



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

***Caraterização e Análise das Admissões Hospitalares na
Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE***
***Um estudo com os utentes inscritos no Agrupamento de Centros de
Saúde de Lisboa Central***

Ana Raquel Martins Justo

IX Curso de Mestrado em Gestão da Saúde - 2013/2015

Projeto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão da Saúde

Orientador: Professor Doutor Rui Santana

Lisboa, setembro de 2015

Agradecimentos

Esta etapa não poderia ter sido finalizada sem a ajuda, colaboração e contributo de algumas pessoas, a quem expresso os meus sinceros agradecimentos, nomeadamente:

Dr.^a Maria do Rosário F. Fonseca, Diretora Executiva do ACES Lisboa Central; e Paulo Alves, colaborador no ACES Lisboa Central pela total disponibilidade, colaboração e compreensão;

Professor Doutor Rui Santana, orientador deste Trabalho de Projeto pelos contributos e sugestões;

Dr.^a Teresa Matias do CHLC, por ter sido a primeira pessoa acreditar que este projeto fazia sentido e por ter reunido todos os esforços para que o mesmo chegasse a bom porto;

Dr. António Lourenço do CHLC, pela disponibilidade e colaboração demonstrada quando foi necessário reunir toda a informação relativa à base de dados;

Enf.^a Armandina Antunes por me ter fornecido os contactos necessários à obtenção de informação junto do CHLC

Por último e não menos importante, ao meu companheiro Ricardo porque mais uma vez esteve sempre ao meu lado neste percurso, nem sempre fácil.

Resumo

Objetivo: Caracterizar e analisar o acesso dos utentes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central ao serviço de urgência do hospital de referência (Hospital de S. José).

Metodologia: O presente estudo é do tipo observacional, descritivo, transversal e exploratório. A análise da informação incidiu sobre a base de dados cedida pelo CHLC que continha os registos de todas as admissões do ano de 2014 referentes ao Serviço de Urgência Polivalente do CHLC, foram analisados 81928 episódios e 15042 episódios referentes a utentes frequentadores.

Resultados: A proximidade ao SU é um fator que potencia a procura de cuidados hospitalares urgentes, no entanto, o facto de o utente não possuir médico de família não se encontra relacionado com a procura do serviço de urgência. Metades das admissões são consideradas “pouco urgentes” (pulseira verde), não existindo uma variação significativa entre as unidades funcionais e o tipo de modelo das mesmas (UCSP ou USF) no que respeita à procura das urgências por parte dos seus utentes. Conclui-se ainda que o horário de funcionamento dos CSP encontra-se de acordo com as necessidades dos utentes considerando que a maior procura de cuidados urgentes ocorre durante o horário de funcionamento dos centros de saúde.

Conclusões: A procura de cuidados hospitalares urgentes por parte dos utentes do ACES Lisboa Central é significativa e maioritariamente injustificada do ponto de vista clínico, pelo que revela-se necessário repensar nas estratégias ao nível dos CSP para responder às efetivas necessidades em saúde.

Palavras – chave: Urgência Hospitalar; Cuidados Saúde Primários; Acessibilidade

Abstract

Objective: Characterize and analyze the access of users from ACES Lisboa Central to the urgency of the referral hospital service (Hospital S. José).

Methodology: This study is observational, descriptive, cross-sectional and exploratory. The analysis of information focused on a database provided by the CHLC containing the records of all the 2014 year of admissions for the Multipurpose Emergency Service CHLC were analyzed 81 928 episodes and 15042 episodes related with heavy-users.

Results: The proximity to the SU is a factor which potentiates the demand for emergency hospital care, however, that the user has no GP is not associated with the emergency service demand. Half of the admissions are considered " little urgent " (green bracelet) and there is no significant variation between the functional units and the type of model the same (UCSP or USF). In conclusion although the PHC hours of operation is in accordance with the needs of users considering that the increased demand for urgent care occurs during the hours of operation of health centers.

Conclusions: The demand for emergency hospital care by ACES Lisboa Central users is significant and unwarranted mainly from a clinical point of view, therefore proves necessary to reconsider the strategy of the level PHC effective to meet the health requirements.

Keywords: Hospital Emergency; Primary Health Care; Accessibility

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introdução | 1 |
| 2. Enquadramento Teórico | 5 |
| 2.1 Rede de Referenciação Hospitalar | 5 |
| 2.2 Caraterização do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE | 9 |
| 2.3 Sistema de Triagem | 10 |
| 2.4 Sistemas de Informação | 11 |
| 2.5 Caraterização do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central | 13 |
| 2.6 Articulação Cuidados de Saúde Primários e Hospitais | 15 |
| 2.7 Utilização dos Serviços de Urgência e Acesso aos CSP | 22 |
| 3. Objetivos | 34 |
| 4. Metodologia | 34 |
| 5. Apresentação de Resultados | 38 |
| 5.1 Caraterização das admissões hospitalares no CHLC | 38 |
| 5.2 Caraterísticas das unidades funcionais do ACES Lisboa Central e sua relação com as admissões no serviço de urgência do CHLC | 43 |
| 5.3 Utilização do Serviço de Urgência por Utentes Frequentadores | 47 |
| 6. Discussão Metodológica | 52 |
| 7. Discussão dos Resultados | 53 |
| 8. Conclusão | 62 |
| Referências Bibliográficas | 64 |
| Anexos | |
| Anexo I – Reorganização das freguesias abrangidas pelo ACES Lisboa Central | 68 |
| Anexo II – Pirâmide Etária da População Inscrita no ACES Lisboa Central | 69 |
| Anexo III – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do CHLC, EPE | 70 |
| Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, I.P. | 74 |
| Anexo V – Frequência de episódios por “Causa de Admissão” | 79 |
| Anexo VI – Distribuição das admissões por dia da semana | 80 |
| Anexo VII – Número de admissões por ano e n.º de utentes | 81 |
| Anexo VIII – Unidade Funcional e Triagem de Manchester: Utentes Frequentadores | 82 |

Índice de Figuras, Gráficos e Tabelas

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Sistema de Triagem de Manchester..... | 10 |
| Figura 2 – Dados Registados na Aplicação SONHO..... | 12 |
| Figura 3 – Unidades Funcionais do ACES Lisboa Central com mais utentes sem médico de família a 31/12/2014..... | 14 |
| Figura 4 – Unidades Funcionais do ACES Lisboa Central..... | 14 |
| Figura 5 – Distribuição de utentes inscritos por unidade funcional..... | 15 |
| Figura 6 – Patologias mais frequentes na população inscrita no ACESLC..... | 15 |
| Figura 7 – Modelo de Acesso aos Cuidados de Saúde de Aday e Anderson..... | 17 |
| Figura 8 – Interligação e Integração Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Hospitalares..... | 18 |

Lista de Gráficos

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 – Distribuição do número de admissões por hora..... | 41 |
| Gráfico 2 – Distribuição das admissões no SU por dia da semana..... | 42 |

Lista de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Utilização do serviço de urgência de acordo com o género..... | 38 |
| Tabela 2 - Utilização do serviço de urgência de acordo com a idade dos utentes..... | 38 |
| Tabela 3 – Rácio de admissões por número de residentes por freguesia..... | 39 |
| Tabela 4 – Frequência de admissões por causa de admissão (>100 admissões)..... | 39 |
| Tabela 5 – Frequência de admissões no SU de acordo com a proveniência..... | 40 |
| Tabela 6 – Classificação das admissões de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester..... | 42 |
| Tabela 7 – Destino dos utentes após atendimento no SU..... | 43 |
| Tabela 8 – Distribuição das admissões no SU por unidade funcional..... | 44 |
| Tabela 9 – Distribuição das admissões de acordo com a atribuição de médico de família na unidade funcional..... | 45 |
| Tabela 10 - Distribuição das admissões de acordo com o modelo de unidade funcional e a cor de pulseira..... | 45 |
| Tabela 11 - Distribuição das admissões de acordo com a cor de pulseira por unidade funcional..... | 46 |
| Tabela 12 – Distribuição dos 5 utentes mais frequentadores de acordo com o número de admissões e consultas nos CSP..... | 47 |
| Tabela 13 – Distribuição das admissões dos utentes frequentadores por género..... | 47 |

| | |
|---|----|
| Tabela 14 – Média de idades dos utentes frequentadores..... | 48 |
| Tabela 15 – Distribuição das admissões não urgentes e pouco urgentes dos utentes frequentadores por unidade funcional..... | 48 |
| Tabela 16 – Distribuição das admissões de acordo com a atribuição de médico de família a utentes frequentadores..... | 49 |
| Tabela 17 – Distribuição das admissões referentes ao destino dos utentes frequentadores após atendimento no SU..... | 49 |
| Tabela 18 – Distribuição das admissões de acordo com o número de consultas efetuadas nos CSP pelos utentes frequentadores..... | 50 |
| Tabela 19 – Distribuição das admissões de acordo com os diagnósticos registados nos CSP relativos a utentes frequentadores..... | 51 |

Lista de Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACESLC – Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

CSP – Cuidados de Saúde Primários

HSJ – Hospital de S. José

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MCDT – Meios Complementares Diagnóstico e Terapêutica

RRH – Rede de Referenciação Hospitalar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

“A percepção de que os serviços de saúde têm um papel fundamental como protecção, no imediato, contra a morte, a incapacidade, a disfuncionalidade e até o desconforto, explica e justifica, em grande parte, a atmosfera emocional que envolve a questão do acesso aos cuidados de saúde”

Sakellarides, 1979

1. Introdução

Falar em saúde é sempre um tema que levanta muitas questões e suscita alguma discordância relativamente à escolha da melhor abordagem, o que poderá ser compreensível se focarmos especial atenção no facto de que existe uma certeza quando falamos de saúde: a incerteza.

