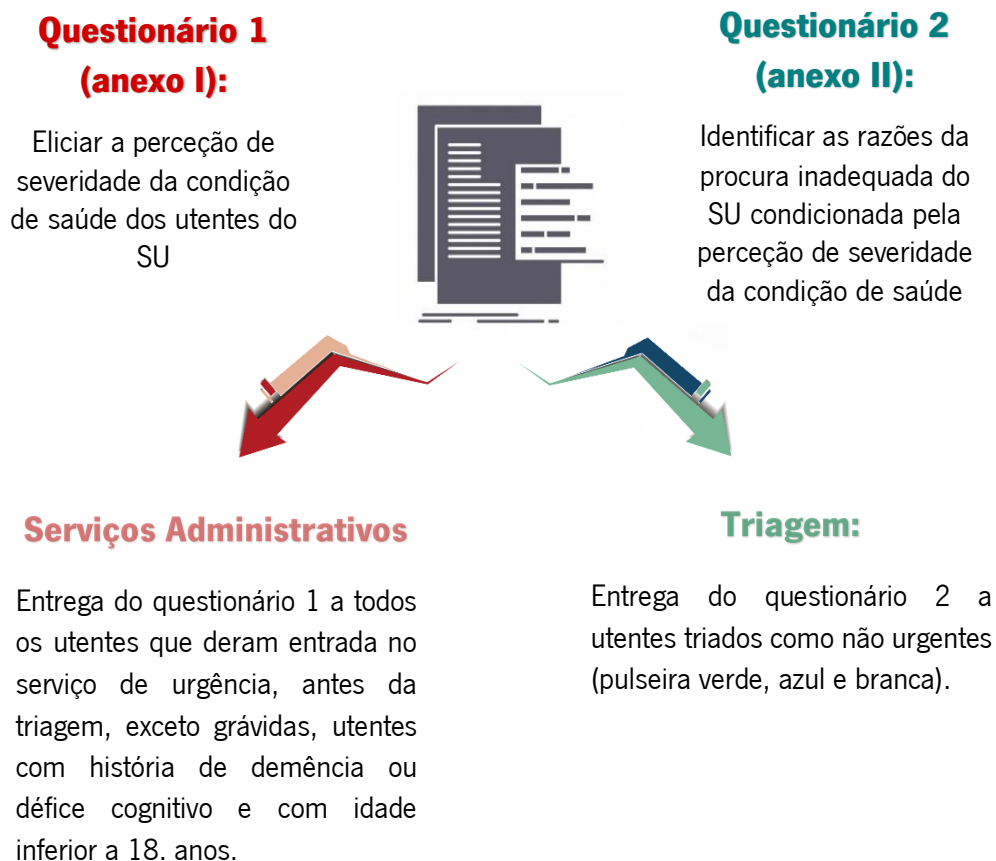
Os dados foram analisados através do software STATA, de forma a estudar o padrão de utilização das urgências, pelos utilizadores não adequados e utilizadores frequentes, e procurar possíveis soluções para combater a utilização desapropriada.



## 5. Questionários

Nos dias em que decorreram os questionários no SU do HSOG, de 21 de Maio de 2019 a 5 de Junho de 2019, cerca de 2397 utentes deram entrada na urgência geral no período do estudo, das 8h às 20h, desses, 1236 foram identificados como doentes não urgentes (pulseira branca, azul ou verde, segundo a Triagem de Manchester), ou seja, durante o decorrer do estudo, 51,56% das visitas foram consideradas como não urgentes.

Os questionários realizados no serviço de urgência decorreram da seguinte forma:



Com o questionário 1 pretendeu-se que os utentes avaliassem a gravidade da sua situação de saúde de acordo com a triagem de Manchester, para que, na triagem, ao obterem a cor da pulseira fosse perceptível se os pacientes avaliaram corretamente o seu estado de saúde e, se a escolha do SU foi adequada à sua percepção.

Aos utentes em que a escolha do serviço de urgência não é adequada (utentes em que é atribuída a pulseira azul e verde na triagem), é-lhes entregue o questionário 2. Através desse questionário pretendeu-

se entender as motivações dos pacientes pela escolha do serviço de saúde, assim como analisar os fatores socioeconómicos e demográficos, a sua experiência em saúde e, ainda, avaliar a aceitação por parte dos utentes de possíveis alternativas de serviços de saúde.

Dos utentes que se dirigiram aos SU, 556 responderam aos questionários da parte 1 e, dos utentes triados como não urgentes, 242 responderam aos questionários da parte 2.

Paralelamente na USF de Ronfe, Novos Rumos e São Nicolau, o processo decorreu entre as 8h do dia 28 de maio e as 20h do dia 5 de junho.

Os questionários realizados nas consultas não programadas nas USFs decorreram da seguinte forma:

### **Questionário 2 (anexoIII):**



Analisar os determinantes da procura de cuidados de saúde não programados



Entrega, apenas, do questionário 2 aos utentes que se deslocaram às consultas não programadas das USFs.

O questionário 2, entregue nas USFs selecionadas, teve o mesmo princípio do questionário 2, entregue no SU, no entanto, neste caso pretendeu-se entender as motivações da escolha pelos cuidados de saúde primários, para ser possível comparar o perfil dos utentes que escolhem este serviço com o perfil dos utentes que escolhem o SU.

De notar que, no período em análise, a USF de Ronfe teve disponíveis 134 consultas abertas, tendo ocupado 84; no mesmo período, a USF Novos Rumos teve 98 disponíveis e 70 utilizadas; na USF São Nicolau estiveram disponíveis 323 e foram utilizadas 309. No final, foram recolhidos 55 questionários na USF Ronfe, 66 na USF Novos Rumos e 123 na USF São Nicolau, no total foram recolhidos 244 nas três USFs, com uma taxa de resposta global de 53%, aproximadamente (65% em Ronfe, 94% Novos Rumos, 39,8% São Nicolau).

A informação recolhida através dos questionários (Anexo I, II e III) foi codificada em Excel® (Anexo IV).

## 6. Resultados

Entre 21 de Maio de 2019 e 5 de Junho de 2019, cerca de 2397 utentes deram entrada no Serviços de Urgência Geral do HSOG, das 8h às 20h, com proveniência de vários locais, como podemos verificar na tabela 1. Podemos também verificar que, a maioria das pessoas que tomaram a decisão de se deslocar aos SU sozinhas, ou seja, com proveniência do exterior, obtiveram uma pulseira de prioridade pouco ou não urgente (verde ou azul). No entanto, verificamos, também, que há referências que resultam na atribuição da pulseira verde, realçando o encaminhamento da linha de saúde 24 e do centro de saúde.

*Tabela 1 – Distribuição percentual das visitas por proveniência e gravidade na Urgência Geral nos dias de estudo, das 8h às 20h.*

<b>URGÊNCIA GERAL (n=2397)</b>						
<b>Prioridade</b> <b>Proveniência</b>	Branco	Azul	Verde	Amarelo	Laranja	Vermelho
<i>ARS/Centro de saúde</i>	0,00	1,18	<b>38,58</b>	51,97	8,27	0,00
<i>Clínicas Privadas</i>	8,82	2,94	<b>20,59</b>	55,88	11,76	0,00
<i>Consulta Externa</i>	<b>11,36</b>	0,00	<b>20,45</b>	59,09	9,09	0,00
<i>Encaminhado Saúde 24</i>	0,00	0,00	<b>46,48</b>	50,00	3,52	0,00
<i>Estabelecimento Prisional</i>	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00
<i>Exterior</i>	<b>7,35</b>	1,39	<b>53,35</b>	34,62	3,22	0,06
<i>INEM</i>	0,10	0,20	<b>12,54</b>	68,91	17,23	1,02
<i>Lar</i>	0,00	7,14	<b>14,29</b>	71,43	7,14	0,00
<i>SAP-S. Atendimento Permanente</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00
<i>Serviço de internamento</i>	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00
<i>Transferido de outro hospital</i>	<b>8,15</b>	0,00	<b>34,80</b>	49,53	7,21	0,31

Analisando a prioridade dos utentes que recorreram ao SU, nesse período, segundo a tabela 2, 51,56% dos utentes que visitaram o serviço de urgência foram triados como pouco ou não urgentes, evidenciado que grande parte da procura por este serviço é realizado por pessoas que não necessitam destes tipos de cuidados.

*Tabela 2 – Prioridade de atendimento dos utentes que visitaram a Urgência Geral nos dias de estudo, das 8h às 20h.*

<b>Prioridade</b>	<b>Utilizadores</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem acumulada</b>
<i>Branca</i>	176	7,34	7,34
<i>Azul</i>	28	1,17	8,51
<i>Verde</i>	1032	43,05	51,56
<i>Amarelo</i>	1010	42,14	93,70
<i>Laranja</i>	150	6,26	99,96
<i>Vermelho</i>	1	0,04	100

Os resultados anteriores comprovam a existência de um conjunto de utentes que utiliza as urgências hospitalares de forma inadequada, criando desequilíbrios neste tipo de cuidados de saúde. Neste contexto, torna-se importante analisar de forma detalhada este mesmo conjunto de utentes e perceber quais os fatores que estão associados a esta utilização.

Apresento, em seguida, os resultados obtidos após a análise estatística dos dados recolhidos através do questionário 2, referente aos episódios de urgência geral do HSOG e das consultas não programadas dos CSP.

A amostra relativa aos Serviços de Urgência Geral é constituída por 242 utentes não urgentes (tabela 3). Dos utentes não urgentes questionados, 64,10% eram do sexo feminino; 58,37% eram isentos; 17,32% tinham seguro ou subsistema da saúde e, verificou-se ainda que, as suas idades oscilaram entre os 18 e os 88 anos, para uma média de idades de 46,85 e um desvio padrão de 16,85.

*Tabela 3 – Amostra relativa aos Serviços de Urgência Geral do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães*

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<i>21 de Maio (Terça)</i>	15	6,20
<i>22 de Maio (Quarta)</i>	13	5,37
<i>23 de Maio (Quinta)</i>	9	3,72
<i>24 de Maio (Sexta)</i>	11	4,55
<i>26 de Maio (Domingo)</i>	10	4,13
<b>Dia de admissão aos serviços de urgência</b>		
<i>27 de Maio (Segunda)</i>	20	8,26
<i>28 de Maio (Terça)</i>	18	7,44
<i>29 de Maio (Quarta)</i>	26	10,74
<i>30 de Maio (Quinta)</i>	34	14,05
<i>31 de Maio (Sexta)</i>	17	7,02
<i>1 de Junho (Sábado)</i>	2	0,83
<i>2 de Junho (Domingo)</i>	5	2,07

	<i>3 de Junho (Segunda)</i>	20	8,26
	<i>4 de Junho (Terça)</i>	24	9,92
	<i>5 de Junho (Quarta)</i>	18	7,44
	Total	242	

A amostra relativa às consultas não programadas dos CSP é constituída por 244 utentes, que se dirigiram aos cuidados de saúde primários das Unidades de Saúde Familiar em estudo (Novos Rumos, Ronfe e São Nicolau) (tabela 4). Cerca de 64,60% eram dos utentes eram do sexo feminino; 39,44% eram isentos e, as suas idades variaram entre os 18 e os 88 anos, para uma média de idades de 43,52 e um desvio padrão de 15,81.

*Tabela 4 – Amostra relativa às consultas não programadas das USF selecionadas*

<b>Variáveis</b>		<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Dia de admissão aos cuidados de saúde primários</b>	<i>28 de Maio (Terça)</i>	62	25,41
	<i>29 de Maio (Quarta)</i>	37	15,16
	<i>30 de Maio (Quinta)</i>	27	11,07
	<i>31 de Maio (Sexta)</i>	24	9,84
	<i>3 de Junho (Segunda)</i>	30	12,29
	<i>4 de Junho (Terça)</i>	37	15,16
	<i>5 de Junho (Quarta)</i>	27	11,07
		<i>Total</i>	244

De modo a identificar as características dos utilizadores inadequados dos SU e dos utilizadores dos CSP, recorreu-se à análise dos seus dados sociodemográficos. E, tal como se verifica, segundo a tabela 5, 50,44% dos utentes dos SU têm habilitações até ao 2º ciclo (inclusive), o que corresponde a 34,47% das mesmas habilitações dos utentes dos CSP, verificando, assim, que possuem, em média, habilitações superiores aos utentes do SU e, eventualmente maior literacia em saúde, que lhes permite fazer uma escolha mais adequada em relação aos serviços de saúde.

Pode ainda verificar-se que, 62,64% dos utentes dos CSP têm menos de 45 anos, correspondendo a 45,06% dos utentes dos SU. Assim, a maioria dos utentes dos SU, cerca de 55%, tem mais de 45 anos, sendo a faixa etária mais crítica entre os 46 e os 55 anos.

O agregado familiar dos utentes que recorreram aos SU é composto, em média por mais do que 1 adulto e, há maior presença de jovens e menor de crianças em relação ao agregado familiar dos utentes que recorreram aos CSP. Dos utentes que moram sozinhos, há mais utentes que moram sem cuidador

ou que não recebem visitas regulares entre os utentes que visitaram os SU, podendo ser a escolha do serviço uma consequência dessa ausência de cuidados.

Quanto à situação laboral, apesar de, em ambos os casos, a maior percentagem pertencer à classe trabalhadora, o valor, no caso dos CSP, é superior (73,30%) e, verifica-se ainda, um grande número de reformados e desempregados nos SU em relação aos CSP, o que pode também ter a ver com a despreocupação com o tempo de espera. De ambos os utentes, em média, os utentes dos SU sentem maior conforto financeiro (tabela 5).

No que diz respeito ao estado de saúde (tabela 5), verifica-se que, os dados dos SU são mais negativos. O estado de saúde percecionado pelos utentes do SU está maioritariamente concentrado entre o mau e o bom, enquanto o estado de saúde percecionado pelos utentes dos CSP concentra-se entre o razoável e o muito bom.

Verifica-se também que, cerca de 40% dos utentes dos SU possui doenças crónicas, contra apenas 34% dos doentes que visitaram os CSP.

Em ambos os casos, cerca de 20% dos doentes afirmou que a visita estava relacionada com consulta/exame que aguardavam no hospital; 26,82% dos utentes do SU e 20% dos utentes dos CSP achou inadequado o tempo de espera por consulta/exame dos últimos 12 meses e, os utentes que recorreram aos SU, sentiram mais dificuldades financeiras na realização de atos médicos.

Em relação à aversão ao risco, no geral, os utentes que recorrem aos SU, estão mais predispostos a correr riscos, no entanto, mostram-se mais cautelosos em relação aos riscos em saúde, podendo ser um fator de escolha por este serviço.