A incerteza está fortemente associada à saúde, porque nunca sabemos ao certo quando iremos necessitar de cuidados, quanto irão custar esses cuidados, qual o verdadeiro estado da saúde, dúvidas que surgem sobre o melhor tratamento ou qual o efeito que este irá provocar (Barros, 2013).

Todas estas incertezas revelam uma enorme fragilidade possivelmente explicada pela existência de uma assimetria de informação significativa, que provoca insegurança, podendo esta explicar algumas atitudes menos justificadas ou pensadas, como por exemplo o recorrer a cuidados médicos que não são os adequados às necessidades.

O artigo 64º da Constituição Portuguesa versa sobre o tema da Saúde, onde é consagrado o direito à proteção desta e o dever de a defender e promover, mediante a utilização de um serviço nacional de saúde universal e tendencialmente gratuito, sendo o Serviço Nacional de Saúde (SNS) que integra respostas diversificadas capazes de responder a necessidades efetivas se forem utilizados racionalmente.

Urge neste sentido, a necessidade de nos debruçarmos sobre duas das diversas respostas que a população tem ao seu dispor, nomeadamente as urgências hospitalares e os cuidados de saúde primários (CSP).

A rede de urgência/emergência têm sido alvo ao longo dos anos de vários estudos e abordagens, o que resultou em progressivas transformações, no que respeita à sua organização e distribuição de forma a capacitar o SNS de respostas efetivas às necessidades da população.

Apesar de ao longo dos anos existirem variados diplomas publicados que visavam legislar e regulamentar o funcionamento dos serviços de urgência, mais recentemente e através do Despacho n.º 10319/2014 de 25 de julho, são definidos alguns aspetos dos serviços de urgência, nomeadamente no que respeita à estrutura logística, física e de recursos humanos. A necessidade de proceder a esta

regulamentação visa essencialmente dotar o sistema de respostas adequadas ao utente urgente e emergente, aliado à necessidade de capacitar os recursos humanos com as competências necessárias para este efeito.

O presente despacho salienta que os sistemas de urgência visam o atendimento e tratamento de situações urgentes, sendo da competência dos Cuidados de Saúde Primários garantir a existência e implementação de mecanismos de atendimento não programado e de rápida resposta, permitindo deste modo a promoção de uma acessibilidade adequada e eficaz ao atendimento de situações agudas não urgentes.

Dada a diferenciação existente entre situações de urgência/emergência e situações agudas não urgentes, revela-se necessário defini-las para uma melhor compreensão dos conceitos e sua aplicação. Neste sentido, é considerada urgência, situações clínicas súbitas (pouco ou muito graves) em que existe risco de estabelecimento de falência de funções vitais. O conceito de emergência baseia-se em situações clínicas súbitas em que podem estar comprometidas uma ou mais funções vitais (DGS, 2001). As situações agudas em que os CSP podem dar resposta, são aquelas que embora não representem urgência ou emergência, carecem de uma rápida resposta dado o seu aparecimento recente (GTDCSP, 2012).

O que diversos estudos verificam ao longo dos anos é que o número de doentes que recorre às urgências hospitalares de forma inadequada é bastante significativo. Como consequência, esta utilização abusiva, apresenta constrangimentos não só ao nível da organização dos recursos humanos mas também ao nível dos recursos financeiros e sua correta alocação.

Um estudo realizado por (Palma, 2002) que pretendia averiguar a quem recorriam os utentes quando se confrontavam com problemas de saúde urgentes, concluiu que o motivo mais vezes evocado era o facto de o doente percecionarem que as urgências hospitalares eram o local mais adequado para uma rápida resolução do seu problema, sendo que o facto de não conseguirem obter consulta urgente, no espaço de um dia junto do seu médico de família, levava a que recorressem às urgências hospitalares.

Cunha, 2011 efetuou uma investigação com o objetivo de caracterizar os hiperutilizadores de um SU, tendo concluído que encontra-se presente uma inadequação generalizada da utilização deste serviço, tendo ainda verificado que as triagens menos urgentes, são extremamente comuns constituindo cerca de metade

dos casos de urgência admitidos. Este facto pode ser interpretado à luz de uma possível incapacidade de encaminhar doentes pouco urgentes ou mesmo não urgentes dos SU para os Centros de Saúde, aliado à existência de uma carência reconhecida de campanhas de informação à população que evidenciem como utilizar corretamente um serviço de urgência.

Considerando a existência desta utilização inadequada, também os cuidados prestados serão inadequados, ou seja, não será efetuada uma abordagem adequada ao doente o que irá resultar numa insuficiente relação profissional de saúde – doente. Esta relação irá revelar-se uma dificuldade acrescida para os profissionais no que respeita à correta monitorização das práticas e procedimentos aplicados.

Face a este fenómeno da hiperutilização das urgências é cada vez mais importante que as abordagens a esta problemática sejam direcionadas para a organização e responsabilização dos cuidados de saúde primários. Devem ainda ser planeados potenciais incentivos a quem efetivamente recorre a cuidados programados e penalizações aos que recorrem inadequadamente aos cuidados de urgência, a par da reformulação dos modelos de triagem, da melhoria do apoio telefónico e essencialmente dos critérios de acessibilidade quer a nível hospitalar, quer a nível dos CSP (DGS, 2001).

Os cuidados de saúde primários, conforme preconizado na Declaração de Alma-Ata em 1978 representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”.

Neste sentido é essencial compreender e conhecer o movimento de utentes entre os CSP e os Hospitais de referência de modo a identificar fragilidades na resposta às necessidades em saúde dos utentes e deste modo definir estratégias que futuramente possam evitar a procura por parte dos utentes das urgências hospitalares em detrimento da procura de cuidados junto da sua unidade de saúde e médico de família.

Acessibilidade? Ausência de resposta nos CSP? Perceção de maior rapidez? São algumas questões que efetivamente surgem quando nos debruçamos sobre a utilização das urgências hospitalares em detrimento da procura de cuidados de saúde na unidade funcional onde possuem inscrição. Neste sentido, a caracterização das

admissões hospitalares, permite averiguar se efetivamente existe um número significativo de utentes “não urgentes” ou “pouco urgentes”, que poderiam ter resposta ao seu problema de saúde nos CSP, qual o perfil de utentes que procura as urgências, e as características das unidades funcionais, bem como perceber se geograficamente existe um movimento de utentes relevante, considerando a extensa área de abrangência de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

Esta procura de cuidados hospitalares urgentes comporta alguns constrangimentos, no entanto, é importante ressaltar que a ausência de uma necessidade justificada clinicamente, só acresce custos ao sistema de saúde colocando em causa a qualidade dos cuidados prestados.

Face aos factos apresentados, pretende-se com o presente estudo caracterizar as admissões hospitalares por parte dos utentes do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central no Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar Lisboa Central, registadas durante o ano de 2014. Posteriormente analisar as características das unidades funcionais estabelecendo uma relação com as admissões nas urgências hospitalares em estudo e por fim estudar a utilização do serviço de urgência por parte de utentes do ACES Lisboa Central que recorreram à urgência de forma considerada abusiva durante o ano em análise.

“...o acesso aos cuidados de saúde precisa de ser colocado na ordem do dia não só pelas razões associadas à conjuntura que temos vindo a atravessar, mas também por razões estruturais associadas à transição epidemiológica e demográfica” (Relatório Primavera, 2015, pp. 49)

2. Enquadramento Teórico

2.1 Rede de Referência Hospitalar

Um dos objetivos do SNS é garantir o acesso dos utentes aos serviços que prestam cuidados de saúde, sendo este acesso assegurado pelo sistema integrado de informação.

Esta complementaridade entre instituições é assegurada por um sistema denominado por Redes de Referência Hospitalar (RRH).

Estas RRH são compostas por um conjunto de especialidades médicas e tecnológicas, o que permite uma melhor articulação em rede, a concentração de recursos rentabilizando-os ao máximo, permitindo deste modo a exploração de complementaridades que conseqüentemente conduzirá a um desenvolvimento dos conhecimentos e especialização dos recursos humanos existentes.

Os SU funcionam de acordo com uma lógica assente em dois conceitos: o de urgente e o de emergente (CRRNEU, 2012).

Urgente: São todos os episódios clínicos que podem não ser muito graves, no entanto existe o risco de falência de funções vitais;

Emergente: São todas as situações clínicas em que uma ou mais funções vitais, já estão comprometidas ou em risco iminente de ficarem.

Atualmente cerca de 80% da população portuguesa encontra-se na área de influência de um modelo de socorro adequado, que permite uma referência correta de acordo com as situações clínicas apresentadas.

A referência e encaminhamento realiza-se sempre para um serviço de urgência geral hospitalar, importa por essa razão explicitar quais os tipos de serviços existentes e a que necessidades efetivamente respondem, nomeadamente, os serviços de urgência polivalente (SUP), os serviços de urgência médico-cirúrgica (SUMC), e os serviços de urgência básica (SUB). O Despacho n.º 727/2007 de 15 de janeiro regulamenta estes serviços, bem como as competências e requisitos mínimos que cada um deles deve apresentar, nomeadamente:

Serviço de urgência médico-cirúrgica: Estes serviços encontram-se geralmente inseridos em hospitais gerais, e são o segundo nível de atendimento a situações

urgentes/emergentes, sendo obrigatória a presença de algumas especialidades e serviços específicos:

| | | |
|---|------------------|-------------------|
| Medicina Interna | Cirurgia Geral | Ortopedia |
| Anestesiologia | Cardiologia | Neurologia |
| Oftalmologia | ORL | Urologia |
| Unidade Cuidados Intensivos Polivalente | Bloco Operatório | Imuno-hemoterapia |
| Diálise para situações agudas | Imagiologia | Patologia Clínica |

Sempre que se verifique a impossibilidade por parte dos SUMC em responder às situações de urgência/emergência, estes deverão encontrar-se em articulação com o nível superior de urgência (SUP) em que a referência e conseqüentemente o transporte deverá ser assegurado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Serviço de urgência polivalente: É o atendimento de urgência/emergência mais diferenciado de todos em que estão presentes todas as valências do SUMC e encontram-se geralmente inseridos em hospitais gerais ou centrais, no entanto, face a situações específicas podem apresentar-se como urgências de referência não só regional, mas também nacional.

As urgências polivalentes além de integrarem todas as especialidades do SUMC acima mencionadas respondem também no âmbito das seguintes valências:

| | | |
|------------------------------------|----------------------------|---|
| Gastroenterologia | Cardiologia de Intervenção | Neurocirurgia |
| Cirurgia Plástica e Reconstructiva | Cirurgia Vasculuar | Imagiologia com Angiografia Digital e RMN |
| Patologia Clínica com Toxicologia | | |

Serviço de Urgência Básica: É o nível de atendimento a situações de urgência mais básico, considerando que os atendimentos são usualmente mais comuns, assumindo

ainda o papel de serviço de urgência para estabilização de situações de maior complexidade.

A existência de SUB é justificada nas regiões em que exista uma população significativa em que o SUP ou SUMC mais próximo não se encontra a menos de 60 minutos de distância.

Considerando o âmbito da intervenção efetuada num SUB existem requisitos mínimos a respeitar, nomeadamente a nível de recursos humanos tem de existir sempre dois médicos e dois enfermeiros, acompanhados por técnicos de diagnóstico e terapêutica (por área terapêutica), um auxiliar de ação médica e um administrativo por cada equipa.

No caso dos SUB não podemos referir a existência de valências obrigatórias, no entanto, encontra-se bem definido qual o tipo de equipamento que estes serviços devem possuir, nomeadamente, material para assegurar a via aérea, oximetria de pulso, monitor com desfibrilhador automático, eletrocardiógrafo, equipamento para imobilização e transporte do traumatizado, condições e material para pequena cirurgia, radiologia simples e patologia química.

Considerando a complexidade da Rede de Urgência e Emergência, revelou-se necessário proceder com alguma frequência à avaliação e análise do processo de implementação da mesma. Por este motivo, em setembro de 2011 é criada a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU).

A presente Comissão em fevereiro de 2012 procede à elaboração de um primeiro relatório onde são apresentadas recomendações, alterações e sugestões à melhoria dos serviços integrados na Rede, designadamente:

- Organização, gestão e estrutura dos serviços de urgência;
- Rede Nacional de Serviços de Urgência - Níveis de responsabilidade e pontos da rede;
- Rede Nacional de Viaturas de Emergência Médica;
- Sistema de Helicópteros de Emergência Médica em Portugal Continental;
- Recomendações sobre Competências e Formação em Urgência/Emergência;
- Requisitos para a informatização clínica dos serviços de urgência;
- Qualidade e indicadores de qualidade em Urgência/Emergência.

Apesar das diversas valências identificadas no relatório (CRRNEU, 2012) existem condições mínimas que, qualquer que seja o serviço de urgência existente no país, deve estar assegurado, nomeadamente:

- Assegurar o acesso dos cidadãos a um serviço de urgência/emergência através da disponibilização de uma linha de atendimento telefónico 112;
- Os cidadãos devem possuir um serviço de urgência acessível, que não ultrapasse os 60 minutos de distância;
- Dada a imprevisibilidade dos cidadãos que ocorrem às urgências, é obrigatória a existência de um serviço de triagem que permita a identificação de situações efetivamente urgentes/emergentes, de forma a assegurar o atendimento adequado;
- A qualificação dos profissionais de saúde, deve ser assegurada e adequada aos locais onde prestam cuidados de saúde;
- Todos os SU devem possuir um plano de catástrofe que responda adequadamente a situações onde exista um número elevado de vítimas;
- A transferência inter-hospitalar deve estar bem delineada de modo a ser eficaz no momento em que é necessário proceder à transferência de um doente, quando o hospital onde este se encontra não possui meios para responder à necessidade identificada;
- Os SU devem possuir um serviço de controlo de qualidade de modo a monitorizar os cuidados prestados, baseando-se em indicadores de qualidade definidos previamente, como por exemplo:
 - a) Tempo entre a admissão e a primeira observação médica, por nível de prioridade de observação;
 - b) Tempo de permanência no SU;
 - c) Taxa de readmissões não programadas;

Para que a monitorização seja eficaz e permita a intervenção adequada à melhoria dos cuidados prestados, é recomendado pela CRRNEU que esta ocorra trimestralmente.

2.2 Caraterização do Centro Hospitalar Lisboa Central

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC,EPE) foi criado pelo DL n.º 50-A/2007 de 28 de Fevereiro, sendo integrado numa só organização quatro hospitais centrais:

- Hospital de S. Marta, EPE (HSM),
- Hospital de D. Estefânia (HDE),
- Hospital de S. José (HSJ)
- Hospital de S. António dos Capuchos (HSAC)

A 1 de Março de 2012, de acordo com o Decreto - Lei n.º 44/2012 de 23 de Fevereiro, integram também o CHLC, o Hospital de Curry Cabral, EPE (HCC) e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC).

O HDE e a MAC respondem a situações no âmbito dos cuidados materno-infantis, o HSM a episódios no âmbito das doenças cardiovasculares, sendo que o HSJ, o HSAC e o HCC apresentam vocação generalista, para adultos.

O CHLC responde às necessidades em saúde da população de acordo com as seguintes especialidades médicas: Anatomia Patológica, Anestesiologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Cardiotorácica, Cirurgia Geral, Cirurgia Máxilo-Facial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Dermato-Venerologia, Doenças Infecciosas, Endocrinologia e Nutrição, Estomatologia, Farmacologia Clínica, Gastrenterologia, Genética Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia Clínica, Imunoalergologia, Imunohemoterapia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Interna, Medicina do Trabalho, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Neuropediatria, Neurorradiologia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Psiquiatria, Radiodiagnóstico e Urologia (Relatório e Contas, 2013).

A área de influência do CHLC corresponde a 38 de 53 freguesias do Concelho de Lisboa (antiga reorganização administrativa das freguesias), constituindo-se ainda como Centro Hospitalar de referência para o Hospital de Vila Franca de Xira, Hospital Médio Tejo e Hospital Distrital de Santarém.

2.3 Sistema de Triagem

A Urgência Polivalente do CHLC dispõe de um sistema de triagem baseado no “Protocolo de Manchester”.

A implementação deste protocolo visava o desenvolvimento de uma nomenclatura comum aos hospitais e entre profissionais de saúde. Este método de triagem não fornece um diagnóstico mas sim a identificação de uma prioridade clínica com base nos problemas identificados.

O Grupo Português de Triagem procedeu à definição da metodologia a implementar, sendo que o grande objetivo deste sistema de triagem incidia na agilização da gestão de doentes que todos os dias dão entrada nas urgências hospitalares, funcionando mais concretamente como um instrumento de apoio à decisão clínica.

O Sistema de Triagem de Manchester ao permitir a definição de uma prioridade clínica permite ainda um encaminhamento adequado, possibilitando a redução do tempo de permanência na urgência, capacitando o médico que realizará a primeira observação, de informação pertinente e relevante para a tomada de decisão clínica.

A Triagem de Manchester existente nos serviços de urgência é realizada de acordo com os seguintes critérios:

Figura 1 – Sistema de Triagem de Manchester

| Cor | Nome | Tempo – Alvo (minutos) |
|----------|---------------|------------------------|
| Vermelho | Emergente | 0 |
| Laranja | Muito Urgente | 10 |
| Amarelo | Urgente | 60 |
| Verde | Pouco Urgente | 120 |
| Azul | Não Urgente | 240 |

Fonte: Grupo Português de Triagem

Poderá ainda ser atribuída a cor branca a todos os doentes que apresentam situações consideradas não compatíveis com o SU, como por exemplo o caso de doentes admitidos para transplante ou para técnicas programadas. Quando se verificam situações deste âmbito regista-se como cor branca bem como a razão da sua atribuição.

Os serviços de urgência utilizam a Triagem de Manchester no momento de admissão do utente o que contribui para um melhor planeamento da prestação de cuidados aliados a uma melhor resposta às necessidades da população.

Guedes, Almeida, Ferreira, Júnior, & Chianca (2014) realizaram um estudo no Brasil onde o objetivo era caracterizar a população que recorria ao SU de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, tendo constatado que a média de idades era de 43 anos e cerca de 56,5% dos utentes eram do sexo masculino. As maiores queixas apresentadas (44%) correspondiam a dores abdominais, dores torácicas e dores de garganta sendo que 50,8% dos utentes foram classificados de acordo com as cores “azul” (Não urgente) e “verde” (Pouco urgente).

Face aos resultados obtidos, o autor concluiu que o SU foi utilizado inadequadamente pelos utentes, dado os mesmos terem utilizado este local como a porta de entrada no sistema de saúde considerando que os episódios registados podiam ter sido atendidos no âmbito dos CSP.

Sousa (2014) realizou um estudo que incidiu na caracterização dos episódios de urgência realizados no Centro Hospitalar Lisboa Norte de 2010 a 2013, concluindo que os episódios classificados como “não urgente” (verde) representavam cerca de metade dos atendimentos, no entanto, a diminuição destes episódios ao longo dos anos tem sido significativa registando-se um decréscimo de 44,6% entre 2010 e 2013.