*Tabela 5 – Enquadramento sociodemográfico e em termos de estado de saúde*

		<b>Dados SU (%)</b>	<b>Dados CSP (%)</b>
<b>Habilitação literária</b>	<i>Sem habilitações</i>	4,35	3,40
	<i>1º ciclo</i>	32,61	16,02
	<i>2º ciclo</i>	13,48	15,05
	<i>3º ciclo</i>	16,09	23,79
	<i>Ensino Secundário</i>	24,35	28,16
	<i>Bacharelato/Licenciatura</i>	4,78	9,71
	<i>Mestrado</i>	3,91	3,88
	<i>Doutoramento</i>	0,43	-
<b>Situação laboral</b>	<i>Estudante</i>	6,17	4,85
	<i>Desempregado</i>	12,33	6,31
	<i>Doméstico</i>	0,88	0,97
	<i>Reformado</i>	22,47	14,08

	<i>Trabalhador</i>	56,83	73,30	
	<i>Outro</i>	1,32	0,49	
<b>Idade</b>	<i>18-25</i>	14,59	10,53	
	<i>26-35</i>	14,16	25,79	
	<i>36-45</i>	16,31	26,32	
	<i>46-55</i>	23,18	15,26	
	<i>56-65</i>	15,45	11,05	
	<i>&gt;65</i>	16,31	11,05	
<b>Estado de saúde</b>	<i>Muito Bom</i>	5,11	10,36	
	<i>Bom</i>	22,55	41,44	
	<i>Razoável</i>	47,23	39,19	
	<i>Mau</i>	21,28	8,11	
	<i>Muito Mau</i>	3,83	0,90	
<b>Doença crónica</b>	<i>Sim</i>	40,27	34,43	
	<i>Não</i>	59,73	65,57	
<b>Seguido consulta externa</b>	<i>Sim</i>	37,67	26,64	
	<i>Não</i>	62,33	73,36	
<b>Aguarda consulta Hospital</b>	<i>Sim</i>	40,00	29,11	
	<i>Não</i>	60,00	70,89	
<b>Aguarda exame Hospital</b>	<i>Sim</i>	17,43	13,27	
	<i>Não</i>	82,57	86,73	
<b>Visita relacionada com consulta/exame</b>	<i>Sim</i>	21,11	19,12	
	<i>Não</i>	78,89	80,88	
<b>Tempo espera para consulta/exame (últimos 12 meses)</b>	<i>Não houve necessidade</i>	40,45	32,38	
	<i>Adequado</i>	32,73	47,62	
	<i>Inadequado</i>	26,82	20,00	
<b>Dificuldades financeiras para a realização consulta/exame (últimos 12 meses)</b>	<i>Sim</i>	19,81	12,44	
	<i>Não</i>	58,53	55,76	
	<i>Não houve necessidade</i>	21,66	31,80	
<b>Situação financeira</b>	<i>Do menos para o mais confortável financeiramente (1 a 5)</i>	3,25	2,83	
<b>Agregado familiar</b>	<i>Crianças &lt; 12 anos</i>	0,31	0,52	
	<i>Jovens 12-18 anos</i>	0,30	0,21	
	<i>Adultos (para além do paciente)</i>	1,63	1,31	
	<i>Sozinho</i>	<i>Com cuidador</i>	0,5	0,54
		<i>Sem cuidador</i>	0,5	0,46
<b>Aversão ao risco geral</b>	<i>Do menor para o maior risco (0 a 10)</i>	2,77	2,62	
<b>Aversão ao risco saúde</b>		2,03	2,12	

Para além da utilização inadequada, existe outro tipo de utilização, designada como utilização frequente, que, tendo em conta a definição apresentada anteriormente, é atribuída a utentes que se

desloquem 4 ou mais vezes a um serviço de urgência, num período de 12 meses. Este tipo de utilização é mais complexo, visto que, é mais recorrente em pessoas com doenças crónicas e, também, em pessoas idosas e mais debilitadas.

A nível nacional, 4,3%<sup>6</sup> dos utentes, em 2018, foram considerados como frequentes, representando 17,2% das visitas ao serviço de urgência. Quanto ao HSOG, onde foi implementado o estudo, a proporção de pacientes considerados como frequentes, em 2018, foi de 5%<sup>8</sup>, sendo um dos problemas identificados, visto que o valor nesta instituição é superior ao valor registado a nível nacional. Pretende-se analisar, assim, a coincidência (ou não) entre as categorias de paciente frequente e procura inadequada, uma vez que a mesma é relevante para o desenho de iniciativas que visam promover a qualidade dos serviços de saúde prestados.

De acordo com a tabela 6, no decorrer do estudo no SUG, 10,19% dos utilizadores identificados recorreram 4 ou mais vezes a um serviço de urgência, no ano anterior à realização do questionário. Dos 198 utilizadores da amostra, 64,14% eram do sexo feminino e 35,86% do sexo masculino. Quando observada a sua distribuição por grupos de utilizadores, esta tendência mantém-se, no caso dos utilizadores não frequentes em que 62,15% destes utilizadores são do sexo feminino e 37,85% do sexo masculino. No que diz respeito aos utilizadores frequentes, os utilizadores do sexo feminino representam quase a totalidade dos utilizadores, 80,95% e 19,05% são do sexo masculino.

Relativamente à idade, os utilizadores tinham idades compreendidas entre os 18 e os 88 anos, existindo uma grande dispersão de idades na frequência de utilização frequente dos serviços de urgência. Verifica-se que, 50% da distribuição fica abaixo dos 35 anos e que os grupos de idade de 26 a 35 e 46 a 55 são os grupos que apresentam maior utilização frequente. Analisando o grupo dos utilizadores não frequentes, mantém-se a grande dispersão nos valores da variável em estudo, mas neste grupo a distribuição por idades já é mais homogénea, havendo uma tendência crescente de aumento de utilizadores à medida que aumenta os valores das idades até ao intervalo de idades de 46 a 55, que se mostra como o intervalo com a frequência mais elevada, tanto na utilização frequente como não frequente. Não parece, portanto, existir diferença ao nível da idade entre os dois grupos.

Quanto ao nível de escolaridade, podemos dizer que há uma diminuição da utilização frequente quanto maior o nível de escolaridade, mais evidente no grau de escolaridade a partir do ensino secundário, sendo que 71,43% da distribuição pertence aos utilizadores com um grau inferior ao nível secundário (1º, 2º e 3º ciclo). O mesmo se verifica nos utilizadores não frequentes, sendo a percentagem de distribuição ligeiramente inferior, 63,43%, havendo maior dispersão na frequência de utilização,



realçando o facto de os utilizadores com o ensino secundário apresentarem um valor elevado de frequência, 25,14%.

Relativamente à situação laboral, dos utilizadores em estudo, os que frequentam mais o serviço de urgência são os trabalhadores e os reformados, tanto como utilizador frequente como não frequente. No caso dos trabalhadores, 100% dos utilizadores frequentes usou o serviço de urgência 4 vezes no último ano, no entanto, no caso dos utilizadores reformados, houve maior dispersão na utilização, havendo utilizadores a deslocarem-se à urgência, 6, 10 e 15 vezes, o que corresponde a um número mais elevado de utilização do serviço de urgência. Os estudantes, também representam uma frequência considerável quanto à utilização frequente, 19,05%. Quanto à utilização não frequente, os desempregados demonstram uma frequência também considerável, de 12,72%.

No que diz respeito à pulseira atribuída na deslocação à urgência pelos utilizadores, podemos verificar que, 42,86% da utilização frequente é devido aos utilizadores não urgentes (pulseira verde, azul e branca), a percentagem de amarelos é ligeiramente superior entre os pacientes frequentes do que nos não frequentes.

*Tabela 6 – Utilizadores frequentes vs utilizadores não frequentes*

<b>Serviço de Urgência</b>		<i>utilizadores frequentes (4 ou mais vezes)</i>	<i>%</i>	<i>utilizadores não frequentes (menos de 4 vezes)</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>
<i>Utilizadores</i>		21	10,61	177	89,39	198
<i>Género (n=198)</i>	Feminino	17	80,95	110	62,15	127
	Masculino	4	19,05	67	37,85	71
<i>Exames Complementares (n=198)</i>		9	42,86	95	53,67	104
<i>Isento (n=198)</i>		14	66,67	95	53,67	109
<i>Doença crónica (n=198)</i>		13	61,9	68	38,42	81
<i>Usou SNS 24 (n=198)</i>		7	33,33	65	36,72	72
<i>Idades (n=198)</i>	18-25	5	23,81	26	14,69	31
	26-35	6	28,57	26	14,69	32
	36-45	1	4,76	29	16,38	30
	46-55	6	28,57	37	20,90	43
	56-65	0	0	30	16,95	30
	>65	3	14,29	29	16,38	32

<i>Escolaridade (n=196)</i>	Sem escolaridade	0	0	7	4,00	7
	1º ciclo	5	23,81	55	31,43	60
	2º ciclo	4	19,05	22	12,57	26
	3º ciclo	6	28,57	27	15,43	33
	Secundário	5	23,81	44	25,14	49
	Licenciatura	0	0	11	6,29	11
	Mestrado	1	4,76	8	4,57	9
	Doutoramento	0	0	1	0,57	1
<i>Situação laboral (n=194)</i>	Estudante	4	19,05	9	5,20	13
	Trabalhador	8	38,10	103	59,54	111
	Desempregado	1	4,76	22	12,72	23
	Doméstico	0	0	1	0,58	1
	Reformado	6	28,57	37	21,39	43
	Outro	2	9,52	1	0,58	3
<i>Pulseira (n=198)</i>	Branca	0	0	5	2,83	5
	Azul	1	4,76	0	0	0
	Verde	8	38,10	69	38,98	77
	Amarela	12	57,14	89	50,28	101
	Laranja	0	0	14	7,91	14
	Vermelha	0	0	0	0	0

De acordo com os dados recolhidos na ida ao serviço de urgência (Tabela 7), assim como os dados recolhidos na ida às consultas não programadas nos CSP (Tabela 8), a maioria dos inquiridos decidiu ir por iniciativa própria (79.83% e 72%, respetivamente) e apenas 5,58% procuraram primeiro os CSP antes de se deslocar ao SU. Ainda, de acordo com a tabela 7, é visível que mesmo sem dor, cerca de 30% dos utentes que recorreu aos SU, voltaria nas mesmas condições.

*Tabela 7 – Dados relativos à ida ao Serviço de Urgência*

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Referenciado CSP	13	5,58
<i>Referenciado outro hospital</i>	8	3,43
<i>Médico por telefone</i>	6	2,58
<i>Médico consulta</i>	19	8,15
<i>Saúde 24</i>	6	2,58
<i>Farmacêutico</i>	8	3,43
<i>Internet</i>	6	2,58
<i>Sozinho/familiar</i>	186	79,83

<b>Intensidade dor</b>	<i>Não sinto dor</i>		45	19,91
	<i>Igual à habitual</i>		33	14,60
	<i>Superior à habitual</i>		148	65,49
<b>Sem dor, mas com outros sintomas</b>	<i>Recorreria à urgência</i>	<i>Sim</i>	43	29,66
		<i>Não</i>	102	70,34

*Tabela 8 – Dados relativos à ida à urgência (consulta aberta/não programada) dos CSP*

<b>Variáveis</b>		<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Referenciação para os cuidados de saúde primários</b>	<i>Médico por telefone</i>	22	9,78
	<i>Saúde 24</i>	7	3,11
	<i>Farmacêutico</i>	11	4,89
	<i>Internet</i>	4	1,78
	<i>Sozinho/familiar</i>	162	72,00

Em relação à gravidade percebida pelo utente, assim como a urgência em ser visto por um médico, verificou-se que os utentes do SU (Tabela 9), em média, sentem que o seu estado é mais grave e, sentem também, uma maior urgência em ver o médico, relativamente aos utentes dos CSP (Tabela 9).

Os utentes dos CSP quando questionados sobre o tempo estimado desde que chegaram ao Centro de Saúde até sair, anteciparam esperar aproximadamente, em média, 35min. (Tabela 9), no entanto, quando lhes foi questionado se tivessem ido ao SU, responderam que, em média, demorariam cerca de 221 min. (Tabela 9), o que pode representar que estes pacientes recorrem ao serviço de urgência dos CSP porque estimam que o serviço seja mais rápido, para além de acharem que o seu estado de saúde não é tão grave como sentem os utentes que se dirigiram aos SU.

*Tabela 9 – Dados relativos à ida aos SU e CSP*

	<b>Dados SU (média)</b>	<b>Dados CSP (média)</b>
<i>Gravidade estado saúde percebido por utente (1 a 6)</i>	4	3
<i>Urgência em ver profissional saúde média/utente (1 a 6)</i>	4	4
<i>Expectativa tempo espera CSP até ir embora (min)</i>	*	35
<i>Expectativa tempo espera se tivesse ido ao SU (min)</i>	*	221

*\*Estas questões não foram colocadas aos utentes que se dirigiram aos SU, visto que o objetivo era saber se o tempo poderia um fator de escolha para os serviços dos CSP.*

Quanto à motivação que levou à escolha do serviço, os utentes que recorreram ao SU (Tabela 10), mencionaram como a principal razão a realização de exames complementares (radiografias, análises,

etc.), seguindo-se os sintomas recentes que gostariam que fossem vistos por um médico e a possibilidade de ter acesso imediato à administração de medicação e tratamentos. Em relação aos CSP, os utentes referenciaram como principal razão (Tabela 10) a rapidez em ser visto por um médico, seguindo-se os sintomas recentes e, ainda, a proximidade da residência ou trabalho. O fator preço tem um peso mais significativo na escolha pelos serviços CSP (12%), comparado com o valor dos SU (4,70 %), podendo esse fator estar relacionado com uma maior procura por parte dos utentes não isentos aos serviços dos CSP, visto que cerca de 58% dos utentes do SU eram isentos e, nos CSP, eram apenas 39%, aproximadamente.

*Tabela 10 – Motivação dos pacientes para recorrer aos serviços de saúde*

	<b>Motivação para recorrer aos SU</b>		<b>Motivação para recorrer à CSP</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<i>Não tenho médico de família atribuído</i>	20	8,55	0	0
<i>Não existe outro local onde me possam atender</i>	30	12,82	11	4,89
<i>Ter acesso/prescrição exames complementares (radiografias, análises, etc.)</i>	124	52,99	46	20,44
<i>Possibilidade de ter acesso imediato a administração de medicação e tratamentos</i>	49	20,94	27	12
<i>Acesso imediato a atestado médico</i>	9	3,85	29	12,89
<i>Possibilidade de ter prescrição médica (receita)</i>	29	12,39	55	24,44
<i>Proximidade de onde resido ou trabalho</i>	29	12,39	61	27,11
<i>Facilidade de acesso em termos de transportes públicos ou estacionamento</i>	8	3,42	28	12,44
<i>Qualidade de atendimento</i>	9	8,12	59	26,22
<i>Preço</i>	11	4,70	27	12
<i>Má experiência com outros serviços de saúde</i>	5	2,14	2	0,89
<i>Rapidez em ser visto por um médico</i>	37	15,81	97	43,11
<i>Já fui visto aqui com sintomas semelhantes</i>	47	20,09	35	15,56
<i>Médicos mais qualificados</i>	23	9,83	11	4,89
<i>Sintomas recentes que gostariam fossem vistos por um médico</i>	78	33,33	77	34,22
<i>Outro motivo</i>	43	18,45	13	5,78

A justificação apresentada pelos utentes dos SU (Tabela 11) para que não se desloquem aos CSP foram os sintomas, que achavam mais adequados a um hospital, seguindo-se, mais uma vez, da possibilidade de realizarem exames complementares e, ainda, a dificuldade em arranjar consulta no centro de saúde.

*Tabela 11 – Motivos/justificação para NÃO recorrer à consulta aberta dos CSP (Dados SU)*

	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<i>Não estou inscrito(a) num Centro de Saúde</i>	5	2,15
<i>O Centro de Saúde onde estou inscrito fica longe daqui</i>	5	2,15
<i>Não tenho médico de família</i>	6	2,58
<i>Dificuldade em arranjar consulta no Centro de Saúde</i>	68	29,18
<i>Tempo excessivo até conseguir uma consulta no Centro de Saúde</i>	25	10,73
<i>Horário pouco conveniente do Centro de Saúde</i>	18	9,87
<i>O Centro de Saúde não tem atendimento de “urgência”, ou seja, não programado</i>	23	9,87
<i>Os sintomas parecem mais apropriados a um hospital do que a um Centro de Saúde</i>	102	43,78
<i>No Centro de Saúde não tenho acesso a medicação imediata</i>	13	5,58
<i>No Centro de Saúde não há acesso a meios complementares de diagnóstico (radiografias, análises, etc.)</i>	91	39,06
<i>Perco mais tempo no Centro de Saúde e a realizar exames fora, do que se for atendido no Serviço de Urgência</i>	32	13,73
<i>Dificuldade de acesso ao Centro de Saúde em termos de transportes públicos ou estacionamento</i>	2	0,86

Relativamente aos motivos que os utentes dos CSP referenciaram para não se deslocarem ao SU (Tabela 12), também se verifica que maioritariamente respondeu a adequação dos sintomas ao centro de saúde, seguindo-se a possibilidade de ser atendido pelo seu médico de família e o tempo excessivo para ser atendido no hospital.

*Tabela 12 – Motivos/justificação para NÃO recorrer aos SU (Dados CSP)*

	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<i>O Hospital fica longe de onde resido ou trabalho</i>	18	8
<i>Prefiro ser atendido pelo meu médico de família</i>	110	48,89
<i>Tempo excessivo para ser atendido no Hospital</i>	75	33,33
<i>Os sintomas mais apropriados a um Centro de Saúde</i>	115	51,11
<i>Má experiência com serviço de urgência</i>	6	2,67

<i>Dificuldade de acesso ao Hospital em termos de transportes públicos ou estacionamento</i>	5	2,22
<i>Qualidade de atendimento inferior no Hospital</i>	9	4
<i>Preço</i>	14	6,22

De acordo com a utilização dos serviços dos CSP (Tabela 13), todos os utentes (SU e CSP) apresentam números perto da totalidade em relação ao acesso ao médico de família e, grande parte dos utentes dos SU, cerca de 70%, tem conhecimento das consultas abertas nos centros de saúde, assim como o seu horário de funcionamento. Em relação à satisfação do médico de família e dos tempos de espera para obter uma consulta, os utentes dos CSP mostram-se, no geral, mais satisfeitos do que os utentes dos SU. Apesar de, cerca de 80% dos utentes do SU estar satisfeito com o seu médico de família, a satisfação com o tempo de espera para obter uma consulta é de, cerca de 60%, em contraste com a satisfação dos utentes dos CSP, de 83%. Esta insatisfação ou “menor satisfação” por parte dos utentes do SU pelos serviços dos CSP, pode ter levado os mesmos a escolherem os serviços de urgência e, por isso, o tempo de espera por uma consulta nos CSP pode representar um fator de escolha, em caso de urgência, havendo também outros fatores, visto que os utentes menos satisfeitos representam apenas 40,97% dos utentes que utilizaram os SU.

No que diz respeito à utilização destes serviços (Tabela 13.1), ambos os utentes usam maioritariamente para consultas programadas, sendo 3 o número médio de consultas anuais por utente.

*Tabela 13 – Utilização dos serviços dos CSP*

		<b>Dados SU (%)</b>	<b>Dados CSP (%)</b>
<b>Acesso a médico de família</b>	<i>Sim</i>	98,31	99,56
	<i>Não</i>	1,69	0,44
<b>Informação sobre consulta aberta</b>	<i>Conhece consulta aberta</i>	<i>Sim</i>	72,34
		<i>Não</i>	27,66
	<i>Horário consulta aberta (n=167)</i>	<i>Sim</i>	74,25
		<i>Não</i>	25,75
<b>Satisfação tempo espera consulta</b>	<i>Nada satisfeito</i>	16,30	1,35
	<i>Pouco satisfeito</i>	24,67	15,25
	<i>Satisfeito</i>	46,70	64,13
	<i>Muito satisfeito</i>	12,33	18,83
<b>Satisfação Médico Família</b>	<i>Nada satisfeito</i>	7,46	0,45
	<i>Pouco satisfeito</i>	12,28	2,26
	<i>Satisfeito</i>	48,25	44,80
	<i>Muito satisfeito</i>	32,02	52,49
<b>Motivo uso consultas</b>	<i>Consultas Programadas</i>	70,87	76,82

	<i>Prescrições e atestados</i>	10,43	5,45
	<i>Episódios não-programados</i>	15,22	14,55
	<i>Manter acesso</i>	3,04	2,73
	<i>Não recorre</i>	0,43	0,45
<b><i>Nº de consultas média/utente nos CSP</i></b>		3,24	3,11
<b><i>Distância média carro (em min) até CSP</i></b>		9,35	4,90

*\*Dados não existentes para os utentes dos CSP visto que estão a usufruir do serviço de consulta aberta e, portanto, assume-se que sabem tanto da existência como do horário do mesmo.*

Analisando a Tabela 14, pode verificar-se que o perfil de utilização do serviço de urgência dos dois tipos de utentes é muito semelhante, distinguindo os utentes do SU por uma maior utilização, visto que, cerca de 94%, já visitou os serviços de urgência, pelo menos uma vez, nos últimos 12 meses e, com mais casos com pulseira verde atribuída (pouco urgente), 49,30%. No que diz respeito à realização de exames, cerca de 70%, em ambos os casos, realizaram exames nessa visita, independentemente da cor da pulseira. Quanto ao tempo da última visita ao SU (Tabela 14.1), varia entre os 134 min (utentes CSP) e os 198 min (utentes SU), verificando que os utentes dos SU têm a perceção do tempo de espera elevado até terem o seu diagnóstico. Verifica-se ainda que, os utentes dos SU recorreram, em média, mais vezes à urgência nos últimos 12 meses e que a distância à urgência não é um fator determinante para os utentes deste serviço, visto que apresentam uma distância média à urgência mais elevada. Ao contrário do que se verifica na Tabela 14.1, em que os utentes que se deslocam ao centro de saúde, são efetivamente aqueles que mais próximos estão desse serviço.

*Tabela 14 – Utilização dos serviços de urgência do hospital*

		<b>Dados SU (%)</b>	<b>Dados CSP (%)</b>
<b>Visitou serviço de urgência</b>	<i>Sim</i>	93,89	88,02
	<i>Não</i>	6,11	11,52
<b>Pulseira última visita</b>	<i>Não sabe</i>	15,02	21,39
	<i>Azul</i>	2,35	3,21
	<i>Verde</i>	49,30	43,32
	<i>Amarela</i>	26,29	25,67
	<i>Laranja</i>	5,63	5,35
	<i>Vermelha</i>	1,41	1,07
<b>Realizou exames na última visita</b>	<i>Sim</i>	69,89	67,05
	<i>Não</i>	30,11	32,95
<b>Tempo médio última urgência (min)</b>		197,68	134,22
<b>Nº de urgências média/utente nos últimos 12 meses</b>		1,58	1,28
<b>Distância média carro (em min) até SU</b>		17,26	7,28

Quando questionados sobre as preferências pelos serviços de saúde (Tabela 15), os utentes dos CSP tomam partido pelos serviços dos CSP ou afirmam que é indiferente, sendo a preferência pelo hospital quase insignificante. Já os utentes dos SU afirmam maioritariamente que é insignificante, à exceção da facilidade de acesso que preferem os centros de saúde e, têm apenas preferência pelo hospital, seguido do indiferente, no que diz respeito à qualidade dos médicos e na qualidade do serviço em geral.

*Tabela 15 – Preferência dos serviços de saúde*

		<b>Dados SU (%)</b>	<b>Dados CSP (%)</b>
<b>Simpatia dos funcionários</b>	<i>Prefiro Hospital</i>	8,00	0,91
	<i>Prefiro CSP</i>	20,44	52,27
	<i>Indiferente</i>	71,56	46,82
<b>Qualidade Instalações</b>	<i>Prefiro Hospital</i>	19,82	3,86
	<i>Prefiro CSP</i>	30,18	54,11
	<i>Indiferente</i>	50,00	42,03
<b>Qualidade médicos</b>	<i>Prefiro Hospital</i>	23,47	6,76
	<i>Prefiro CSP</i>	20,66	48,31
	<i>Indiferente</i>	55,87	44,93
<b>Facilidade acesso</b>	<i>Prefiro Hospital</i>	14,86	5,47
	<i>Prefiro CSP</i>	51,80	45,27
	<i>Indiferente</i>	33,33	49,25
<b>Qualidade em geral</b>	<i>Prefiro Hospital</i>	29,73	5,34
	<i>Prefiro CSP</i>	21,62	52,45
	<i>Indiferente</i>	48,65	42,23

Quanto ao conhecimento da linha de Saúde 24 (Tabela 16), apesar de haver um conhecimento geral elevado, apenas cerca de 50% a tinha usado no passado, tendo ficado maioritariamente satisfeitas com o serviço. No entanto, apenas 11% das pessoas recorreram à linha antes de se dirigirem à urgência e 4% antes de se dirigirem ao centro de saúde, no dia do questionário.

*Tabela 16 – Saúde 24*

		<b>Dados SU (%)</b>	<b>Dados CSP (%)</b>
<b>Conhece Saúde 24</b>	<i>Sim</i>	73,91	79,64
	<i>Não</i>	26,06	20,36
<b>Usou no passado</b>	<i>Sim</i>	48,24	56,00
	<i>Não</i>	51,76	44,00
<b>Satisfeito</b>	<i>Sim</i>	82,50	93,81
	<i>Não</i>	17,50	6,19
<b>Usou hoje</b>	<i>Sim</i>	11,27	4,12
	<i>Não</i>	88,73	95,88



Aos utentes foi explicado em que consiste a utilização inapropriada dos Serviços de Urgência em situação “não urgente” (pulseira azul) ou “pouco urgente” (pulseira verde) e foram colocadas possíveis alternativas de atendimento, considerando que, depois da triagem com um enfermeiro e atribuição da pulseira, em função do grau de gravidade da situação, era possível reorientar o paciente para outro serviço de saúde em situações avaliadas como não urgentes (pulseira verde e azul). No caso dos CSP, aos utentes foi pedido que assumissem que tinham escolhido ir ao SU.

As alternativas consideradas foram:

**Cenário 1:** Estaria disposto(a) a deixar o Serviço de Urgência depois da triagem sem ser visto pelo médico, caso lhe fosse assegurada uma consulta AMANHÃ no Centro de Saúde? Se não, estaria disposto(a) a deixar o Serviço de Urgência, caso lhe fosse assegurada uma consulta HOJE no Centro de Saúde?

**Cenário 2:** Caso lhe fosse proposta a mudança HOJE para o Centro de Saúde por diagnóstico pouco ou não urgente, estaria disposto a pagar uma sobretaxa para ser tratado hoje no Serviço de Urgência (para além da taxa moderadora)? Considere que a isenção de taxa moderadora não cobre essa sobretaxa. Se sim, qual o valor máximo que estaria disposto a pagar para ser visto no Serviço de Urgência do Hospital? Se não, porquê?

**Cenário 3:** Em média o custo de uma visita ao serviço de urgência do Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães é de 70 Euros. Concordaria com o pagamento desse valor para os pacientes com pulseira verde ou azul?

Em resposta ao cenário 1, cerca de 21% dos utentes dos SU e 45% dos utentes dos CSP responderam que sim. Aos utentes que responderam que não, foi colocada a hipótese de a consulta ser assegurada “Hoje”, ou seja, no próprio dia, no centro de saúde e, neste caso, 23,73% e 65,79%, respetivamente, responderam que sim, mostrando que os utentes que se dirigiram ao SU se mostram mais avessos à troca de serviço. Em alternativa, haveria a possibilidade de permanecerem nos serviços de urgência caso aceitassem pagar uma sobretaxa (cenário 2) e, neste caso, os utentes do SU mostraram-se mais recetivos a pagar uma taxa (37,23%), ao invés de optar pelo atendimento noutra serviço, estando dispostos a pagar uma sobretaxa até ao valor de 17,02€, superior à taxa limite assumida pelos utentes dos CSP, de 14€ (cenário 3). Ou seja, os utentes que se dirigiram ao SU, para além, de a maioria se mostrar intransigente na troca de serviço, mesmo que seja o mais adequado, grande parte, ainda aceitaria pagar e, pagar uma taxa maior, para ser atendido no SU, demonstrando a preferência pelo serviço. Repare-se que, o valor de aceitação da troca de serviço, mesmo no próprio dia, é menor que o valor para pagar a taxa e permanecer

no SU. Ainda relativamente ao cenário 2, a grande razão para a maioria se recusar a pagar uma sobretaxa para ser tratado nos SU prende-se com o facto de não concordarem que se pague num hospital público. A grande maioria, também discordou em pagar o custo real da urgência, caso fosse triado como pouco ou não urgente, em resposta ao cenário 3.

Como tal, verifica-se a preferência dos utentes dos SU pelos serviços do hospital, mesmo que para tal tenham que pagar uma sobretaxa. E, a preferência dos utentes dos serviços de urgência dos CSP pelos serviços dos CSP mesmo quando se dirigem às urgências do hospital e são posteriormente encaminhados implicando uma deslocação.

*Tabela 17 – Avaliação de alternativas de serviços de saúde*

			<b>Dados SU (%)</b>	<b>Dados CSP (%)</b>
<b>C1: Deixar o Serviço de Urgência caso lhe fosse assegurada uma consulta AMANHÃ nos CSP</b>		<i>Sim</i>	21,10	45,41
		<i>Não</i>	78,90	54,59
Se não, aceitaria consulta HOJE		<i>Sim</i>	23,73	65,79
		<i>Não</i>	76,27	34,21
<b>C2: Aceitaria pagar uma sobretaxa para ser tratado no SU</b>		<i>Sim</i>	37,23%	24,23%
		<i>Não</i>	62,68%	75,77%
	Se sim	<i>Qual o valor máximo (média em €)</i>	17,02€	14€
Se não, porquê?		<i>Não tenho capacidade financeira</i>	29,03%	13,67%
		<i>Não concordo que se pague num hospital público</i>	62,10%	66,91%
		<i>Outro motivo</i>	8,87%	19,42%
<b>C3: Concordaria com o pagamento do custo real da Urgência (70€) para os pacientes com pulseira verde ou azul?</b>		<i>Sim</i>	4,31	8,78
		<i>Sim, para não isentos</i>	6,70	6,34
		<i>Não</i>	88,99	84,88

Em suma, face ao objetivo de avaliar os determinantes do acesso ao SU por utentes não urgentes, pode aferir-se, através da análise dos dados, que a motivação para recorrer aos serviços de urgência está fortemente relacionada com a realização de exames complementares (radiografias, análises, etc.) e inversamente relacionada com a distância e o tempo de espera, no SU. Existe evidência de que a maioria

dos utentes não urgentes é do sexo feminino, trabalhador, mas com maior afluência de reformados e desempregados comparativamente com os CSP. Para além disso, têm reduzidas habilitações literárias e autoavaliam o seu estado de saúde como razoável a mau, prevalecem ainda os utentes isentos de taxas moderadoras e, com uma média de idades de 46,85 anos. Também o facto de os utentes que se dirigiram ao SU se mostrarem mais recetivos a uma mudança de serviço por uso inadequado, demonstra a preferência pelo serviço do hospital.

Após a análise das características dos utentes, que recorreram aos serviços de urgência e às consultas não programadas dos CSP, segue a análise da perceção de gravidade da condição de saúde dos utentes que recorreram aos serviços de urgência (tabela 18), obtida através do questionário 1, realizado antes da triagem a 556 utentes. O questionário serviu para que os utentes avaliassem o grau de severidade da sua condição de saúde (perceção do estado de saúde), comparando, posteriormente com a pulseira atribuída pelos técnicos de saúde na triagem (pulseira atribuída).

Após a confrontação com os resultados, podem ocorrer dois tipos de erros: o paciente, ao responder ao questionário, pode subestimar a severidade da sua condição de saúde, escolhendo uma pulseira de nível de gravidade inferior relativamente à pulseira atribuída, posteriormente, pelo profissional de saúde ou, pode sobrestimar a gravidade do seu estado de saúde, seleccionando uma pulseira de nível de gravidade superior comparativamente à pulseira atribuída na triagem. Em ambas as situações, existe ineficiência na escolha, gerando uma escolha inadequada do serviço de saúde. De acordo com a Tabela 18, o sombreado a cor azul representa os utentes que subestimaram o seu estado de saúde e, por isso, escolheram uma pulseira de gravidade inferior, o sombreado a cor vermelha representa quem sobrestimou a sua gravidade de saúde e, portanto, escolheu uma pulseira de nível de gravidade superior e, o sombreado a verde, representa os utentes que acertaram na escolha da pulseira.