Contrariamente os episódios classificados como “pouco urgentes”, estes aumentaram consideravelmente registando um uma subida de 41,3% entre 2010 e 2013.

2.4 Sistemas de Informação

São variados os sistemas de informação que encontram-se implementados nos hospitais portugueses, no entanto, o programa SONHO (Sistema Integrado de Informação Hospitalar) é um dos mais abrangentes considerando que engloba informação referente à urgência, internamento e consultas.

O SONHO permite registar todos os episódios de urgência, mediante um conjunto de dados com toda a identificação necessária do utente, nomeadamente:

Figura 2 – Dados registados na aplicação SONHO (Módulo urgência)

| Dados de identificação | Dados resultantes da urgência |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Número de urgência; • Data de urgência; • Hora de urgência; • Causa de urgência; • Proveniência do doente; • Unidade de saúde de proveniência; • Número do doente (utente); • Número do bilhete de identidade do doente; • Apelido; • Nome próprio; • Data de nascimento; • Sexo; • Filiação (mãe ou pai); • Estado civil; • Morada; • Localidade da morada; • Código postal; • Código da entidade responsável; • Número de beneficiário do subsistema | <ul style="list-style-type: none"> • Serviço/especialidade que viu o doente; • Código dos exames complementares (para efeitos de faturação) e atos médicos efetuados; • Código do diagnóstico da urgência; • Código do destino; • Código da unidade de saúde do destino; • Data de alta; • Hora de alta; • Código do médico responsável pelo serviço na urgência |

Fonte: Portal de Codificação e dos GDH

Apesar dos inúmeros constrangimentos ainda existentes na articulação entre CSP e Hospitais, nos últimos anos os sistemas de informação têm sido desenvolvidos no sentido de minimizar a falta de comunicação entre estas instituições, tarefa cuja responsabilidade pertence aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E (SPMS).

Um dos sistemas de informação que mais tem contribuído para este objetivo é a *Plataforma de Dados da Saúde (PDS)*. Esta plataforma é um sistema de partilha de dados de saúde, que permite entre variadas funcionalidades, o acesso por parte dos profissionais de saúde dos CSP e Hospitais a dados clínicos do paciente, como por exemplo, notas de alta, histórico de prescrições e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Esta funcionalidade permite ao profissional de saúde perceber e reconhecer o histórico do utente, o que por exemplo, poderá reduzir a probabilidade de duplicação de exames e potenciando uma maior rapidez no diagnóstico e/ou terapêutica.

Mais recentemente encontra-se em implementação no país uma plataforma denominada de *Sclinico*, que visa integrar numa só plataforma os dois sistemas em funcionamento nas instituições de saúde, o Sistema de Apoio Médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Este sistema de informação visa a uniformização dos procedimentos inerentes aos registos clínicos possibilitando uma melhor articulação entre os profissionais de saúde e os diversos serviços e valências.

Dado que a implementação desta plataforma ainda é recente e não abrange a maior parte das instituições de saúde, ainda é precoce reconhecer as vantagens que esta plataforma poderá apresentar para uma melhor gestão e acesso dos processos clínicos informatizados.

2.5 Caracterização do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central

O ACES Lisboa Central (ACESLC) foi criado pela Portaria n.º 394-B/2012 de 29 novembro, resultado da fusão do ACES II Lisboa Oriental e de cinco centros de saúde do ACES III Lisboa Central.

Face a esta reorganização geográfica, correspondente a 39,94km², a área de influência corresponde a 36 freguesias do concelho de Lisboa, sendo que após a reorganização administrativa das freguesias, corresponde atualmente a 12 freguesias (anexo I).

As freguesias acima mencionadas encontram-se todas situadas na área de influência do Hospital de S. José (HSJ), sendo esta a instituição de referência no que respeita ao SU.

De acordo com o Plano de Desempenho do ACELC para 2015, a 31 de dezembro de 2014, este ACES possuía 275,982 utentes frequentadores inscritos, sendo que 86,4% destes utentes possuíam médico de família atribuído, 13,2% não possuíam médico de família atribuído e 0,4% não apresentam médico de família por opção própria.

Figura 3 – As 5 Unidades funcionais do ACES Lisboa Central com mais utentes sem médico de família a 31/12/2014

| Unidade Funcional | N.º de Utentes sem médico de família |
|-------------------|--------------------------------------|
| UCSP Alameda | 9500 |
| UCSP Marvila | 4825 |
| UCSP Mónicas | 6525 |
| UCSP Olivais | 7685 |
| UCSP S. Nicolau | 4322 |

Fonte: Plano Desempenho ACES Lisboa Central 2015

O número de habitantes na área geográfica correspondente à zona de influência do ACESLC é inferior ao número de utentes inscritos, dado que cerca de 8,21% destes utentes não residem na área de influência do ACES o que contribui para um perfil etário um pouco mais jovem (anexo II)

A população inscrita contribui para um índice de envelhecimento no ACESLC (167,54%) muito superior ao índice de envelhecimento de Portugal (118,9%) e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) (128,00%).

Cerca de 63% dos utentes inscritos encontra-se entre os 15 e os 64 anos e aproximadamente 23% tem mais do que 64 anos de idade.

O ACESLC é constituído por 17 unidades funcionais, que se distribuem por 8 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 8 Unidades de Saúde Familiares (USF) modelo A e 1 USF modelo B, com um total de 136 médicos em funções.

Figura 4 - Unidades Funcionais ACES Lisboa Central

| UCSP | USF modelo A | USF modelo B |
|---------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| Mónicas | Oriente | S. João Evangelista dos Lóios |
| S. Nicolau | Monte Pedral | |
| Alameda | Arco | |
| Penha de França | Sofia Abecassis | |
| Marvila | Ribeira Nova | |
| Lapa | Jardins da Encarnação | |
| Olivais | Vasco da Gama | |
| Luz Soriano | Sétima Colina | |
| Sofia Abecassis (a extinguir em 2015) | | |

Face às unidades existentes neste ACES, no final do ano de 2014 a distribuição dos utentes de acordo com a existência de UCSP ou USF era a seguinte:

Figura 5 – Distribuição de % utentes inscritos por modelo de unidade funcional

| Modelo UF | % Inscritos | |
|--------------|-------------|--------|
| UCSP | | 58,5% |
| USF Modelo A | 37,0% | 41,50% |
| USF Modelo B | 4,5% | |

Durante o ano de 2014 e de acordo com o Plano de Desempenho do ACESLC (2015), registaram-se morbilidades com mais prevalência que outras na população inscrita nas unidades funcionais do ACES, sendo possível identificar as 10 patologias mais prevalentes, nomeadamente:

Figura 6 – Patologias mais frequentes na população inscrita no ACESLC

| Problema | Nº | Prevalência |
|---|--------|-------------|
| HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES | 38.601 | 13,99% |
| ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS | 33.255 | 12,05% |
| ABUSO DO TABACO | 17.732 | 6,43% |
| DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE | 13.380 | 4,85% |
| PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS | 13.241 | 4,80% |
| OBESIDADE | 10.743 | 3,89% |
| DISTÚRPIO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE | 8.360 | 3,03% |
| OSTEOARTROSE DO JOELHO | 7.294 | 2,64% |
| RINITE ALÉRGICA | 6.752 | 2,45% |
| EXCESSO DE PESO | 5.961 | 2,16% |

2.6 Articulação Cuidados de Saúde Primários e Hospitais

A promoção de melhores cuidados de saúde através da implementação de políticas direccionadas para a organização dos serviços e rentabilização dos recursos deve apresentar-se como uma das maiores preocupações, neste sentido é necessário que o caminho a percorrer tenha como linha orientadora quatro grandes objetivos (Marques, 2011):

- Sustentabilidade do sistema: porque só um sistema sustentável será capaz de responder às necessidades em saúde da população;
- Acessibilidade dos doentes/utentes: uma promoção da acessibilidade através de cuidados reais e adaptados à realidade;
- Qualidade: como padrão de exigência em qualquer estabelecimento de saúde;

- Relação médico-doente: como reforço e promoção dos CSP, garantindo as melhores respostas e encaminhamento adequado.

A organização dos cuidados de saúde deve apresentar-se bem definida, considerando a existência de uma rede de cuidados de saúde primários, que se efetiva por serem cuidados de proximidade e continuidade, que privilegia o cidadão, a família e a comunidade (PNS, 2012-2016).

Considerando esta organização de cuidados de saúde é fundamental que a articulação entre cada um dos prestadores seja eficaz porque desta forma torna-se possível assegurar a existência de uma partilha de informação adequada e a possibilidade de ser estabelecida uma atividade entre as várias organizações, cujo objetivo vise a implementação, monitorização e avaliação da articulação entre os cuidados de saúde primários e os hospitais.

A eficiência dos serviços de saúde e a satisfação dos utentes são dos focos mais importantes dos estabelecimentos de saúde do SNS, revelando-se importante definir estratégias que visem a correta articulação entre os CSP e os Hospitais, o que consequentemente se traduz numa racionalização e potencialização dos recursos humanos e financeiros, conduzindo a uma coordenação de cuidados eficazes que levam a uma redução de custos significativos (Torres, 2011).

Para que esta estratégia se efetive, é essencial que cada uma das organizações cumpra o seu papel, nomeadamente, os CSP deve apostar na promoção da saúde, permitindo melhorar o estado de saúde da população afeta à sua área de abrangência e os hospitais enquanto promotores de eficiência e produção. Esta correta articulação potencia ganhos em saúde através de uma eficaz e correta continuidade dos cuidados.

Os CSP e os Hospitais devem fazer uso das suas valências de modo a implementar instrumentos de desburocratização e agilização com vista à otimização de recursos sempre com o objetivo de alcançar padrões de qualidade e eficiência que respondam às necessidades em saúde da sua população (Torres, 2011).