De acordo com a Tabela 18, durante o estudo, 38,39% utentes avaliaram o seu estado de saúde corretamente, 20,41% subestimaram o seu estado de saúde e 41,20% dos utentes que se dirigiram ao serviço de urgência, sobrestimaram o seu estado de saúde. Ou seja, dos que erram na sua avaliação, a maioria sobrestimou o seu estado de saúde (valores sombreados a vermelho), achando que a sua condição era realmente grave para recorrer ao serviço. Para estes utentes, a escolha do SU mostra-se adequada à sua perceção, mas não à sua real condição de saúde. Nestes casos, a correção da perceção poderia por si só evitar o recurso ao SU. Já nos casos em que a perceção de não urgente coincide com a avaliação realizada na triagem do SU, a justificação da escolha do SU será outra que não a sobreavaliação da urgência em obter cuidados médicos. Em ambas as situações poderá, contudo, estar em causa uma questão de literacia em saúde.

*Tabela 18 – Auto percepção do estado de saúde do doente antes da triagem vs pulseira atribuída na triagem do serviço de urgência*

Pulseira atribuída \ Percepção do estado de saúde	Azul	Verde	Amarela	Laranja	Vermelha
Azul	0	1	6	0	0
Verde	0	54	72	6	0
Amarela	3	125	147	23	0
Laranja	1	32	41	4	1
Vermelha	0	7	11	0	0

Sombreado: azul – subestimação; verde – avaliação correta; vermelho – sobrestimação.

Sombreado azul: 109 = 20,41%

Sombreado verde: 205 = 38,39%

Sombreado vermelho: 220 = 41,20%

Sombreado total = nº total de utentes = 534

Foram ainda analisados os fatores que podem influenciar o erro dos utentes quanto à percepção de gravidade do seu estado de saúde e, concluímos que, dos que erraram, 84% tomaram a decisão sozinhos, 8% falaram com um médico em consulta e os outros 8% foram referenciados pelos CSP ou outro hospital. De realçar que 16% dos utentes triados como não urgentes foi referenciado para os SU, não se tratando, portanto, de uma questão de literacia. Dos utentes que aguardavam por uma consulta externa, cerca de 50% errou, o que leva a concluir que o tempo que demora até a obtenção de uma consulta é motivo de procura de serviços diferenciados de saúde. A escolaridade e a situação laboral parecem não estar relacionadas com uma percepção errada do estado de saúde. A idade dos que erram é ligeiramente baixa e há menos mulheres nos utentes que erram. Dos utentes que erraram, a proporção de doentes que escolhem os SU pelos exames complementares é inferior em relação aos que acertaram e ainda, cerca de 40% aceitaria pagar para permanecer nos SU e ser atendido, enquanto dos que acertaram, apenas 21% concordaria em fazê-lo. Ainda, os doentes que possuem doenças crónicas são mais propensos para errar. E a intensidade da dor é também um fator que contribui para que os doentes errem. Como tal, a dor pode influenciar a percepção errada de gravidade, assim como a presença de doenças crónicas, mas

também a iliteracia em saúde, que leva as pessoas a recorrerem autonomamente a estes serviços. Como consequência, surge a necessidade de existir um serviço, no qual o utente confie, que lhe assegure que a sua condição de saúde não é grave e, mesmo triados como doentes não urgentes, preferem ser atendidos nestes serviços, mesmo quando questionados se pagariam para ter que o fazer. E, apesar de a escolha pelos serviços não ser feita pela existência de meios de diagnóstico, pode estar relacionada pela percepção de maior qualidade de atendimento ou dos profissionais.

## 7. Discussão

Este trabalho procurou definir as motivações dos doentes não urgentes na procura dos Serviços de Urgência do HSOG no período das 8h às 20h, em que estão também disponíveis as consultas não programadas nos CSP.

Ao longo do trabalho foram enunciadas consequências da utilização não urgente e da utilização frequente nos serviços de urgência. Essas consequências são visíveis nos serviços de saúde, nos profissionais, nos gastos, mas principalmente, nos utentes que necessitam de um serviço com uma resposta imediata. Como tal, a realização deste estudo procura identificar as características dos doentes não urgentes que utilizam excessiva e/ou inadequadamente esses serviços, para adotar uma medida que visa, não só a redução da utilização dos serviços de urgência por parte dos doentes não urgentes como o seu encaminhamento para o correto local de tratamento.

Durante o período do estudo, 2397 utentes recorreram ao serviço de urgência das 8h às 20h, desses, 1236 foram considerados como utentes não urgentes, ou seja, 51,56% dos utentes que deslocaram ao serviço de urgência não necessitavam de se deslocar a esse serviço. Fora desse horário, recorreram 811 utentes às urgências, 315 considerados como pouco ou não urgentes, correspondendo a 38,84%. Estes dados permitem corroborar as conclusões de outro estudo (Carret *et al.*, 2007), onde é referido que a maior parte dos episódios inadequados de urgência ocorrem nos períodos da manhã e tarde, ou seja, no período em que os cuidados de saúde primários ainda estão a funcionar e, portanto, há alternativas a este serviço para os casos não urgentes.

A maioria dos utentes (79,83%) procurou o SU por iniciativa própria, sendo apenas 5,58% os que recorreram previamente aos CSP, 10,73% consultaram um médico, 3,43% outro profissional de saúde e, ainda, 2,58% contactou a linha de saúde 24. Esta situação pode ser o resultado, quer de uma falta de informação (literacia em saúde) por parte dos utentes relativamente ao nível de diferenciação e ao acesso aos cuidados de saúde, quer por uma distorção da perceção do seu estado de saúde, uma vez que a maioria recorreu aos SU por escolha própria e voluntária. Estes resultados vão ainda ao encontro das conclusões do estudo de Gentile *et al.*, (2010) ao referir que a maioria dos utentes, não urgentes, recorreu autonomamente ao SU (76%) e apenas um terço (31,8%) tinha consultado um médico.

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, verificou-se que, os utentes que recorreram aos SU têm menos habilitações literárias, têm, em média, mais idade e são maioritariamente trabalhadores. No entanto, em comparação com os utentes dos CSP, há uma maior afluência de reformados e desempregados. Estes dados, podem comprovar que a escolha inadequada também pode estar

relacionada com a literacia em saúde, visto que, os utentes que recorreram aos CSP demonstram um conhecimento superior em relação à linha de saúde 24, podendo aferir que o conhecimento em saúde permite que as pessoas tomarem decisões mais adequadas em relação ao seu estado de saúde. Atualmente, a prestação do serviço da linha de saúde 24 foi crucial no período crítico em que vivemos. Devido à pandemia do Covid-19, este foi um dos meios mais utilizados, quer como sistema de triagem e referênciação, quer como meio de informação e esclarecimento sobre a pandemia. Como tal, a linha SNS 24 atendeu mais de 300 mil chamadas durante o mês de março, mês em que foi confirmado o primeiro caso em Portugal e, desde então, a linha tem estado a receber cerca de 18 mil chamadas por dia, quando, antes da pandemia, recebia, em média, 5 mil<sup>22</sup>.

Em relação ao contexto socioeconómico, os serviços de urgência são uma porta de entrada para utentes isentos, que representaram, cerca de 60% dos utentes, no decorrer do estudo. Em contraste com o número de utentes isentos que se deslocou aos CSP, de 39,44%, verificando-se que a população isenta contribui em grande escala para a procura indevida dos serviços de urgência. No entanto, os utentes não urgentes que frequentaram os SU, alegaram uma situação financeira, em média, mais confortável que os utentes que frequentaram os serviços dos CSP. Como tal, sendo os utentes dos CSP, mais vulneráveis economicamente e não sendo isentos, na sua maioria, a razão por optarem pelo serviço pode estar relacionada não só por ser mais adequado, como também mais económico, visto que a taxa moderadora dos SU é de 20€ e a dos CSP é, substancialmente inferior, de 4,5€. Posto isto, e como medida para promover a correta orientação dos utentes<sup>23</sup>, desde 3 de setembro de 2019, foi dispensada a cobrança de taxas moderadoras para os cuidados de saúde primários e sempre que a origem da referênciação for o Serviço Nacional de Saúde. No entanto, a medida por si só não é suficiente, é, também, necessário apostar em medidas de literacia em saúde, principalmente, no que diz respeito às boas práticas de acesso aos cuidados de saúde (CSP e SU), de forma a promover na população uma consciencialização de uso adequado dos serviços. Um bom exemplo de uma campanha de sensibilização, realizada para reduzir as urgências evitáveis, na medida em que visa promover comportamentos adequados na procura de cuidados de saúde, é o Jogo da glória, um projeto de literacia em saúde, desenvolvido por duas técnicas do ACES Cávado III, Edite de Brito e Adriana Taveira, que de uma forma simples e criativa, colocaram em jogo o percurso realizado no projeto de “Gestão do Percurso do Utente com Doença Aguda/Agudização de Doença Crónica”, integrado no programa “SNS + Proximidade” em parceria com o Hospital Santa Maria Maior, com o objetivo de aumentar a procura pelas consultas não programadas

---

<sup>22</sup><https://covid19.min-saude.pt/linha-sns-24-atendeu-mais-de-300-mil-chamadas-em-marco/>, consultado a 08/06/2020;

<sup>23</sup>Lei n.º 84/2019 – Diário da República n.º 168/2019, Série I de 2019-09-03, consultado a 09/03/2020;

<sup>24</sup><https://justnews.pt/noticias/jogo-da-gloria-mostra-ao-utente-qual-o-percurso-adequado-no-sns#.Xw8a9mhKhPY>, consultado a 20/05/2020;

nos centros de saúde, em vez de procurarem os serviços de urgência hospitalar em situações de doença aguda. Com a aplicação do projeto, a taxa de adesão dos utentes que recorreram ao SU do Hospital Santa Maria Maior e aos quais foi proposta a referenciação para os CSP foi de 62%, ou seja, seis em cada dez aceitaram a sugestão de serem observados numa consulta agendada numa unidade do ACES e mostraram-se satisfeitos com a resposta dos CSP e com o processo estrutural e físico de referenciação (Anexo V).

No que diz respeito ainda à procura de serviços de saúde, os utentes que se deslocaram ao SU, para além de apresentarem, em média, um maior número de admissões nos serviços de urgência, nos últimos 12 meses, ainda recorreram mais vezes, em média, às consultas nos CSP, ou seja, parece existir um padrão de elevado consumo global de cuidados de saúde por estes utentes, não se tratando apenas de uso inadequado dos SU, dados corroborados pelo estudo de Franchi *et al.*, (2017). Ainda, neste estudo, os utentes que se dirigiram ao SU afirmaram ter preferência pelo serviço, em relação aos CSP, no entanto, a maioria afirmou que tanto a qualidade dos médicos, como a qualidade em geral, era indiferente.

De acordo com Wolinsky *et al.*, (2008), a perceção de gravidade e a necessidade de um atendimento imediato está fortemente associada à escolha inadequada do serviço de saúde e, neste caso, conseqüente escolha pelos SU, tal como se verificou neste estudo, onde os utentes não urgentes que optaram pelos SU, prececionaram um estado de saúde mais grave e uma maior urgência em ver o médico do que os utentes que optaram pelos CSP. E, ainda, Padgett & Brodsky, (1992) identificaram os fatores de necessidade (estado de saúde) os que mais influenciam uma decisão precoce na utilização dos serviços de saúde, cerca de metade dos utentes que recorreu aos SU avaliou o seu estado de saúde como razoável, enquanto, grande parte dos utentes que recorreram aos CSP, avaliaram o seu estado de saúde como bom, comprovando a influência na decisão pelo serviço.

A redução de horário de funcionamento dos CSP é um dos fatores que tendem a afastar os pacientes dos cuidados primários, havendo dificuldade na marcação de consultas fora do horário de trabalho. No entanto, no decorrer do estudo, houve maior procura dos serviços de urgência no período laboral (8h às 20h), em que os CSP estão a funcionar e, daqueles que procuraram o serviço fora do horário de trabalho, 811, apenas 315 eram pouco ou não urgentes. Como tal, os dados analisados não permitem corroborar as hipóteses que apontavam para o facto de a afluência aos SU poder ter origem nas dificuldades de acesso aos CSP, assim como os utentes não terem médico de família, visto que, cerca de 98% dos utentes que visitaram os SU, tinham acesso ao médico de família. Por outro lado, a expectativa de tempo de espera por uma consulta programada desincentiva a procura dos CSP, dado que os utentes que



optaram pelos serviços de urgência mostram-se menos satisfeitos com o tempo de espera para a obtenção de uma consulta.

Segundo o estudo de Gentile *et al.*, (2010), 68% dos utentes não urgentes estava disposto a ser reorientado para os serviços dos CSP, no entanto, o mesmo não se verificou com os utentes do SUG do HSOG. No presente estudo, apenas 21,10% aceitaria abandonar os SU caso fosse assegurada uma consulta nos CSP no dia seguinte e, 23,73% caso fosse assegurada uma consulta no próprio dia. No entanto, é espectável que, se essa reorientação for proposta por um profissional de saúde, a aceitação por parte dos doentes poderá aumentar.

A comparação dos utentes não urgentes que visitaram os SU com o grupo de utentes dos CSP foi importante para distinguir as características associadas a um consumo inadequado de cuidados de saúde, tais como:

- Utesntes de SU têm menor nível educacional e a percentagem de pessoas inativas é maior comparativamente com os utentes do CSP;
- Dificuldade de acesso aos CSP não é explicação para o uso dos SU;
- Decisão de ir ao SU é tomada maioritariamente sozinho e muito frequentemente por motivos de dor;
- As razões para a escolha do serviço, para além dos sintomas recentes que gostariam que fossem vistos por um médico, variam de acordo com o serviço escolhido pelos utentes. Os motivos que mais influenciam a escolha pelo SU estão relacionados com a realização de exames complementares (radiografias, análises, etc.) e também a possibilidade de ter acesso imediato à administração de medicação e tratamentos. Enquanto, os motivos mais referenciados para recorrer às consultas não programadas foram a rapidez em ser visto por um médico e ainda a proximidade da residência ou trabalho.
- As razões pelas quais os utentes que se dirigiram aos SU não optaram por se dirigir aos CSP relacionou-se com sintomas que acharam se adequarem mais ao SU e também pelo facto de não terem acesso aos meios complementares de diagnóstico nos CSP. E, tal como os utentes que se dirigiram aos SU, a principal razão pela qual os utentes que se dirigiram aos CSP não optaram pelos SU relacionou-se com os sintomas que acharam mais apropriados a esse serviço, seguindo-se pela preferência por ser visto pelo seu médico de família.

Posto isto, é visível que os utentes que escolhem recorrer aos SU têm preferência pelo que os serviços oferecem, enquanto os utentes que escolhem os cuidados dos CSP fazem-no pela proximidade e rapidez.

Este estudo permitiu identificar os principais determinantes do acesso ao SU por utentes não urgentes. A vontade do doente é a principal determinante da ida à urgência, considerando que os sintomas ou a gravidade do seu estado de saúde o justifica (sobrestimando, muitas das vezes, esse estado). Após essa percepção, a escolha da urgência em relação a outros serviços de saúde prende-se com a possibilidade de realizarem exames complementares e pode ser parcialmente explicada pela preferência dos utentes pela qualidade dos médicos do hospital. Os utilizadores do SU parecem também ter um padrão mais elevado de consumo de cuidados globais de saúde, incluindo os CSP, uma vez que a maioria dos utentes assumiu que tinha visitado ambos os serviços, em média, mais vezes que os utilizadores dos CSP.