A gestão de cuidados de saúde deve contemplar e avaliar as características e condições não só da oferta mas também da procura, o que permitirá a definição de estratégias para o planeamento dos cuidados de saúde e acesso a estes.

O modelo de Aday e Anderson tem como base políticas de saúde, sendo o financiamento, a educação, a organização e os recursos humanos elementos que

podem condicionar ou promover o acesso e a utilização de cuidados de saúde (Sousa, 2014).

Figura 7 – Modelo de Acesso aos Cuidados de Saúde de Aday e Anderson



Fonte: Geografia da saúde da população imigrante na área metropolitana de Lisboa

“As especificidades da política de saúde (as orientações políticas que cada país assume) influenciam as características do sistema de saúde e as características da população. Nesta sistematização analítica, considera-se que os conjuntos de factores anteriores vão influir na utilização dos serviços de saúde (no tipo e frequência de utilização) e na satisfação dos utentes (produto da relação entre as necessidades de cuidados identificados pelos profissionais de saúde e os resultados em termos de ganhos em saúde)” (Andrade, 2008, pp. 56).

A articulação dos CSP e os Hospitais, como já referido, deve ter em consideração que a eficiência leva a uma capacitação do sistema de forma a garantir a sua sustentabilidade económica e financeira, sustentabilidade essa que promove melhores acessos, uma rigorosa qualidade técnica e a continuidade da prestação de cuidados de saúde adequados.

O Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012), afirma que a interligação destes dois tipos de cuidados deve reger-se para uma mesma finalidade, ou seja, garantir a saúde o bem-estar da população, apesar de serem instituições distintas no que respeita à sua cultura organizacional e missão.

Deve esta articulação centrar-se essencialmente no cidadão o que começa por agilizar certos processos, designadamente:

- Construção de um sistema de gestão de utentes do SNS, que proporcione a todos o direito a um médico de família e acima de tudo um adequado acesso aos CSP;
- A implementação de sistemas de informação eficazes que consigam reunir a informação de saúde de cada cidadão com a maior segurança e confidencialidade possível, prevenindo desta forma desperdícios em saúde, como por exemplo, a duplicação de exames ou atrasos nos diagnósticos e terapêuticas;
- Promover a capacitação dos utentes, de forma a que estes assumam o controlo e gestão da sua saúde, o que se traduz numa responsabilização evidenciada numa correta utilização e gestão dos serviços de saúde disponíveis.

O desenvolvimento do SNS e das suas instituições de saúde têm sofrido grandes alterações ao longo dos anos, não só devido às inovações da tecnologia mas também devido a uma significativa alteração e transformação demográfica e epidemiológica do país, o que reforça a necessidade de ser estabelecida uma articulação cada vez mais integrada dos CSP e dos Hospitais. O Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012) retratou o que deveria ser esta interligação e integração de CSP e de Cuidados Hospitalares.

Figura 8 - Interligação e Integração Cuidados Saúde Primários e Cuidados Hospitalares

| <i>Parâmetros</i> | <i>CSP</i> | <i>Hospitais</i> |
|--------------------------|---|---|
| Objetivo assistencial | Melhorar o potencial de saúde da população e promover o envolvimento na gestão da sua saúde | Resolução célere de cada episódio de doença |
| Postura de Ação | Antecipação e proatividade | Resposta à procura |
| Atitude predominante | Relacional | Tecnológica |
| Relação com a comunidade | Proximidade | Maior distanciamento |
| Posicionamento | Linha da frente | Retaguarda |

| Modo de atuação | Flexível e personalizada | Padronizada |
|---------------------|-------------------------------------|------------------------|
| Organização | Pequenas equipas multiprofissionais | Equipas especializadas |
| Enfoque prioritário | Educação, capacitação, autonomia | Episódio de cuidados |
| Abordagem | Pessoa, família, comunidade | Caso clínico |

Adaptado de documento de trabalho GTDCSP “Interligação e Integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares” (2012)

A complementaridade destas duas instituições que prestam cuidados de saúde é facilmente definida considerando que cada uma apresenta bem delineado o seu papel na comunidade, bem como as respostas que pode fornecer a quem procura cuidados de saúde.

A temática da articulação entre os CSP e os Hospitais é por vezes controversa, sendo vários os grupos e comissões que têm sido constituídos com vista à avaliação da realidade existente, nomeadamente a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência criada em 2011. Esta Comissão também deu o seu contributo para esta temática, através da elaboração do Relatório CRRNEU em 2012 que revelou e sugeriu aspetos importantes a ter em consideração quando em análise estão os CSP e os cuidados hospitalares e respetiva articulação, designadamente:

- A principal missão dos SU é o atendimento de situações urgentes, sendo que os episódios de doença aguda devem ser assegurados pelos CSP no âmbito de um atendimento rápido não urgente;
- Os CSP devem assegurar o atendimento não urgente de situações agudas através da promoção da acessibilidade a consultas deste carácter;
- Os sistemas telefónicos de triagem que visam a orientação dos doentes devem ser potencializados de modo a regular o acesso aos serviços de urgência;
- É necessário consolidar as respostas dos CSP face a situações agudas não urgentes o que de alguma forma também está relacionado com a educação dos utentes que deverão consciencializar-se da importância em recorrer em primeiro lugar a estes cuidados de proximidade;
- Necessidade de definir estratégias que conduzam a uma diminuição dos utentes que recorrem aos SU com situações que não o justificam, como por

exemplo, o agravamento/aumento das taxas moderadoras ou agilizando a possibilidade dos SU procederem à reorientação destes utentes para os CSP.

A organização e gestão de algumas entidades já começa a ser pensada de modo a que esta coordenação entre CSP e Hospitais se efetive, como por exemplo, a criação de Unidades Locais de Saúde (ULS). Poderá ser este o caminho para uma melhor articulação, embora a evidência ainda não forneça resultados efetivos.

Apesar da reestruturação que os CSP têm vindo a sofrer ao longo dos anos, ainda parece distante o principal objetivo: Aumentar a resposta dos CSP e diminuir a procura dos SU.

As USF já proporcionam as designadas “Consultas Abertas” em que a marcação ocorre no próprio dia mediante contacto presencial ou telefónico. Por outro lado as UCSP também já apresentam respostas para situações agudas em que a marcação prévia não é a melhor alternativa, através das denominadas “Consultas Complementares” também designadas de “Consultas de Reforço” ou “Consultas de Recurso” e que permitem um atendimento médico por outro clínico que pode não ser o médico de família (em caso de ausência deste) ou quando o utente não tem médico de família atribuído (NEP, 2013).

Embora as respostas dos CSP estejam a ser implementadas de modo a criar condições e acessibilidade aos utentes para recorrerem a cuidados de saúde no caso de situações agudas, coloca-se a questão: Serão estes esforços suficientes para inviabilizar a procura de cuidados hospitalares?

Como resposta a esta questão, também a (CRRNEU, 2012) emanou algumas orientações que visam complementar as respostas já existentes e promover uma correta articulação entre cuidados primários e cuidados hospitalares.

- As respostas dos CSP direcionados para as situações de doença aguda devem ser adaptados às necessidades da população, no que respeita aos horários de atendimento e sempre que possível deve ser assegurado o atendimento pelo médico de família;
- Os profissionais de saúde, dos CSP e dos SU, devem privilegiar a organização de sistemas de referência, comunicação e de formação profissional;
- Os hospitais, nomeadamente os SU, devem estabelecer parcerias com os CSP com o objetivo de elaborarem em conjunto Normas de Orientação Clínica

adaptadas à realidade da procura pela população residente na área de abrangência destas instituições;

- Os CSP e os SU devem promover a discussão e reflexão de casos clínicos, o que poderá ser estabelecido através da criação de canais de comunicação específicos para este efeitos, que rapidamente colocam em comunicação os diversos profissionais de saúde das instituições;
- Os hospitais devem ser dotados da possibilidade de responderem a pedidos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) por parte dos CSP, o que permitiria dotar as unidades funcionais de respostas mais eficazes e que possivelmente teria um impacto na redução da afluência aos SU;
- A contratualização nos CSP deveria incluir indicadores e metas específicos que visassem avaliar o desempenho das unidades funcionais no que respeita ao atendimento de utentes com situações agudas de doença (procura de cuidados no próprio dia), potenciando desta forma a redução do número de utentes aos SU;
- Possibilitar os SU da capacidade de procederem à marcação de consulta nos CSP com relativa rapidez;
- Promoção e implementação de auditorias aos CSP e aos SU, que incidam nos registos de atendimentos urgentes e não urgentes, de forma a identificar o movimento de doentes entre as duas instituições, permitindo ainda conhecer e identificar os eventuais problemas e obstáculos para um bom desempenho.

A melhoria da articulação das instituições hospitalares com os CSP, permitiria uma referenciação dos utentes, mais adequada às necessidades clínicas e uma rentabilização dos recursos existentes, sendo que para este efeito uma definição de critérios de referenciação entre os CSP e os Hospitais devia ser uma estratégia prioritária. A procura de serviços de urgência por ausência de consultas cuidados primários, leva a uma recorrente sobrelotação dos serviços de urgência, revelando-se que uma grande maioria dos episódios acaba por ser triada como “não urgentes” (Nogueira, 2014).

2.7 Utilização dos Serviços de Urgência e Acesso aos Cuidados de Saúde Primários

A utilização dos serviços de urgência de forma desadequada por parte dos utentes leva a uma sobrelotação, sendo esta uma problemática que motiva inúmeros estudos e investigações.