No que diz respeito à caracterização da população, de doentes não urgentes, que se dirigem ao SU do HSOG pode-se aferir que são maioritariamente do sexo feminino, de meia-idade, com reduzidas habilitações literárias, com percepção negativa do seu estado de saúde, maioritariamente isentos e, que recorrem ao SU sobretudo no período diurno. Em relação à utilização frequente, verificamos que os utilizadores são maioritariamente do sexo feminino, com baixa escolaridade, isentos de taxas moderadoras, de idade jovem a média e na sua maioria com doenças crónicas, de realçar ainda que esta utilização é realizada maioritariamente por doentes em que foi atribuída pulseira amarela (cerca de 60%), apesar da grande prevalência de casos não urgentes (cerca de 40%).

Posto isto, os casos de utilizadores frequentes, principalmente os que possuem doenças crónicas, deveriam ser geridos de forma integrada entre os diversos serviços de saúde, medida que está de acordo com o programa + Proximidade do SNS, que permite acompanhar o doente de forma personalizada através de um “plano individual de cuidados” em que os profissionais de saúde, através de narrativas com o doente, permitem que o mesmo seja informado em relação aos cuidados necessários a ter, tomando corretas decisões sobre a gestão da sua doença. A gestão dos percursos dos doentes assinalados é ainda monitorizada através de um sistema que visa controlar e gerir, de forma integrada, o acesso dos utentes ao SNS, permitindo um acompanhamento mais próximo e contínuo da doença. Esta medida está ainda integrada num projeto que tem como objetivo diminuir a utilização indevida e frequente dos SU, o projeto de “Gestão do Percurso do Utente com Doença Aguda/Agudização de Doença Crónica”, integrado, também no programa “SNS + Proximidade” e, que está a ser executado, com sucesso, no Hospital Santa Maria Maior (HSMM), em Barcelos, desde maio de 2018. Este projeto tem como objetivo a referenciação de doentes não urgentes (com doença aguda) dos serviços de urgência para os cuidados de saúde primários onde se encontram inscritos, de modo a diminuir as admissões desnecessárias aos SU. O acordo implementado pelo Hospital de Barcelos com o ACES da região permite

que, após a triagem, caso seja atribuída uma pulseira verde ou azul ao utente, este seja convidado a optar pelo encaminhamento para o centro de saúde. Assim, este projeto para além de ajudar a reduzir as visitas inadequadas e frequentes dos SU, permite a libertação dos recursos para quem deles precisa e, ainda permite aos doentes serem encaminhados para os CSP no próprio dia, ou, no máximo, no dia seguinte, oferecendo-lhe um acompanhamento de proximidade e contínuo, que é essencial, principalmente, para pessoas com doenças crónicas, que, tal como verificamos, são utilizadores frequentes de serviços de saúde e por isso requerem uma atenção especial no controlo da sua doença e na promoção dos seus níveis de literacia em saúde. O projeto sugerido, que prevê a integração de cuidados de saúde, foi, entretanto, replicado na Póvoa de Varzim, Guimarães, Vila Nova de Gaia e Porto.

Neste estudo, há também algumas limitações. A definição de utilização inadequada do SU foi baseada na prioridade atribuída pela triagem de Manchester, sendo identificados como utilizadores inadequados os pacientes com pulseira verde e azul (pouco ou não urgente) atribuída, prevendo que estes utilizadores deveriam recorrer a outro serviço de menor urgência devido à prioridade da sua pulseira. No entanto, há alguma controvérsia em relação a esta definição, havendo critérios mais rígidos que definem utilização inadequada do serviço de urgência como um episódio que não resulte em transferência, hospitalização, morte no SU, necessidade de realização de exames de diagnóstico ou procedimentos invasivos, entre outros (Pereira *et al.*, 2001). Posto isto, uma das limitações do estudo foi a não monitorização dos doentes não urgentes questionados, a fim de perceber se algum desses doentes foi transferido, hospitalizado, entre outros. Esta monitorização poderá ser importante para um estudo futuro visto que permite verificar o valor percentual de doentes não urgentes que realmente precisem de ser atendidos num serviço diferenciado, como o serviço de urgência, de modo a tomar medidas de ajustamento desse serviço mais eficazes.

Os dados da amostra foram limitados visto que o período temporal foi delimitado pela ocorrência da Fase final da UEFA Nations League, um torneio realizado de 5 a 9 de Junho de 2019, na cidade de Guimarães e que envolveu várias pessoas e de diversas nacionalidades, o que poderia influenciar o aumento do número de visitas à urgência. Assim, a amostra pode não ser suficiente para ser extrapolada para a população.

Apesar das dificuldades, os objetivos propostos foram cumpridos na sua maioria. Assim, foram identificadas quais as principais motivações pela procura dos SU do HSOG por doentes não urgentes, assim como a população que recorre às consultas não programadas dos CSP. A realização deste trabalho permite ainda estabelecer as bases para futuros estudos e poderá trazer benefícios ao Hospital, mas também à saúde da população, principalmente no que diz respeito à literacia em saúde.

Tal como descrito ao longo do trabalho, há uma procura elevada pelos serviços de urgência, em todo o mundo. Em Portugal, houve um aumento de 2,5% em atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais em relação a 2017 e mais 5,8% que em 2008 (INE, 2020). Com o surgimento dos primeiros casos confirmados de COVID-19 em Portugal, em março de 2020, a procura pelos serviços de urgência diminuiu (Ministério da Saúde, 2020). Em março de 2020 realizaram-se 329940<sup>24</sup>, enquanto no período homólogo, em 2019 realizaram-se 527557<sup>24</sup>, ou seja, houve uma diminuição de 37,46%<sup>24</sup> no número de atendimentos. Mas, apesar da diminuição de 34,51%<sup>24</sup> na afluência de doentes pouco ou não urgentes, também se observou uma redução significativa no número de doentes de maior gravidade: 40,51%<sup>24</sup> em doentes triados com pulseira amarela (urgentes), 29,57%<sup>24</sup> com prioridade laranja (muito urgentes) e 29,15%<sup>24</sup> com pulseira vermelha (emergente). Ou seja, apesar de ser positiva a diminuição da afluência de doentes não urgentes, libertando recursos para o combate ao covid-19, em casos mais graves, as pessoas podem estar a adiar os cuidados de saúde por receio do contágio e por falta de confiança nas medidas de segurança dos hospitais, podendo agravar a sua condição de saúde no futuro.

---

<sup>24</sup><https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/>: Monitorização Mensal; Atendimentos em Urgência Hospitalar por triagem de Manchester; Ano: 2020; Mês: Março, consultado a 31/05/2020;

## 8. Conclusão

A procura por serviços de saúde nem sempre é feita de forma mais correta, o que pode levar a situações inadequadas como temos observado nos serviços de urgência e como foi possível constatar ao longo do trabalho. Essa procura inicia quando o indivíduo reconhece o seu problema, autoavaliando-o, seguindo-se da procura pelo serviço que lhe assegure a melhor resposta ao seu problema.

Como tal, foi possível verificar que, a intensidade da dor e a presença de doenças crónicas podem levar a um autodiagnóstico errado e, como consequência, surge a necessidade de existir um serviço, no qual o utente confie e que lhe assegure que a sua condição de saúde não é grave, acabando por dirigir-se às urgências. No entanto, a iliteracia em saúde, também pode levar as pessoas a recorrer a estes serviços, visto que a maioria das pessoas o faz autonomamente, e revela a preferência pelas características dos SU.

O estudo permitiu ainda identificar as determinantes da procura dos serviços de saúde da população do HSOG, oferecendo a perceção dos utentes que contribuem para uma utilização das urgências, superior à desejada e de forma inadequada. Assim, a principal determinante pela procura do serviço de urgência é a vontade do doente, muitas vezes por iliteracia em saúde e justificada pelos sintomas ou pela perceção da gravidade do seu estado de saúde, assim como a possibilidade de realizarem exames complementares.

No que diz respeito à caracterização da população, percebe-se que há uma tendência do tipo de utilização tanto inadequada como frequente em utentes com doenças crónicas, reduzidas habilitações literárias, do sexo feminino e também isentos de taxas moderadoras. No entanto, a maioria dos utilizadores frequentes (60%) foi considerada urgente, sendo atribuída a pulseira amarela.

A dificuldade de acesso aos CSP não foi considerada como determinante para o uso dos SU, no entanto se algumas ações forem realizadas, podem ser úteis para a aproximação dos utentes aos cuidados de saúde primários, como o fortalecimento de relações de proximidade e acompanhamento entre os profissionais de saúde dos CSP e os utentes, campanhas de sensibilização e, a possibilidade de realização de alguns exames de diagnóstico nos CSP. Posto isto, é visível que a gestão do percurso dos doentes nos cuidados de saúde deve sofrer algumas transformações tanto na organização dos CSP, como nos cuidados hospitalares. Essas transformações são importantes, principalmente, para os utentes que necessitam dos serviços de saúde, devido não só aos vários problemas de saúde, como aos problemas de evolução prolongada (situações “crónicas”). Como tal, seria uma mais valia, tanto para as pessoas como para os serviços de saúde, que os doentes que não necessitem de cuidados emergentes,

pudessem ser atendidos, com a devida urgência, pelas unidades UCSP e USF. Uma parte importante destas situações são os agravamentos de situações “crônicas”. Assim, há que diferenciar a procura de doentes não urgentes (doença aguda) de uma situação de agravamento da doença “crônica”. Em que, a doença aguda depende de fatores de procura e oferta de uma determinada população, como expostos ao longo do trabalho e acima determinados, muito influenciado pelo nível de literacia da população e outros fatores, como socioeconómicos e o autodiagnóstico. Enquanto a procura de serviços por doentes “crônicos” está dependente da situação em causa e dos recursos que cada pessoa tem à sua disposição para gerir a sua saúde ao longo de um período de tempo prolongado, como tal, há uma necessidade de gestão e um acompanhamento mais próximo e contínuo a estes doentes para que a sua situação de saúde seja controlada e não sintam necessidade de procurar um serviço de urgência.

A procura por serviços de saúde é uma decisão tomada, maioritariamente, pelo próprio utente. Deste modo, o mesmo deve estar informado para que essa decisão seja tomada de forma consciente. Assim, a Literacia em Saúde é muito importante, para além de permitir a aquisição de conhecimento em saúde, permite que as pessoas apliquem essa informação de forma a tomarem decisões no dia-a-dia sobre os cuidados a ter com a própria saúde evitando, também, as visitas inadequadas nos serviços de urgência. As pessoas com mais idade, com reduzidas habilitações literárias e com doenças crónicas têm maior dificuldade em identificar um agravamento da sua situação de saúde ou em procurar o local mais adequado às suas necessidades.

Apesar de o ACES do Alto Ave apresentar valores inferiores de envelhecimento aos encontrados no Continente e região Norte, o cenário de atendimentos não urgentes no SU do HSOG é superior quando comparado com a região norte, e a nível nacional, no entanto, a realidade do país é igualmente grave, visto que o valor de atendimentos não urgentes é superior a 40%.

Existem, portanto, várias soluções que visam promover uma utilização mais adequada dos cuidados de saúde, e que podem ser aplicadas não só no hospital em estudo, ajudando na melhoria do HSOG, em específico, mas também a outros SU, para a melhoria do funcionamento do SNS e contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde. De forma a otimizar a utilização dos serviços de saúde, deveria existir uma intervenção organizacional integrada entre os CSP e os hospitais, no que diz respeito à requalificação dos espaços dos CSP (melhoria da imagem), investimento no marketing social, no apelo à mudança comportamental dos utentes e criando linhas de produção nos CSP (análises, Raio-X e outros meios de diagnóstico) com o objetivo de aproximarem as práticas entre os hospitais e os CSP, de modo em que a intervenção seja igual e o utente não sinta diferenças no atendimento, deslocando-se aos CSP em caso de doença aguda. Outra das soluções seria o reforço dos cuidados de saúde primários, ao nível

da literacia em saúde, seja através de campanhas ou da qualificação dos profissionais (formação), de modo a facilitar a transmissão e a comunicação de informação entre os profissionais de saúde e os utentes, visto que se trata de um local que presta serviços de proximidade, promovendo a saúde e prevenindo a doença. Deste modo, com um acompanhamento mais próximo e mais claro, os utentes conseguem tomar decisões mais adequadas, quando necessitarem de procurar um serviço de saúde.

O incentivo da utilização da linha SNS 24 também é uma solução, visto que auxilia os doentes a escolherem o local mais adequado às suas necessidades, oferecendo diversos serviços, não só informativo, como de triagem clínica e avaliação do estado de saúde, e marcação de consultas, referenciando os cidadãos para os serviços do SNS que melhor se adequam.

O estudo poderá, ainda, ser importante para a própria instituição, de modo a tomar medidas específicas para a população identificada, que visem a diminuição das visitas evitáveis.

## 9. Referências bibliográficas

- ACSS, (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. UIE/ACSS. Consultado a 15 de janeiro de 2020, Disponível em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Urgencias\\_11\\_2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf).
- Afilalo, J., Marinovich, A., Afilalo, M., Colacone, A., Léger, R., Unger, B. & Giguère, C. (2004). Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Academic Emergency Medicine*, 11(12), 1302–1310.
- Andersen, R. & Newman, J. (1973). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society*, 51, 95-124.
- Barros, P. P, Machado, S. R. & Simões, J. A. (2011). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(4), 1-156.
- Bentes, M., Dias, C. M., Sakellarides, C. & Bankauskaite, V. (2004). *Health care systems in transition: Portugal*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Berchet, C. (2015). Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. *OECD Health Working Papers*, No.83, Paris: OECD Publishing.
- Biscaia, A. R. & Heleno, L. C. V. (2017). Primary Health Care Reform in Portugal: Portuguese, modern and innovative. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701-712.
- Bittencourt, R. J. & Hortale, V. A. (2009). Interventions to solve overcrowding in hospital emergency services: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1439–1454.
- Botelho, A., Dias, I. C., Fernandes, T., Pinto, L. M. C., Teixeira, J., Valente, M. & Veiga, P. (2019). Overestimation of health urgency as a cause for emergency services inappropriate use: Insights from an exploratory economics experiment in Portugal. *Health and Social Care in the Community*, 1-11.
- Campos, L. (2014). *Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgências. Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Direcção Geral da Saúde. Consultado a 19 de abril de 2019, Disponível em [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014\\_4\\_Cuidados\\_de\\_Emerg%C3%Aancia\\_e\\_Urg%C3%Aancia.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emerg%C3%Aancia_e_Urg%C3%Aancia.pdf).
- Carret, M. L. V., Fassa, A. G. & Domingues, M. R. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 7–28.
- Carret, M. L. V., Fassa, A. G. & Kawachi, I. (2007). Demand for emergency health service: Factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 7(131), 1-9.
- Carret, M. L. V., Fassa, A. G., Paniz, V. M. V. & Soares, P. C. (2011). Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 1069-1079.
- Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R. & Platz, E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Deutsches Arzteblatt International*, 107(50), 892–898.
- Coleman, P., Irons, R. & Nicholl, J. (2001). Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emergency Medicine Journal*, 18(6), 482–487.
- Correia, I., Veiga, P., Norwood, P. & Watson, V. (2014), What do patients want from primary care services? Final Report. *Commissioned by INSA-Ministry of Health*.
- CRRNEU, (2013). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Consultado a 15 de janeiro de 2020, Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>.
- Dale, J., Lang, H., Roberts, J. A., Green, J. & Glucksman, E. (1996). Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *BMJ*, 312, 1340–1344.
- DSPDPS (2019). *PLANO DE AÇÃO PARA A LITERACIA EM SAÚDE 2019-2021 - PORTUGAL*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Consultado a 10/12/2019, Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>
- DGS (2017). *Plano Local Saúde 2014 - 2016 | ACES do Alto Ave*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Consultado a 16 de janeiro de 2020, Disponível em [https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-ssl.com/files/2017/09/PLS-ACES-ALTO-AVE\\_2014\\_2016.pdf](https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-ssl.com/files/2017/09/PLS-ACES-ALTO-AVE_2014_2016.pdf)
- DGS (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Consultado a 16 de janeiro de 2020, Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>.
- Durand, A. C., Gentile, S., Devictor, B., Palazzolo, S., Vignally, P., Gerbeaux, P. & Sambuc, R. (2011). ED patients: How nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *American Journal of Emergency Medicine*, 29, 333–345.
- Eichler, K., Hess, S., Chmiel, C., Bögli, K., Sidler, P., Senn, O., Rosemann, T. & Brügger, U. (2014). Sustained health-economic



- effects after reorganisation of a Swiss hospital emergency centre: A cost comparison study. *Emergency Medicine Journal*, 31, 818–823.
- Fernandes, C. M., Tanabe, P., Gilboy, N., Johnson, L. A., McNair, R. S., Rosenau, A. M., Sawchuk, P., Thompson, D. A., Travers, D. A., Bonalumi, N., & Suter, R. E. (2005). Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. *Journal of emergency nursing*, 31(1), 39–118.
- Ferreira, P. L. & Raposo, V. (2015). *Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP - relatório final*. CEISUC. Consultado a 22 de abril de 2020, Disponível em <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/2015.08.24-Relat%C3%B3rio%20Final-VF.pdf>
- Franchi, C., Cartabia, M., Santalucia, P., Baviera, M., Mannucci, P., Fortino, I., Bortolotti, A., Merlino, L., Monzani, V., Clavenna, A., Roncaglioni, M. & Nobili, A. (2017). Emergency department visits in older people: pattern of use, contributing factors, geographical differences and outcomes. *Aging Clin Exp Res*, 29, 319–326.
- Flores-Mateo, G., Violan-Fors, C., Carrillo-Santistevé, P., Peiró, S. & Argimon, J. M. (2012). Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: A systematic review. *PLoS ONE*, 7(5).
- Gentile, S., Vignally, P., Durand, A-C., Gainotti, S., Sambuc, R., & Gerbeaux, P. (2010). Nonurgent patients in the emergency department? A french formula to prevent misuse. *BMC Health Services Research*, 10, 66.
- Gill, J., Mainous, A. & Nsereko, M. (2000). The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine*, 9(4), 333–338.
- Grupo Português de Triagem, (2015). Sistema de Triagem de Manchester. Consultado a 10 de janeiro de 2020. Disponível em: [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110).
- Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011). *Os Cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança*. Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar. Consultado a 20/12/2019, Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relat%C3%B3rio-final-do-Grupo-T%C3%A9cnico-para-a-Reforma-Hospitalar.pdf>.
- Gunther, S., Taub, N., Rogers, S., & Baker, R. (2013). What aspects of primary care predict emergency admission rates? A cross sectional study. *BMC health services research*, 13, 11.
- Heede, K. Van den & Voorde, C. Van. (2016). Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. *Health Policy*, 120(12), 1337–1349.
- Hoot, N. R. & Aronsky, D. (2008). Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Annals of Emergency Medicine*, 52(2), 126–136.
- Howard, M. S., Davis, B. A., Anderson, C., Cherry, D., Koller, P. & Shelton, D. (2005). Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: A qualitative study exploring one reason for overcrowding. *Journal of Emergency Nursing*, 31(5), 429–435.
- Huang, J. A., Tsai, W. C., Chen, Y. C., Hu, W. H. & Yang, D. Y. (2003). Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center. *Journal of the Formosan Medical Association*, 102(4), 222-8.
- Idil, H., Kilic, T. Y., Toker, I., Turan, K. D. & Yesilaras, M. (2018). Non-urgent adult patients in the emergency department: Causes and patient characteristics. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(2), 71–74.
- INE, (2018). *Estatísticas da Saúde 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Consultado a 17 de janeiro de 2020, Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=277095050&PUBLICACOEsmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277095050&PUBLICACOEsmodo=2)
- INE, (2019). *Estatísticas da Saúde 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Consultado a 30 de janeiro de 2020, Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=320460040&PUBLICACOEsmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320460040&PUBLICACOEsmodo=2)
- INE, (2020). *Estatísticas da Saúde 2018*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Consultado a 30 de janeiro de 2020, Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=257793024&PUBLICACOEsmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257793024&PUBLICACOEsmodo=2)
- Ismail, S. A., Gibbons, D. C. & Gnani, S. (2013). Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: a systematic review of primary care service interventions. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 63(617).
- Khangura, J. K., Flodgren, G., Perera, R., Rowe, B. H. & Shepperd, S. (2018). Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11.
- Lega, F. & Mengoni, A. (2008). Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*, 88, 326–338.
- Mahmoud, I., & Hou, X. Y. (2012). Immigrants and the utilization of hospital emergency departments. *World journal of emergency medicine*, 3(4), 245–250.
- McHale, P., Wood, S., Hughes, K., Bellis, M. A., Demnitz, U. & Wyke, S. (2013). Who uses emergency departments inappropriately and when - a national cross-sectional study using a monitoring data system. *BMC Medicine*, 11(258).

- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado a 1 de maio de 2019. Disponível em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DASAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DASAUDE_2018_compressed.pdf).
- Ministério da Saúde (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: Relatório de situação - 1. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado a 31 de maio de 2020. Disponível em <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Relato%CC%81rio-de-Situac%CC%A7a%CC%83o-1.pdf>
- Neves, C. A. B. (2006). Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. *Cadernos de Saúde Pública Saúde Pública*, 22(3), 691–693.
- Northington, W. E., Brice, J. H. & Zou, B. (2005). Use of an emergency department by nonurgent patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 23, 131–137.
- OECD (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2017). *Tackling wasteful spending on health*. Paris: OECD Publishing.
- OMS (2018). *Health System Review: Portugal*. World Health Organization. Consultado a 18/12/2019, Disponível em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/PortugalReviewReport\\_Printers\\_03April2018-2.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/PortugalReviewReport_Printers_03April2018-2.pdf).
- OPSS (2016). *SAÚDE: PROCURAM-SE NOVOS CAMINHOS. Relatório de Primavera 2016*. Consultado a 19 de janeiro de 2020. Disponível em <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2016/>.
- OPSS (2019). *SAÚDE: UM DIREITO HUMANO. Relatório de Primavera 2019*. Consultado a 19 de janeiro de 2020, Disponível em <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2019/>.
- Padgett, D. & Brodsky, B. (1992). Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: A review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Social science & medicine (1982)*, 35, 1189–97.
- Pasarín, M. I., Sanmamed, M. J. F., Calafell, J., Borrell, C., Rodríguez, D., Campasol, S., Torné, E., Tornas, M. G., Guanga, A. & Plasència, A. (2006). Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gaceta Sanitaria*, 20(2), 91-100.
- Pereira, S., Silva, A. O., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., Angélico V., Fonseca L., Loureiro E., Barroso S., Machado A., Soares M., Costa, A. B. & Freitas, A. F. (2001). Appropriateness of Emergency Department visits in a Portuguese University Hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 580–586.
- Philips, H., Remmen, R., De Paepe, P., Buylaert, W. & Van Royen, P. (2010). Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. *BMC family practice*, 11, 88.
- Pines, J. M., Hilton, J. A., Weber, E. J., Alkemade, A. J., Al Shabanah, H., Anderson, P. D., Bernhard, M., Bertini, A., Gries, A., Ferrandiz, S., Kumar, V. A., Harjola, V., Hogan, B., Madsen, B., Mason, S., Öhlén, G., Rainer, T., Rathlev, N., Revue, E., Richardson, D., Sattarian, M. & Schull, M. J. (2011). International perspectives on emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1358–1370.
- Razzak, J. A. & Kellermann, A. L. (2002). Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? *Bulletin of the World Health Organization*, 80(11), 900–905.
- Sempere-Selva, T., Peiró, S., Sendra-Pina, P., Martínez-Espin, C. & López-Aguilera, I. (2001). Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitude, associated factors, and reasons - An approach with explicit criteria. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 568–579.
- Simões, J., Augusto, G. F., Fronteira, I. & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(2), 1–184.
- Soril, L., Leggett, L., Lorenzetti, D., Noseworthy, T. & Clement, F. (2015). Reducing frequent visits to the emergency department: A systematic review of interventions. *PLoS ONE*, 10(4).
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank quarterly*, 83(3), 457–502.
- Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Deciding to visit the emergency department for non-urgent conditions: A systematic review of the literature. *The American Journal of Managed Care*, 19(1), 47-59.
- Unwin, M., Kinsman, L. & Rigby, S. (2016). Why are we waiting? Patients' perspectives for accessing emergency department services with non-urgent complaints. *International Emergency Nursing*, 29, 3–8.
- Whittaker, W., Anselmi, L., Kristensen, S. R., Lau, Y. S., Bailey, S., Bower, P., Checkland, K., Elvey, R., Rothwell, K., Stokes, J. & Hodgson, D. (2016). Associations between Extending Access to Primary Care and Emergency Department Visits: A Difference-In-Differences Analysis. *PLoS medicine*, 13(9).
- Wolinsky, F., Liu, L., Miller, T., An, H., Geweke, J., Kaskie, B., Wright, K. B., Chrischilles, E. A., Pavlik, C. E., Cook, E. A., Ohsfeldt, R. L., Richardson, K. K., Rosenthal, G. E. & Wallace, R. B. (2008). Emergency department utilization patterns among older adults. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(2), 204–209.

## Anexos

Anexo I – Questionário 1, realizado nos serviços de urgência antes da triagem:

### Questionário aos utentes dos Serviços de Urgência e Cuidados de Saúde Primários



Universidade do Minho



Hospital da  
Senhora da Oliveira  
GUIMARÃES

Este estudo pretende analisar os determinantes da procura de cuidados de saúde não programados. A sua participação é voluntária e envolve a resposta a um questionário com duas partes (Parte 1 corresponde a esta folha e Parte 2 decorrerá após a triagem enquanto espera na sala de espera). Após recolha todos os dados serão anonimizados, sendo a sua identidade removida. Desde já agradecemos a colaboração neste estudo.

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Data de hoje: \_\_\_\_\_

#### Pergunta 1:

Antes da triagem, gostávamos de saber qual acha que será a **cor da pulseira** que lhe será atribuída quando for atendida(o).

Indique, por favor com uma cruz (X) na tabela seguinte qual considera ser a cor da pulseira que lhe será atribuída (a cor da pulseira corresponde a diferentes graus de urgência conforme quadro seguinte):

Emergente	Vermelho	<input type="checkbox"/>
Muito urgente	Laranja	<input type="checkbox"/>
Urgente	Amarelo	<input type="checkbox"/>
Pouco urgente	Verde	<input type="checkbox"/>
Não urgente	Azul	<input type="checkbox"/>

**Pergunta 2:** Quanto tempo antecipa demorar hoje na urgência (desde o momento atual até sair)? \_\_\_\_\_

*Fim da Parte 1 do questionário.*

*Por favor entregar na Triagem.*

Anexo II – Questionário 2, realizado nos serviços de urgência a utentes com pulseira atribuída azul (não urgente) e verde (pouco urgente), após a triagem:

## Questionário aos utentes dos Serviços de Urgência e Cuidados de Saúde Primários



Universidade do Minho



Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Data de hoje: \_\_\_\_\_

### Parte II

#### 1. Experiência e opinião em matéria de saúde e serviços de saúde

1.1. Como classifica o seu estado de saúde em geral (não considerando o atual episódio)?

Muito mau  Mau  Razoável  Bom  Muito bom

1.2. Em relação ao Centro de Saúde (unidades que prestam cuidados de saúde primários, nomeadamente as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados):

Está inscrito num Centro de Saúde?  Sim  Não

Quanto tempo demora a chegar ao Centro de Saúde mais próximo do local de onde se desloca habitualmente (casa ou trabalho)? \_\_\_\_\_

Tem conhecimento da existência atualmente de consultas não programadas (“de urgência”) em Centros de Saúde?

Sim



Nesse caso, conhece o horário de funcionamento?  Sim  Não

Não

1.3. Tem médico de família atribuído no Centro de Saúde?

Sim →

Nos últimos 12 meses, quantas vezes teve consulta com o médico de família? \_\_\_\_\_

Em relação ao tempo de espera entre marcar a consulta e ir à consulta, indique o quão satisfeito(a) está?

nada satisfeito  pouco satisfeito  satisfeito  muito satisfeito

Indique o quanto satisfeito está com o seu médico de família

nada satisfeito  pouco satisfeito  satisfeito  muito satisfeito

Assinale a situação que mais de se adequa ao tipo de utilização que faz do seu médico de família

- usa fundamentalmente para consultas programadas ou de rotina
- usa fundamentalmente para obter prescrições médicas ou atestados
- usa fundamentalmente para episódios não programados
- realiza apenas uma consulta para manter acesso ao médico de família
- nunca recorre ao médico de família

Não →

Está inscrito num centro de saúde?

Sim

Não



Nos últimos 12 meses, quantas vezes teve consulta com um médico no seu centro de saúde? \_\_\_\_\_

1.4. Já tinha visitado anteriormente o Serviço de Urgência de um hospital público enquanto paciente?

Sim →

Em relação à última visita ao serviço de urgência:

Indica a cor da pulseira que lhe foi atribuída

vermelha  laranja  amarela  verde  azul  branca  não me recordo

Indique quanto tempo aproximadamente decorreu desde a chegada ao hospital até sair da Urgência

\_\_\_\_\_  não se recorda

Realizou exames complementares durante essa visita?  Sim  Não

Não

1.5. Nos últimos 12 meses quantas vezes recorreu, enquanto paciente, ao Serviço de Urgência de um hospital público? \_\_\_\_\_

1.6. Nos últimos 12 meses teve de esperar por uma consulta, exame ou tratamento médico, mais do que entende como adequado ou razoável?

- Não houve necessidade de marcar consulta, exame ou tratamento
- Houve necessidade de marcar e o tempo de espera foi adequado e aceitável
- Houve necessidade de marcar e o tempo de espera não foi adequado nem aceitável

1.7. Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta médica ou, de fazer exames ou tratamentos médicos, mas não satisfez essa necessidade por dificuldades financeiras?