As urgências hospitalares atendem diariamente muitos utentes cujo episódio de doença, nem sempre é passível de ser atendido neste tipo de serviço, o que se encontra relacionado muitas vezes pela perceção do utente e necessidade sentida por este em relação ao seu estado de saúde ou com a insuficiente resposta dos CSP. Apesar da resposta por vezes insuficiente dos CSP, o médico de família é muitas vezes o primeiro contacto do utente em situação de doença aguda, calculando-se que cerca de 38% das consultas diárias correspondem a situações urgentes (Palma, 2002). Por outro lado, a utilização inadequada dos serviços de urgência prejudica e dificulta o acesso aos utentes que efetivamente apresentam reais problemas de saúde, além do facto que uma procura desadequada diminui a qualidade dos cuidados aumentando os custos associados a estes (Carret, Fassa, & Kawachi, 2007).

O National Audit Office (2013) no Reino Unido emitiu um relatório onde são apresentadas algumas estratégias e evidências capazes de gerir a procura dos cuidados nos serviços de urgência.

Este relatório visa a identificação de estratégias para gerir a procura de cuidados hospitalares urgentes.

Uma gestão das admissões nos serviços de urgência deve ser um dos objetivos primordiais, de modo a assegurar que todos os utentes são atendidos nos locais de prestação de cuidados mais adequados. No entanto, para que esta gestão produza resultados efetivos é necessária uma correta e articulada participação de vários elementos, designadamente:

- Os CSP e os suportes sociais da sociedade devem assegurar os cuidados necessários dos utentes;
- Após admissão dos utentes nos SU, estes devem estabelecer uma articulação com a comunidade e com os serviços sociais existentes, de forma a assegurar que a permanência dos utentes nos SU não é superior à estritamente necessária para a resolução da doença/sintomas.

É ainda salientado pelos autores do relatório que é extremamente importante assegurar que os utentes recebem os cuidados necessários e adequados à sua condição porque caso não recebam, a probabilidade de recorrerem novamente aos serviços de saúde é elevada, o que consequentemente leva a que procurem respostas que não são as mais corretas, nos locais menos preparados para este efeito.

Se as respostas às necessidades em saúde forem adequadas, a probabilidade de apenas recorrerem aos SU os utentes que efetivamente necessitam de cuidados neste âmbito, é significativa.

Quando as respostas não são efetivas e não existe coordenação entre os diversos serviços de saúde, a pressão sobre os SU aumenta e é frequentemente associada a uma falta de resposta por parte dos CSP.

Apesar de ser significativamente importante uma correta articulação entre serviços e dotar estes mesmos serviços de respostas efetivas, existem fatores que poderão estar associados a um aumento da procura de cuidados nos SU, designadamente as mudanças demográficas, ou seja, o número de idosos com idade superior a 85 anos tem aumentado ao longo dos anos e associado a este aumento verifica-se o aumento da prevalência de doenças crónicas e todas as complicações associadas a estas. No caso destes utentes, se o acompanhamento não for o mais adequado, a necessidade de procurar cuidados de saúde será mais frequente.

Sousa (2014) analisou o acesso ao serviço de urgência do Centro Hospitalar Lisboa Norte constatando que no que respeita à hora de acesso a este serviço a maior afluência regista-se entre as 9 e as 11 horas, o que correspondeu a 20,5% dos episódios ocorridos durante o ano de 2013.

Verificou-se ainda uma afluência significativa no período da tarde entre as 14 e as 16 horas o que correspondeu a cerca de 20% dos episódios no ano de 2013.

Palma (2002) realizou um estudo cujos objetivos incidiam na utilização dos CSP face a situações urgentes num centro de saúde da grande Lisboa, onde foram identificados os motivos da consulta, caracterizada a perceção do utente relativamente à gravidade da sua situação clínica, identificação das razões que levaram os doentes a escolher aquele serviço de saúde e por último identificar características dos utentes e dos serviços de saúde.

O estudo realizou-se através da aplicação de questionários, tendo-se constatado num primeiro momento que 32% dos utentes perante uma situação de doença tinham recorrido à urgência hospitalar. As razões mais invocadas foram variadas, nomeadamente 20% dos utentes consideraram que o SU era o local mais adequado à

sua situação clínica e 14% afirmaram confiar mais neste serviço para resolução do seu estado clínico.

Observou-se ainda no referido estudo que as utentes do sexo feminino eram as mais frequentadoras de um SU, sendo as faixas etárias onde mais se verifica este facto entre os 20 e os 29 anos e os 50 e 59 anos de idade. Os motivos mais vezes evidenciados que levaram o utente a recorrer ao SU correspondiam a problemas de foro respiratório e do sistema músculo-esquelético.

A percepção do utente face à sua situação clínica é um fator muito importante dado que cerca de 42% dos utentes consideraram a sua condição demasiado urgente o que os levou a recorrer ao SU. Por outro lado há dois fatores que se revelaram bastante importantes no que respeita à preferência pelo SU em detrimento da sua unidade de saúde, designadamente o facto de que por muitas vezes a unidade de saúde já se encontrar fechada e por outro lado porque recorrer ao SU evita que o utente falte ao trabalho.

As conclusões remetem para uma utilização significativa dos CSP (59%), no entanto os utentes que recorreram ao SU revelavam uma maior insatisfação com o seu médico de família.

Carret, Fassa, e Kawachi (2007) procurou identificar quais os fatores associados ao uso inadequado dos serviços de urgência. Este estudo foi efetuado no Brasil mediante entrevista a 1647 utentes que recorreram ao serviço de urgência, tendo verificado que a prevalência de uma utilização desadequada representava 24,2% dos casos.

Verificou ainda que as mulheres entre os 15 e os 49 anos eram as que mais recorriam a este local de prestação de cuidados e no caso dos utentes com mais de 50 anos a existência de doenças crónicas e a ausência de um suporte social eram fatores que potenciavam a procura deste serviço de saúde.

Os motivos mais vezes invocados pelos utentes no que respeita à preferência pela utilização dos serviços de urgência em detrimentos dos CSP são variados, no entanto, alguns são mais frequentemente identificados, designadamente:

- Os SU proporcionam cuidados no próprio dia em que ocorre a procura;
- Os SU realizam exames cujos resultados são recebidos com uma maior rapidez;
- A crença instalada nos utentes de que nos SU resolvem mais rapidamente os seus problemas de saúde.

Este estudo evidenciou ainda que 21,4% dos utentes no SU não recorreram primeiramente aos CSP, 40,7% recorreram ao SU no mesmo dia em que os sintomas

surgiram, 6% dos utentes recorreram ao SU 3 ou mais vezes nos últimos 3 meses e 46% dos utentes utilizaram de forma inadequada o SU.

As principais conclusões deste estudo apontam para a necessidade de reforçar o acesso aos CSP, por exemplo, através da promoção da marcação de consultas periódicas aliado a uma correta referenciação às especialidades hospitalares sempre que assim se revele necessário.

Os CSP devem acima de tudo promover a relação médico-utente dado que esta relação potencia a adesão dos utentes a tratamentos, permitindo ainda a transmissão de uma educação adequada para a saúde, o que conseqüentemente permitirá um decréscimo da utilização de serviços de urgência, de internamentos e do número de exames realizados.

A utilização inadequada dos serviços de urgência é um problema reconhecido pelos variados sistemas de saúde existentes no mundo, motivo pelo qual não basta identificar a sua existência mas também mobilizar esforços para a construção de uma rede social de suporte a utentes idosos, através de uma promoção da articulação entre os diferentes níveis de cuidados complementado pelo desenvolvimento de campanhas de educação e sensibilização para uma utilização correta dos serviços de saúde existentes.

Em suma, verifica-se que os utentes subestimam os CSP e a importância que estes representam para a continuidade dos cuidados e promoção da saúde, sendo que a recorrente ida às urgências pode indiciar um uso excessivo de medicamentos e de MCDT.

Há uma forte evidência que o uso inadequado dos serviços de urgência está associado à dificuldade de acesso aos CSP, sendo ainda sugerido neste estudo que deveria ser permitida a referenciação dos serviços de urgência para o médico assistente do utente, devendo ainda ser realizados esforços para a identificação dos utentes que mais vezes utilizam o SU de modo a estabelecer uma articulação com os médicos de família desses utentes.

A utilização inadequada dos SU é uma problemática bem identificada, e concretamente em Portugal, alguns estudos têm incidido nos principais fatores subjacentes e comuns entre utentes que recorrem ao SU sem necessidade clinicamente justificada.

Cunha (2011) efetuou um estudo no SU do Centro Hospitalar Cova da Beira em que a utilização inadequada dos SU é definida como aquele em que o doente recorre a estes serviços, apresentando queixas, pouco ou nada urgentes e que seria possível serem resolvidas em ambulatório e com menos custos associados.

Verificou-se neste estudo que cerca de 50% dos episódios registados no SU deste centro hospitalar não necessitavam de ser atendidos neste contexto. Identificaram-se ainda utentes, caracterizados como hiperutilizadores, que corresponderam a cerca de 13% dos utentes admitidos no SU. As mulheres, cerca de 59%, são as que mais utilizam o SU e mais frequentemente mulheres com idades superiores a 59 anos.

Neste estudo que decorreu no ano de 2010, cerca de 48% das admissões foram classificadas segundo a Triagem de Manchester como “verdes” (pouco urgente). Relativamente ao destino após alta dos utentes admitidos no SU, 74% foram classificados como “Exterior não referenciado” e apenas 12% foram referenciados para o seu centro de saúde.

As conclusões deste estudo apontam para o facto de que a afluência aos SU continua a ser superior ao esperado, sendo alguns dos motivos a perceção que o doente tem da sua doença e como a classifica de urgente e uma possível resposta insuficiente dos CSP.