- Sim  Não  Não houve necessidade

1.8. Conhece a linha saúde 24h?

Sim



Já utilizou esse sistema?  Sim  Não

ficou satisfeito?  Sim  Não

Relativamente à visita de hoje, recorreu à linha de Saúde 24?  Sim  Não

Não

Não

1.9. Em relação aos seguintes aspetos pretende-se que compare o serviço no Hospital e nos Centros de Saúde:

	Prefiro o Hospital	Prefiro o centro de saúde	É indiferente
Simpatia dos funcionários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade das instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade dos médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidade de acessos (transportes públicos, estacionamento, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade do serviço em geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Motivações da visita de hoje

2.1. Antes de decidir deslocar-se ao serviço de urgência hoje (indique **todas** as que se aplicam):

- Veio referenciado pelo Centro de Saúde
- Veio referenciado de outro hospital
- Falou com um médico ao telefone
- Falou com um médico em consulta
- Contactou a linha telefónica de Saúde 24
- Falou com farmacêutico
- Pesquisou informação sobre os sintomas na internet
- Tomou a decisão em família ou sozinho

2.2. Indique se algum dos motivos seguintes o(a) levou a recorrer ao serviço de urgência do hospital público HOJE (**indique todos** os que se aplicam à visita de hoje):

- Não tenho médico de família ou não estava disponível
- Não existe outro local, para além das urgências do hospital, com atendimento 24h
- Possibilidade de realizar exames complementares (radiografias, análises, etc.) na hora e no próprio local
- Possibilidade de ter acesso imediato a medicação e tratamento (por exemplos pontos, soro, etc.)
- Possibilidade de ter acesso imediato a atestado médico
- Possibilidade de ter acesso imediato a prescrição médica (receita)
- Proximidade de onde resido ou trabalho
- Facilidade de acesso em termos de transportes públicos ou estacionamento
- Qualidade de atendimento
- Preço
- No passado, tive má experiência com outros serviços de saúde (centro de saúde, hospital privado, etc.)
- Rapidez em ser visto por um médico
- Já fui visto nas urgências com sintomas semelhantes
- Médicos mais qualificados no hospital
- Sintomas recentes que gostariam fossem vistos por um médico
- Outro motivo: \_\_\_\_\_

2.3. Indique quais dos seguintes motivos o(a) levou a NÃO recorrer ao Centro de Saúde para o problema que o trouxe hoje aqui (indique o **todos** os que se aplicam)

- Não estou inscrito(a) num Centro de Saúde
- O Centro de Saúde onde estou inscrito fica longe daqui
- Não tenho médico de família
- Dificuldade em arranjar consulta no Centro de Saúde
- Tempo excessivo até conseguir uma consulta no Centro de Saúde
- Horário pouco conveniente do Centro de Saúde
- O Centro de Saúde não tem atendimento de “urgência”, ou seja, não programado
- Os sintomas parecem mais apropriados a um serviço de urgência de um hospital
- No Centro de Saúde não tenho acesso a medicação imediata
- No Centro de Saúde não há acesso a meios complementares de diagnóstico (radiografias, análises, etc.)
- Perco mais tempo no Centro de Saúde e a realizar exames fora, do que se for atendido no Serviço de Urgência
- Dificuldade de acesso ao Centro de Saúde em termos de transportes públicos ou estacionamento

2.4. Neste momento como classificaria a sensação de dor que está a sentir:

- Não sinto dor neste momento
- A dor que sinto é igual à habitual
- A dor que sinto é superior à que sinto habitualmente

Nesse caso, se não estivesse a sentir dor, mas tivesse todos os outros sintomas:

- Teria vindo na mesma ao serviço de urgência
- Não teria vindo ao serviço de urgência

2.5. Em relação à visita de hoje, como classifica:

Gravidade da sua situação médica (dor, mau estar, etc.): Nada grave  muito grave

Urgência em contactar com profissional de saúde: Nada grave  muito grave

2.6. Quanto tempo demorou a chegar aqui ao Hospital desde que saiu de casa ou do local onde trabalha? \_\_\_\_



### 3. Avaliação de alternativas

Considera-se que há uma utilização inapropriada dos Serviços de Urgência quando a situação é considerada “não urgente” (pulseira azul) ou “pouco urgente” (pulseira verde), o que significa que o paciente não tem necessidade de ser tratado nas Urgências.

**Pergunta 1:** Considere que depois da triagem com um enfermeiro e atribuição da pulseira em função do grau de gravidade da situação, era possível reorientar o paciente para outro serviço de saúde em situações avaliadas como não urgentes (pulseira verde: pouco urgente e pulseira azul: não urgente).

Estaria disposto(a) a deixar o Serviço de Urgência depois da triagem sem ser visto pelo médico, caso lhe fosse assegurada uma consulta **AMANHÃ** no Centro de Saúde?

Sim  Não →

Estaria disposto(a) a deixar o Serviço de Urgência, caso lhe fosse assegurada uma consulta **HOJE** no Centro de Saúde?  Sim  Não

**Pergunta 2:** Caso lhe fosse proposta a mudança **HOJE** para o Centro de Saúde por diagnóstico pouco ou não urgente, estaria disposto a pagar uma sobretaxa para ser tratado hoje no Serviço de Urgência (para além da taxa moderadora)? Considere que a

isenção de taxa moderadora não cobre essa sobretaxa.  Sim  Não

Se sim, qual o valor máximo que estaria disposto a pagar para ser visto no Serviço de Urgência do Hospital? \_\_\_\_\_ Euros.

Se não, porquê?  Não tenho capacidade financeira

Não concordo que se pague num hospital público

Outro motivo: \_\_\_\_\_

**Pergunta 3:** Em média o custo de uma visita ao serviço de urgência do Hospital Senhora da Oliveira de Guimarães é de 70 Euros. Concordaria com o pagamento desse valor para os pacientes com pulseira verde ou azul?

Sim, para todos

Sim, apenas para não isentos

Não

**4. Enquadramento sociodemográfico e em termos de estado de saúde**

4.1. Tem alguma doença crónica?  Sim  Não

4.2. Está a ser seguido para alguma doença no hospital?  Sim  Não

4.3. Está a aguardar alguma consulta no Hospital?  Sim  Não

Se sim, qual a especialidade? \_\_\_\_\_

Está a aguardar a marcação de algum exame de especialidade no Hospital?  Sim  Não

A sua visita hoje esteve relacionada com essa consulta ou exame?  Sim  Não

4.4. Fuma regularmente?  Sim  Não

4.5. Está isento de pagamento de taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde?  Sim  Não

4.6. Tem seguro privado de saúde ou subsistema de saúde?  Sim  Não

4.7. Por favor indique a sua situação perante o trabalho (por favor assinale a que mais se adequa a si):

<input type="checkbox"/> Doméstico	}	<input type="checkbox"/> Trabalhador a tempo inteiro
<input type="checkbox"/> Reformado		<input type="checkbox"/> Trabalhador a part time
<input type="checkbox"/> Trabalhador	}	<input type="checkbox"/> Trabalhador/estudante
<input type="checkbox"/> Estudante		<input type="checkbox"/> Trabalhador a conta própria
<input type="checkbox"/> Desempregado		<input type="checkbox"/> Trabalhador por conta de outrem
<input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Trabalhador não remunerado

4.8. Qual o nível de escolaridade mais elevado que completou?

<input type="checkbox"/> Não tenho habilitações formais	<input type="checkbox"/> Secundário (equivalente ao 12º ano)
<input type="checkbox"/> 1º ciclo (antiga 4ª classe)	<input type="checkbox"/> Bacharelato/ Licenciatura
<input type="checkbox"/> 2º ciclo (antigo "ciclo")	<input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> 3º ciclo (equivalente ao atual 9ºano)	<input type="checkbox"/> Doutoramento

4.9. Considere a situação financeira do seu agregado familiar. Como classificaria a sua situação na seguinte escala de conforto financeiro (colocar um **X** no nível adequado):

Vivo confortavelmente em termos financeiros

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Tenho muitas dificuldades financeiras

4.10. Por favor indique com quantas pessoas vive, assinalando o número de pessoas pelas suas idades (não se inclua a si)?

Crianças (< 12 anos) \_\_\_\_\_

Jovens (12-18 anos) \_\_\_\_\_

Adultos (>18 anos) \_\_\_\_\_

Caso viva sozinho(a), é acompanhado/ visitado regularmente por um cuidador ou familiar?

Sim  Não

4.11. Considera-se uma pessoa que procura evitar correr riscos ou uma pessoa preparada para correr riscos? Por favor responda à questão mediante a seguinte escala e colocando um **X**:

De forma geral, no dia a dia:

Totalmente avesso ao risco (não gosto nada de correr riscos)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Totalmente pronto a correr riscos (gosto muito de correr riscos)

Em questão de saúde:

Totalmente avesso ao risco (não gosto nada de correr riscos)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Totalmente pronto a correr riscos (gosto muito de correr riscos)

4.12 Qual é a sua Idade? \_\_\_\_\_

4.13 Sexo:  Feminino  Masculino

*Fim do questionário.*

*Agradecemos a colaboração e desejamos rápida recuperação.*

*Por favor entregar no Gabinete do médico quando for chamado.*

Anexo III – Questionário 2, realizado aos utentes que frequentaram as consultas não programadas dos CSP:

## Questionário aos utentes dos Serviços de Urgência e Cuidados de Saúde Primários



Universidade do Minho



Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Data de hoje: \_\_\_\_\_

Este estudo pretende analisar os determinantes da procura de cuidados de saúde não programados. A sua participação é voluntária e consiste no preenchimento deste questionário e, dependendo da gravidade da sua condição de saúde, de um outro questionário. A informação recolhida ao longo deste estudo será apenas usada para fins de investigação académica - sendo garantida total confidencialidade dos seus dados e das suas respostas. No final entregue por favor o questionário no gabinete da triagem.

### 1. Experiência e opinião em matéria de saúde e serviços de saúde

1.1. Como classifica o seu estado de saúde em geral (não considerando o atual episódio)?

Muito mau    Mau    Razoável    Bom    Muito bom

1.2. Tem médico de família atribuído neste centro de saúde?

Sim     Não → Está inscrito num centro de saúde?     Sim     Não

Nos últimos 12 meses, quantas vezes teve consulta com um médico no seu centro de saúde? \_\_\_\_\_

Nos últimos 12 meses, quantas vezes teve consulta com o médico de família? \_\_\_\_\_

Em relação ao tempo de espera entre marcar a consulta e ir à consulta, indique o quão satisfeito(a) está?

nada satisfeito     pouco satisfeito     satisfeito     muito satisfeito

Indique o quanto satisfeito está com o seu médico de família

nada satisfeito     pouco satisfeito     satisfeito     muito satisfeito

Assinale a situação que mais de se adequa ao tipo de utilização que faz do seu médico de família

- usa fundamentalmente para consultas programadas ou de rotina
- usa fundamentalmente para obter prescrições médicas ou atestados
- usa fundamentalmente para episódios não programados
- realiza apenas uma consulta para manter acesso ao médico de família
- nunca recorre ao médico de família

1.3. Quanto tempo demora a chegar a este Centro de Saúde do local de onde se desloca habitualmente (casa ou trabalho)?

\_\_\_\_\_

1.4. Já visitou, enquanto paciente, o serviço de Urgência de um hospital público?

Sim →

Em relação à última visita ao serviço de urgência:

Indica a cor da pulseira que lhe foi atribuída

vermelha     laranja     amarela     verde     azul     branca     não me recordo

Indique quanto tempo aproximadamente decorreu desde a chegada ao hospital até sair da Urgência

\_\_\_\_\_     não se recorda

Realizou exames complementares durante essa visita?  Sim.     Não

Não

1.5. Quanto tempo demora a chegar ao Hospital Público mais próximo do local de onde se desloca habitualmente (casa ou trabalho)? \_\_\_\_\_

1.6. Nos últimos 12 meses quantas vezes recorreu, enquanto paciente, ao serviço de urgência de um hospital público? \_\_\_\_\_

1.7. Nos últimos 12 meses teve de esperar por uma consulta, exame ou tratamento médico, mais do que entende como adequado ou razoável?

- Não houve necessidade de marcar consulta, exame ou tratamento
- Houve necessidade de marcar e o tempo de espera foi adequado e aceitável
- Houve necessidade de marcar e o tempo de espera não foi adequado nem aceitável

1.8. Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta médica ou, de fazer exames ou tratamentos médicos, mas não satisfaz essa necessidade por dificuldades financeiras?

- Sim  Não  Não houve necessidade

1.9. Conhece a linha saúde 24h?

Sim

Já utilizou esse sistema?  Sim Se sim, ficou satisfeito?  Sim  Não  
Relativamente à visita de hoje, recorreu à  
linha de Saúde 24?  Sim  Não

Não

Não

1.10. Em relação aos seguintes aspetos pretende-se que compare o serviço no Hospital e nos Centros de Saúde:

	Prefiro o Hospital	Prefiro o centro de saúde	É indiferente
Simpatia dos funcionários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade das instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade dos médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidade de acessos (transportes públicos, estacionamento, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade do serviço em geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Motivações da visita de hoje

2.1. Em relação aos motivos da visita de hoje ao centro de saúde

- Tinha marcado uma consulta programada
- Não tinha consulta programada e veio ao atendimento permanente ou consulta aberta (não programada).

2.2. Indique se algum dos motivos seguintes o(a) levou a recorrer ao Centro de Saúde hoje à consulta não programada ou aberta:

**(indique todos** os que se aplicam à visita de hoje):

- Não tenho médico de família atribuído
- Não existe outro local onde me possam atender
- Possibilidade de ter acesso a prescrição para exames complementares (radiografias, análises, etc.)
- Possibilidade de ter acesso imediato a enfermeiro para administrar medicação e tratamentos
- Possibilidade de ter acesso imediato a atestado médico
- Possibilidade de ter acesso imediato a prescrição médica (receita)
- Proximidade de onde resido ou trabalho
- Facilidade de acesso em termos de transportes públicos ou estacionamento
- Qualidade de atendimento
- Preço
- No passado, tive má experiência com outros serviços de saúde (por exemplo hospital)
- Rapidez em ser visto por um médico
- Já fui visto aqui com sintomas semelhantes
- Médicos mais qualificados do que no hospital
- Sintomas recentes que gostariam fossem vistos por um médico
- Outro motivo: \_\_\_\_\_

**2.3.** Indique quais dos seguintes motivos o(a) levou a NÃO recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital para tratar do problema que o trouxe hoje aqui (indique **todos** os que se aplicam):

- O Hospital fica longe de onde resido ou trabalho
- Prefiro ser atendido pelo meu médico de família
- Tempo excessivo para ser atendido no Hospital
- Os sintomas parecem mais apropriados a um Centro de Saúde
- No passado tive má experiência com serviço de urgência
- Dificuldade de acesso ao Hospital em termos de transportes públicos ou estacionamento
- Qualidade do atendimento é inferior no Hospital
- Preço

**2.4.** Em relação à visita de hoje ao centro de saúde, como classifica:

Gravidade da sua situação médica (dor, mau estar, etc.): Nada grave  muito grave

Urgência em contactar com profissional de saúde: Nada grave  muito grave

**2.5.** Antes de tomar a decisão de vir ao Centro de Saúde:

- Falou com um médico ao telefone
- Contactou a linha telefónica de Saúde 24
- Falou com farmacêutico
- Pesquisou informação sobre os sintomas na internet
- Tomou a decisão em família ou sozinho

**2.6.** Quanto tempo pensa demorar hoje no Centro de Saúde (desde que chegou ao Centro de Saúde até sair)? \_\_\_\_\_

**2.7.** Considere que hoje se tinha dirigido hoje ao Serviço de Urgência do hospital. Quanto tempo antecipa que demoraria no Hospital desde a entrada até sair? \_\_\_\_\_



### 3. Avaliação de alternativas

Considera-se que há uma utilização inapropriada dos Serviços de Urgência de um hospital público quando a situação é considerada “não urgente” (pulseira azul) ou “pouco urgente” (pulseira verde), o que significa que o paciente não tem necessidade de ser tratado nas Urgências.

A utilização inapropriada dos Serviços de Urgência gera custos para a sociedade pois é mais dispendioso tratar um paciente não urgente nas Urgências do que no Centro de Saúde, o que agrava os custos para o Sistema de Saúde em termos de peso no Orçamento do Estado e peso nos impostos pagos por todos.

Por outro lado, há custos para pacientes realmente urgentes pois os serviços prestados são de pior qualidade, dados os atrasos nos diagnósticos e tratamento, prolongamento da dor e sofrimento, e pressão sobre os profissionais de saúde. Todos nós podemos um dia precisar urgentemente de ser tratados nas Urgências sem atrasos e o excesso de utilização indevida das Urgências põe isso em risco.

Finalmente, os pacientes não urgentes também são afetados pois estão sujeitos a tempos de espera muito longos e contacto prolongado com doenças contagiosas.

**Pergunta 1:** Considere que se tinha dirigido hoje ao Serviço de Urgência onde um novo sistema de cuidados está a ser implementado. Este novo sistema, consiste em depois da triagem com um enfermeiro e depois da atribuição da pulseira em função do grau de gravidade da situação, ser possível reorientar o paciente para outro serviço de saúde em situações avaliadas como não urgentes (pulseira verde: pouco urgente e pulseira azul: não urgente).

Estaria disposto(a) a deixar o Serviço de Urgência depois da triagem sem ser visto pelo médico, caso lhe fosse assegurada uma consulta **no dia seguinte** no Centro de Saúde?

Sim  Não → E se fosse no **próprio dia**? Estaria disposto(a) a deixar o Serviço de Urgência?  Sim  Não

**Pergunta 2:** Caso lhe fosse proposta a mudança **no próprio dia** para o Centro de Saúde por diagnóstico pouco ou não urgente, estaria disposto a pagar uma **sobretaxa** para ser tratado **no próprio dia** no Serviço de Urgência (para além da taxa moderadora)? *Considere que a isenção de taxa moderadora não cobre essa sobretaxa.*

Sim. → Qual o valor máximo que estaria disposto a pagar para ser visto no Serviço de Urgência do Hospital?  
\_\_\_\_\_ Euros.

Não → Porquê?  Não tenho capacidade financeira  
 Não concordo que se pague num hospital público  
 Outro motivo

**Pergunta 3:** Em média o custo de uma visita ao serviço de urgência do Hospital Senhora da Oliveira de Guimarães é de 70 Euros. Concordaria com o pagamento desse valor para os pacientes com pulseira verde ou azul?

Sim, para todos  
 Sim, apenas para não isentos  
 Não

**4. Enquadramento sociodemográfico e em termos de estado de saúde**

4.1. Tem alguma doença crónica?  Sim  Não

4.2. Está a ser seguido para alguma doença no hospital?  Sim  Não

4.3. Está a aguardar alguma consulta no Hospital?  Sim  Não

Se sim, qual a especialidade? \_\_\_\_\_

Está a aguardar a marcação de algum exame de especialidade no Hospital?  Sim  Não

A sua visita hoje esteve relacionada com essa consulta ou exame?  Sim  Não

4.4. Fuma regularmente?  Sim  Não

4.5. Está isento de pagamento de taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde?  Sim  Não

4.6. Tem seguro privado de saúde ou subsistema de saúde?  Sim  Não

4.7. Por favor indique a sua situação perante o trabalho (por favor assinale a que mais se adequa a si):

- |                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Doméstico    | } | <input type="checkbox"/> Trabalhador a tempo inteiro     |
| <input type="checkbox"/> Reformado    |   | <input type="checkbox"/> Trabalhador a part time         |
| <input type="checkbox"/> Trabalhador  | } | <input type="checkbox"/> Trabalhador/estudante           |
| <input type="checkbox"/> Estudante    |   | <input type="checkbox"/> Trabalhador a conta própria     |
| <input type="checkbox"/> Desempregado |   | <input type="checkbox"/> Trabalhador por conta de outrem |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ |   | <input type="checkbox"/> Trabalhador não remunerado      |
|                                       |   |  |

4.8. Qual o nível de escolaridade mais elevado que completou?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Não tenho habilitações formais        | <input type="checkbox"/> Secundário (equivalente ao 12º ano) |
| <input type="checkbox"/> 1º ciclo (antiga 4ª classe)           | <input type="checkbox"/> Bacharelato/ Licenciatura           |
| <input type="checkbox"/> 2º ciclo (antigo "ciclo")             | <input type="checkbox"/> Mestrado                            |
| <input type="checkbox"/> 3º ciclo (equivalente ao atual 9ºano) | <input type="checkbox"/> Doutoramento                        |

4.9. Considere a situação financeira do seu agregado familiar. Como classificaria a sua situação na seguinte escala de conforto financeiro (colocar um **X** no nível adequado):

Vivo confortavelmente em termos financeiros

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Tenho muitas dificuldades financeiras

4.10. Por favor indique com quantas pessoas vive, assinalando o número de pessoas pelas suas idades (não se inclua a si)?

Crianças (< 12 anos) \_\_\_\_\_

Jovens (12-18 anos) \_\_\_\_\_

Adultos (>18 anos) \_\_\_\_\_

Caso viva sozinho(a), é acompanhado/ visitado regularmente por um cuidador ou familiar?

Sim  Não

4.11. Considera-se uma pessoa que procura evitar correr riscos ou uma pessoa preparada para correr riscos? Por favor responda à questão mediante a seguinte escala e colocando um **X**:

De forma geral, no dia a dia:

Totalmente avesso ao risco (não gosto nada de correr riscos)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Totalmente pronto a correr riscos (gosto muito de correr riscos)

Em questão de saúde:

Totalmente avesso ao risco (não gosto nada de correr riscos)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Totalmente pronto a correr riscos (gosto muito de correr riscos)

4.12. Idade? \_\_\_\_\_

4.13. Sexo:  Feminino  Masculino

*Fim do questionário.*

*Agradecemos a colaboração e desejamos rápida recuperação.*

*Por favor entregar no balcão*

## Anexo IV – Tratamento da informação recolhida através dos questionários

Para conseguir responder aos objetivos propostos, a informação recolhida através dos questionários foi tratada em Excel® de forma a obter as seguintes variáveis:

*Tabela 1: Descrição das variáveis em estudo obtidas através do questionário 1, realizado antes da triagem no SU do HSOG.*

<b>Variável</b>	<b>Descrição</b>	<b>Valores</b>	<b>Tipo de variável</b>
<i>Triagem realizada pelo utilizador</i>	Classificação do episódio de urgência feita pelo próprio utilizador, de acordo com a Triagem de Manchester, para verificar se o próprio sabe avaliar o seu estado de saúde, antes de ser avaliado pela triagem do SU	Azul = 1 Verde = 2 Amarelo = 3 Laranja = 4 Vermelho = 5	Qualitativa Nominal
<i>Tempo de urgência</i>	Tempo que o utilizador antecipa demorar até abandonar o SU		Quantitativa Numérica

*Tabela 2: Descrição das variáveis em estudo obtidas através do questionário 2, realizado após da triagem do SU do HSOG e nas consultas não programadas das USF.*

<b>Variável</b>	<b>Descrição</b>	<b>Valores</b>	<b>Tipo de variável</b>
<i>Estado de saúde</i>	Classificação do estado de saúde em geral do utilizador, não considerando o episódio a decorrer	Muito Mau = 1 Mau = 2 Razoável = 3 Bom = 4 Muito Bom = 5	Qualitativa Nominal
<i>Inscrito CSP</i>	Utilizador está inscrito ou não num centro de saúde	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Proximidade CSP</i>	Tempo, em minutos, que o utilizador demora até chegar ao centro de saúde		Quantitativa Numérica
<i>Consultas abertas</i>	Conhecimento das consultas não programadas nos CSP	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal

<i>Horário das consultas abertas</i>	Conhecimento do horário de funcionamento das consultas abertas ou não programadas nos CSP	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Médico de família</i>	Médico de família atribuído ou não	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Consultas CSP</i>	Número de consultas do utilizador com o médico de família nos últimos 12 meses		Quantitativa Numérica
<i>Satisfação de espera para consulta CSP</i>	Classificação do tempo que o utilizador espera entre marcar a consulta e ir à consulta	Nada satisfeito = 1 Pouco satisfeito = 2 Satisfeito = 3 Muito satisfeito = 4	Qualitativa Nominal
<i>Satisfação com médico de família</i>	Classificação da satisfação do utilizador com o seu médico de família	Nada satisfeito = 1 Pouco satisfeito = 2 Satisfeito = 3 Muito satisfeito = 4	Qualitativa Nominal
<i>Consulta com médico de família</i>	Utilização mais frequente que faz o utilizador recorrer ao seu médico de família	Consultas programadas ou de rotina = 1 Para obter prescrições médicas ou atestados = 2 Episódios não programados = 3 Manter acesso com o médico de família = 4 Nunca recorre = 5	Qualitativa Nominal
<i>Visita ao SU</i>	Utilização dos SU de um hospital público, enquanto paciente, antes do episódio atual	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Pulseira atribuída última urgência</i>	Atribuição da pulseira ao utilizador na última visita ao SU	Não se recorda = 0 Azul = 1 Verde = 2 Amarelo = 3 Laranja = 4 Vermelho = 5	Qualitativa Nominal
<i>Tempo última urgência</i>	Tempo, em minutos, estimado pelo utilizador desde a chegada ao hospital até abandonar a Urgência, na última visita ao SU		Quantitativa Numérica
<i>Exames última urgência</i>	Realização de exames complementares durante última visita ao SU	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal

<i>Proximidade SU</i>	Tempo, em minutos, que o utilizador demora até chegar ao SU		Quantitativa Numérica
<i>Espera de cuidados saúde</i>	Classificação do tempo de espera por consulta, exame ou tratamento nos últimos 12 meses	Não houve necessidade de marcar = 1 Tempo foi adequado e aceitável = 2 Tempo não foi adequado nem aceitável = 3	Qualitativa Nominal
<i>Falta de cuidados por dificuldades financeiras</i>	Impossibilidade de realizar consulta médica, fazer exames ou tratamentos médicos, nos últimos 12 meses, devido a dificuldades financeiras	Não houve necessidade = 2 Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>SNS 24</i>	Conhecimento da linha de saúde 24 por parte do utilizador	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Utilização SNS 24</i>	Utilização da linha de saúde 24 por parte do utilizador	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Satisfação SNS 24</i>	Satisfação do utilizador pela utilização da linha de saúde 24	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Utilização SNS 24 na visita atual</i>	Efetuiu a ligação para a linha de saúde 24 antes da atual visita aos SU	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Preferência dos serviços de saúde</i>	Preferências, segundo alguns parâmetros (simpatia dos funcionários, acesso, qualidade das instalações, dos médicos e qualidade em geral), dos utilizadores pelos serviços de saúde	Prefiro o Hospital = 1 Prefiro o Centro de Saúde = 2 É-me indiferente = 3	Qualitativa Nominal
<i>Referenciação SU ou CSP</i>	A quem recorreu antes de se dirigir para o SU, para quem se deslocou à urgência, ou aos CSP, para quem se deslocou à consulta aberta	Se indicou = 1 Se não indicou = 0	Qualitativa Nominal
<i>Motivação SU ou CSP</i>	Motivação que levou o utilizador a recorrer ao SU ou, para quem se deslocou à consulta aberta, aos CSP	Se indicou = 1 Se não indicou = 0	Qualitativa Nominal

<i>Motivação de não recorrer aos CSP ou SU</i>	Motivação que levou o utilizador que recorreu ao SU a não se deslocar às consultas abertas nos CSP ou o que se deslocou às consultas nos CSP a não se deslocar ao SU	Se indicou = 1 Se não indicou = 0	Qualitativa Nominal
<i>Dor</i>	Grau de dor que o utilizador sente	Não sente dor = 1 Dor igual à habitual = 2 Mais dor que habitual = 3	Qualitativa Nominal
<i>Sintomas</i>	Influencia que os outros sintomas têm na vinda à urgência do utilizador, se este não tivesse dores	Vinha na mesma ao SU = 1 Não vinha ao SU = 2	Qualitativa Nominal
<i>Gravidade médica</i>	Classificação da gravidade do estado de saúde, por parte do utilizador, tendo em conta a sua dor, mau estar, etc.	De 1 a 6, em que 1 é nada grave e 6 muito grave	Quantitativa Numérica
<i>Urgência médica</i>	Classificação, por parte do utilizador, da urgência em ser visto por um profissional de saúde	De 1 a 6, em que 1 é pouco urgente e 6 muito urgente	Quantitativa Numérica
<i>Proximidade SU</i>	Tempo, em minutos, que o utilizador demora até chegar ao SU		Quantitativa Numérica
<i>Deixar SU para consulta CSP amanhã</i>	Opção de utilizador não urgente deixar o SU, depois da triagem, caso lhe fosse assegurada uma consulta no dia seguinte no centro de Saúde	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Deixar SU para consulta CSP hoje</i>	Opção para o utilizador não urgente deixar o SU, depois da triagem, e caso rejeita-se a hipótese de lhe ser assegurada uma consulta no dia seguinte no centro de Saúde, lhe fosse assegurada uma consulta no próprio dia	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal

<i>Pagar sobretaxa no SU</i>	Aceitação por parte do utilizador não urgente a pagar sobretaxa (para além da taxa moderadora) para ser tratado no SU após proposta de consulta nos CSP no próprio dia	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Valor sobretaxa</i>	Valor máximo, em euros, disposto, pelo utilizador não urgente, a pagar para ser tratado no SU		Quantitativa Numérica
<i>Rejeição sobretaxa</i>	Justificação por parte do utilizador não urgente caso não aceitasse pagar sobretaxa (para além da taxa moderadora) para ser tratado no SU	Capacidade financeira = 1 Não concorda pagar em hospital público = 2 Outro motivo = 3	Qualitativa Nominal
<i>Custo SU</i>	Aceitação por parte do utilizador a ser cobrado o valor real do SU (70€) a pacientes com pulseira verde ou azul	Sim, para todos = 1 Sim, para não isentos = 2 Não = 3	Qualitativa Nominal
<i>Doença Crónica</i>	Utilizador possui alguma doença crónica	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Doença Hospital</i>	Utilizador está a ser seguido pelo hospital devido a alguma doença	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Aguarda consulta</i>	Aguarda alguma consulta no Hospital	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Aguarda exame</i>	Aguarda algum exame no Hospital	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Relação visita</i>	Existência de relação entre a visita e a consulta/exame	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Fumar</i>	Utilizador fuma regularmente	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Isento</i>	Inibição da obrigação de pagar em dinheiro o valor simbólico associado aos cuidados de saúde que usufruiu	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Seguro</i>	Possui seguro privado de saúde ou subsistema de saúde	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal



<i>Situação Profissional</i>	Situação profissional dos utilizadores	Estudante = 1 Desempregado = 2 Doméstico = 3 Reformado = 4 Trabalhador = 5 Outro = 6	Qualitativa Nominal
<i>Tipo de contrato</i>	Situação profissional do trabalhador	Trabalhador a tempo inteiro = 1 Trabalhador a tempo parcial = 2	Qualitativa Nominal
<i>Tipo de trabalhador</i>	Situação profissional do trabalhador	Trabalhador/Estudante = 1 Trabalhador por conta própria = 2 Trabalhador por conta de outrem = 3; Trabalhador não remunerado = 4	Qualitativa Nominal
<i>Habilitações</i>	Escolaridade dos utilizadores	Sem habilitações = 0 1º ciclo = 1 2º ciclo = 2 3º ciclo = 3 Secundário = 4 Licenciatura = 5 Mestrado = 6 Doutoramento = 7	Qualitativa Nominal
<i>Situação financeira</i>	Nível de conforto financeiro dos utilizadores	De 1 a 5, em que 1 é confortável e 5 tenho muitas dificuldades	Quantitativa Numérica
<i>Com quem vive</i>	Constituição do agregado familiar de acordo com as faixas etárias		Quantitativa Numérica
<i>Vive sozinho</i>	No caso do utilizador viver sozinho se tem ou não acompanhamento e visitas regulares	Sim = 1 Não = 0	Qualitativa Nominal
<i>Aversão ao risco dia-a-dia</i>	Consideração por parte de o utilizador ser uma pessoa preparada para correr riscos no dia-a-dia	De 0 a 10, em que 0 é totalmente avesso ao risco e 10 totalmente pronto a correr riscos	Quantitativa Numérica
<i>Aversão ao risco saúde</i>	Consideração por parte de o utilizador ser uma pessoa que corre riscos em relação à sua saúde	De 0 a 10, em que 0 é totalmente avesso ao risco e 10 totalmente pronto a correr riscos	Quantitativa Numérica
<i>Idade</i>	Número de anos dos utilizadores		Quantitativa Numérica
<i>Género</i>	Género dos utilizadores	Feminino = 1 Masculino = 0	Qualitativa Nominal

# “SNS – O JOGO DA GLÓRIA”

## REGRAS DO JOGO

No presente jogo participam todos os utentes com doença aguda/agudização da doença crónica que iniciam, nesse momento, a gestão do seu percurso no sistema;  
 Compete a cada utente decidir pelo melhor circuito/opção comportamental que o permita chegar ao final da etapa, ao melhor resultado de ganho em saúde (para si – satisfação no atendimento; para o SNS – resultados de eficácia/eficiência e sustentabilidade);  
 No decorrer do percurso, o utente deparar-se-á com casas que concretizam (por decisão pessoal), reais penalizações ou behavior rewarding, quer para o próprio, quer para o SNS (capazes de ativar processos de literacia em saúde).