Carret, Fassa, e Domingues (2009), desenvolveram um estudo, com base numa revisão da literatura, cujo objetivo era definir a utilização inadequada dos SU e que fatores estariam subjacentes a esta problemática. A autora afirma que reconhecer que esta prevalência existe e quais os fatores associados a esta, permitem a adoção de estratégias e a definição de políticas eficazes com o objetivo de reduzir esta problemática.

Neste estudo foram identificadas as características mais comuns na utilização inadequada dos SU, designadamente:

- Os episódios que justificavam a utilização dos SU ocorriam entre as 0 horas e as 8h da manhã;
- A utilização inadequada do SU registava-se com mais frequência durante o período da manhã e da tarde;
- Não existe relação entre o dia da semana e a utilização excessiva do SU;
- Relação significativa entre a proximidade a um SU e a sua utilização inadequada;
- Os utentes com mais de 65 anos são os que recorrem ao SU mais vezes e sem condição clínica que o justifique;
- As mulheres são as que utilizam mais os SU e de forma incorreta, o que poderá ser explicado pelo facto de que são as mulheres que procuram mais cuidados de saúde;

- Os utentes que mais vezes recorrem ao SU inadequadamente são usualmente utentes que possuem doenças crónicas (diabetes, hipertensão, etc) e comorbilidades, tornando-se mais evidente nos utentes com 50 anos ou mais;
- Os utentes que não efetuam pagamento de taxa moderadora (isentos), são os que recorrem mais vezes ao SU;
- Os principais diagnósticos dos doentes que recorrem aos SU estão relacionados com problemas respiratórios, problemas digestivos, dores abdominais, dores no peito e queixas no âmbito da oftalmologia.

A razão mais evocada pelos utentes para recorrer aos SU está relacionada com o acesso, motivado pelas dificuldades sentidas em recorrer aos CSP, mais concretamente devido aos horários de funcionamento praticados associado à dificuldade em conseguir efetuar marcação de consulta com o médico assistente.

Cerca de 30 a 50% dos utentes refere que o que levou a que recorressem ao SU foi o horário de funcionamento dos CSP que não se adequava às suas necessidades, por outro lado, cerca de 40% dos utentes nem sequer efetuou uma tentativa de recorrer aos CSP. Outra das barreiras apontadas pelos utentes, está relacionada com a dificuldade em estabelecer contacto telefónico com o seu centro de saúde.

A principal conclusão retirada é que os CSP e a dificuldade de acesso destes potencia uma maior afluência aos SU, verificando-se que apesar de os CSP darem resposta durante o dia, a maior afluência ocorre no mesmo horário de funcionamento dos SU muitas vezes justificado pelos utentes devido à rapidez do atendimento e a possibilidade de obter cuidados no próprio dia.

A necessidade de encontrar estratégias para diminuir a elevada afluência de utentes aos SU, levou os autores Bittencourt e Hortale (2009) a desenvolver uma revisão sistemática de possíveis intervenções que podem ser adotadas para diminuir esta afluência, dado que a mesma traduz-se em consequências negativas para a prestação de cuidados, nomeadamente, a prestação de um baixo desempenho e uma qualidade assistencial reduzida.

Neste sentido, são apresentadas algumas estratégias e intervenções que na opinião do autor poderiam reduzir a afluência excessiva aos SU:

- Identificar os pacientes que procuram os SU com mais frequência e promover o seu reencaminhamento para os CSP;
- Implementar um serviço de enfermagem dedicado somente às admissões, altas e transferências, o que consequentemente obrigaria ao aumento do número de enfermeiros e equipas nestes serviços, mas que permitiria a diminuição dos tempos de internamento, de triagem e de permanência nos SU;

- Envolver os gestores hospitalares na identificação dos problemas e soluções para a problemática da lotação dos SU;
- Monitorizar o desempenho dos SU de acordo com indicadores clínicos e organizacionais;
- Implementar uma ferramenta de gestão que possua a capacidade para avaliar a procura de cuidados no SU, de modo a analisar o impacto dos procedimentos e desempenho que resultam em eventos adversos;
- Definir perfis dos profissionais adequados às suas funções;
- (Re)definição dos circuitos de admissão dos utentes.

Gomes (2013), realizou um estudo no Hospital de S. João no Porto cujo principal objetivo identificar o perfil do utilizador abusivo.

A elevada procura pode dever-se a alguns fatores, nomeadamente, o facto de que é recorrente esta afluência a SU por iniciativa do próprio utente, o que pode ser explicado pela proximidade ao SU, pela facilidade de acesso e devido à crença existente de que este serviço oferece uma resposta muito mais vasta no que respeita a cuidados de saúde.

São ainda apontadas como razões para recorrer ao SU a rapidez na obtenção de exames e seus resultados, o que permite obter informação sobre a sua situação clínica mais rapidamente. No que respeita aos idosos e a sua procura pelos SU existem fatores a ter em consideração, nomeadamente o facto de muitos não possuírem qualquer laço familiar e viverem num ambiente de solidão associado a variadas patologias crónicas.

Apesar da resposta por vezes insuficiente dos CSP existe ainda um desconhecimento significativo por parte dos utentes no que respeita às alternativas existentes no SNS, ao SU.

Muitos dos atendimentos que são efetuados no SU poderiam ser resolvidos nos CSP, o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos CSP (2012) identificou que cerca de 35 a 40% das pessoas que recorrem ao SU efetuam-no mediante situações de doença aguda não urgente e que deveriam ser diagnosticados e tratados ao nível dos CSP. Por esse motivo Gomes (2013) analisou a hora de entrada e o dia de semana em que existe maior afluência de utentes ao SU, dado serem fatores que permitem uma melhor caracterização dos episódios de urgência. Constatou-se que os episódios de urgência inadequados ocorrem maioritariamente no período da manhã e da tarde, sendo que 79% dos episódios ocorreram durante a semana e apenas 21% ocorreu ao fim de semana e cerca de 72% dos episódios ocorreram durante o dia, entre as 8h e as 0 horas.

Para avaliar o que podem ser considerados episódios de urgência inadequados é necessário identificar o que é considerado um episódio de urgência adequado, de acordo com o autor existem critérios concretos, e devem ter como origem ou resultar em:

- Transferência de outro local de prestação de cuidados;
- Hospitalização;
- Morte no SU;
- Necessidade de realização de MCDT's.

No estudo realizado por Gomes (2013), concluiu-se que as mulheres são as utentes que recorrem mais ao SU, sendo a média de idades dos utentes cerca de 53 anos.

São ainda referidos alguns aspetos importantes e que de alguma forma contribuem para uma maior afluência ao SU, nomeadamente a proximidade da residência ao SU, tendo-se verificado no estudo que a maior parte dos utentes que recorreu ao SU do Hospital de S. João residia numa área próxima do SU.

O facto de existirem épocas mais críticas, devem ser tidas em conta e influenciam o aumento das idas ao SU, como é o caso das épocas gripais e as épocas das alergias.

Teixeira (2010), efetuou o seu estudo no SU do Hospital de Santo António e constatou, à semelhança dos estudos já aqui apresentados, que as mulheres são quem mais recorrem ao SU, sendo a média de idades os 51 anos.

A maioria dos utentes que recorreu a este serviço, realizou-o de forma voluntária sendo as principais razões evocadas pelos mesmos, a perceção que tinham da severidade da sua condição clínica, de acordo com uma experiência prévia e perante uma indisponibilidade dos CSP associado a uma facilidade de acesso.

Apesar de existir alguma resistência de alguns utentes em recorrer aos CSP, alguns utentes ainda o fazem independentemente de posteriormente serem referenciados ao SU, sendo que as razões apresentadas por estes para se terem deslocado primeiramente ao seu centro de saúde, foram as seguintes:

- 57% dos utentes consideraram ser o modo mais adequado de aceder ao SNS;
- 15% dos utentes preferem evitar hospitais;
- 16% dos utentes consideravam que o problema não era urgente.

Relativamente ao período semanal e temporal onde se registou uma maior afluência ao SU, 40% recorre preferencialmente no período da tarde, 30% de manhã e 30% à noite. Os dias da semana com maior afluência foram as segundas – feiras e os sábados.

No que respeita ao destino do utente após admissão no SU, cerca de 84% teve alta e voltou ao seu domicílio, sendo que apenas 4% ficou internada.

Soares (2013) analisou as admissões em urgência no Hospital Garcia D´Orta em dois anos, 2011 e 2012, constatando que 57% das admissões era por parte de utentes do sexo feminino. Relativamente ao destino após atendimento em SU, verificou-se o seguinte:

Ano 2011 – 67% “Exterior não referenciado” / 25% “Seguimento do utente”

Ano 2012 – 65,5% “Exterior não referenciado” / 28% “Seguimento do utente”

Sendo os idosos, os utentes que recorrem com frequência aos SU, revela-se igualmente importante definir o perfil destes utentes, mais concretamente nos casos em que a condição clínica que os levou a recorrer ao SU foi considerada como “não urgente”.

Sawsen (2013) estudou esse mesmo perfil, tendo constatado que estes utentes recorrem muito ao SU, sendo estas admissões um dos motivos pelo qual os custos aumentam consideravelmente.

Sucintamente os idosos que recorrem ao SU, são utentes em que a presença de doenças crónicas e co-morbilidades é significativa e cuja resposta dos CSP nem sempre é a adequada às suas necessidades. Por este motivo, estes utentes utilizam os SU como porta de entrada do sistema de saúde o que revela a extrema importância em reorganizar os CSP de forma a dotá-los de respostas adequadas a estes casos, melhorando a articulação entre os diferentes níveis de cuidados.

Importa referir que dadas as características destes utentes é importante definir estratégias específicas para esta população, mas acima de tudo repensar as políticas sociais e seus suportes na comunidade que poderão minimizar algumas necessidades.

O serviço de urgência, funciona 24 horas por dia apresentando uma proximidade significativa com grandes áreas de residência sendo ainda de salientar que este tipo de serviço assegura cuidados a utentes sem que se revele necessário aceder a outros níveis de cuidados. Todos estes fatores tornam os serviços de urgência mais expostos a uma utilização abusiva (Gomes, 2013).

O utilizador frequente dos serviços de urgência constitui um problema para estes locais de prestação de cuidados dado que sobrecarregam os serviços, variadas vezes sem motivo clínico que o justifique.

Neste sentido, Locker (2007) realizou um estudo durante um ano num serviço de urgência no Reino Unido onde o principal objetivo era definir o utilizador frequente. Os principais resultados revelaram que em 98 908 episódios de urgência registados corresponderam a 75 141 utentes, revelando que 3,7% eram utentes que recorriam com frequência à urgência, representando 12,4% dos atendimentos efetuados.

Relativamente ao perfil deste utente do serviço de urgência a média de idades situava-se nos 50 anos sendo que 54% eram do sexo masculino

Van Uden e Crebolder (2004) também se debruçou sobre a problemática da afluência aos serviços de urgência, tendo efetuado um estudo na Holanda com base na seguinte questão: Será que a criação de horários alargados nos CSP reduziria a procura de cuidados nos serviços de urgência?

Este estudo decorreu durante 4 semanas, em que os CSP alargaram o seu horário de atendimento tendo-se verificado que durante este período temporal ocorreu um aumento de 9,8% nos atendimentos efetuados nos CSP, em sentido inverso, a procura do SU durante o horário alargado dos CSP diminuiu em cerca de 8,9%.

Concluiu-se que a redução da procura no SU foi mais visível nos utentes que davam entrada com problemas considerados “não-urgentes”. Existe ainda uma forte associação entre a reorganização dos CSP e a diminuição da procura no SU o que permite a rentabilização dos recursos, promoção da qualidade dos cuidados e eventualmente uma redução dos custos.

A utilização do serviço de urgência e o acesso aos CSP é cada vez mais discutido e mediático no que respeita às respostas do SNS, por este motivo e dado que nos últimos anos de acordo com a reforma dos CSP têm surgido alterações significativas na organização destes mesmos cuidados, Cortez (2009) realizou um estudo onde pretendia identificar qual o impacto da implementação das Unidades de Saúde Familiares (USF) na procura de serviços de urgência.

Este estudo tem por base o Modelo de Anderson, modelo utilizado para justificar o uso dos serviços de saúde e utilização das urgências hospitalares.

O Modelo de Anderson revela que a utilização dos serviços de saúde é um resultado combinado de diversos fatores, designadamente:

- Idade e género – representam a probabilidade dos utentes necessitarem de mais cuidados de saúde;
- Estrutura social – educação, capacidade para lidar com os problemas e encontrar soluções para os mesmos;

- Valores e crenças – traduz-se nas atitudes e no conhecimento que os utentes possuem sobre a saúde e os locais de prestação de cuidados.

No estudo de Cortez (2009) foram ainda analisadas as barreiras que podem levar o utente a recorrer em primeiro lugar em detrimento do atendimento dos CSP, sendo que os resultados obtidos foram os seguintes:

- 32% dos utentes referiram como motivo a “acessibilidade”;
- 20% dos utentes mencionaram que foram referenciados ao SU por outro médico;
- 11% dos utentes apontaram a “familiaridade” como motivo pelo qual recorreram ao SU;
- 22% dos utentes afirmaram que de acordo com a sua perceção de necessidade o SU era o mais adequado;
- 7% dos utentes evocaram como motivo a “confiança”.

Também neste estudo, as mulheres foram identificadas como as maiores utilizadoras do SU, bem como os utentes que apresentavam mais co-morbilidades e os utentes que não possuíam médico assistente ou ausência de um prestador de cuidados regular.

É ainda evidenciado no estudo as potencialidades que um prestador regular de cuidados de saúde apresenta para o utente na melhoria do seu estado de saúde, mais concretamente nos casos de doenças crónicas, permitindo obter melhores resultados em saúde.

Rust, Ye, e Daniels (2008) afirma que as mulheres são quem mais recorre ao SU, o que vai de encontro às conclusões dos estudos anteriormente apresentados.

Por outro lado, neste estudo o autor procedeu à identificação das barreiras identificadas pelos utentes no que respeita ao acesso aos CSP, tendo constatado as seguintes:

- Longo tempo de espera por uma consulta;
- Marcações limitadas e número de consultas reduzidas;
- Dificuldade em contactar o médico assistente telefonicamente;
- Dificuldade em obter consulta em caso de doença aguda.

O autor propõe que os CSP devem apostar na promoção da consulta aberta, permitindo deste modo um maior acesso aos CSP o que conseqüentemente teria um impacto positivo na afluência ao SU (sua diminuição).

Afilalo e Marinovich (2004) apresenta fatores semelhantes numa tentativa de justificar a preferência pelo SU em detrimento dos CSP, sendo que a dificuldade de acesso a estes cuidados é evidenciada pelos utentes mediante as queixas apresentadas no que respeita à dificuldade em obter marcação de consulta ou os largos tempos de espera a que são sujeitos.

Face aos estudos apresentados e que revelam um pouco do que tem sido estudado no que respeita à preferência em recorrer ao SU em detrimento dos CSP, são evidentes alguns aspetos em comum e transversais a estes estudos, nomeadamente:

- São as mulheres que mais recorrem ao SU, muitas vezes de forma excessiva e injustificada;
- A facilidade de acesso ao SU;
- A rapidez do atendimento aliado à facilidade com que são efetuados MCDT's e obtenção dos resultados dos mesmos;
- Dificuldade de acesso aos CSP, como por exemplo, dificuldade no agendamento de consulta, longos tempos de espera, horários pouco adequados às necessidades;
- Ausência de um prestador regular de cuidados de saúde (médico assistente);

Face ao exposto, até que ponto estarão os CSP estão a promover a melhor resposta e consequente prestação de cuidados e de que forma estas deficiências encontradas pelos utentes estão diretamente relacionadas com a afluência por vezes excessiva e injustificada, do ponto de vista clínico, aos SU do país provocando o aumento dos tempos de espera e consequentemente uma diminuição da qualidade assistencial e desempenho, aliado a um aumento de custos para o sistema de saúde.

Revela-se por este motivo necessário analisar e conhecer as características subjacentes à procura (utentes) e à oferta (unidades de saúde) e que podem diretamente influenciar a procura de cuidados urgentes hospitalares, por vezes sem necessidade manifesta.

3. Objetivos

De acordo com a revisão da literatura e com base nos dados disponibilizados, o presente estudo tem como principais objetivos:

- Caracterizar as admissões hospitalares registadas no Serviço de Urgência Polivalente do CHLC durante o ano de 2014 por parte dos utentes inscritos no ACES Lisboa Central.
- Identificar características das unidades funcionais (CSP) com o objetivo de estabelecer uma relação com as admissões nas urgências hospitalares em estudo.
- Estudar a utilização do serviço de urgência por parte de utentes do ACES Lisboa Central que recorreram à urgência de forma considerada abusiva durante o ano em análise.

4. Metodologia

A utilização dos serviços de urgência de forma recorrente leva a uma sobrelotação destes serviços, o que dificulta o acesso a utentes que efetivamente necessitam de cuidados hospitalares, o que conseqüentemente leva a uma diminuição da qualidade dos cuidados prestados levando a um aumento dos custos associados a estes cuidados (Carret, 2007). Por este motivo a utilização dos serviços de urgência por parte dos utentes é cada vez mais um tema central na gestão de organizações de saúde.

Os estudos direcionados a esta problemática são cada vez mais necessários e importantes porque permitem identificar as diferenças significativas que existem entre a oferta e a procura de cuidados de saúde.

Os Cuidados de Saúde Primários estão diretamente relacionados com esta procura de cuidados hospitalares (Carret, 2009), sendo frequente ocorrer uma associação entre a capacidade de resposta deste nível de cuidados e a procura excessiva e/ou desadequada dos serviços de urgência.

Carret (2007) e Guedes (2004) evidenciam nos seus estudos que esta procura de cuidados hospitalares pode ser considerada desadequada considerando que cerca de 50% das admissões correspondem a episódios classificados, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, de azuis (não urgente) e verdes (pouco urgente),

evidenciando que a maior parte destes utentes podiam ver o seu problema resolvido no seu centro de saúde, evitando deste modo recorrer ao SU.

Identificada a problemática revela-se necessário identificar quais os fatores associados a esta procura, nomeadamente procedendo à análise das características da oferta e da procura.

É com este objetivo que no presente estudo pretende-se identificar características da procura (utentes) e da oferta (CSP) que possam explicar o crescimento generalizado da procura de cuidados de saúde a nível hospitalar.

Para proceder a esta análise é fulcral caracterizar as admissões hospitalares, analisar fatores e características das unidades funcionais do ACES Lisboa Central, bem como o perfil do utentes abusivo de cuidados urgentes hospitalares.

De acordo com a revisão da literatura existem fatores que são comuns e transversais a esta problemática, nomeadamente o género, a idade, a área de residência, as morbilidades associadas, a atribuição de médico de família, entre outros.

Com base na informação disponibilizada pelo CHLC e o ACES Lisboa Central pretende-se averiguar se existe uma procura de cuidados urgentes desadequada e que características da oferta poderão explicar essa mesma procura.

A importância da análise desta informação deve ser encarada como um trabalho a ser desenvolvido pelas diversas entidades e que lhes permitirá compreender os fatores subjacentes a esta procura possibilitando desta forma às instituições de saúde delinear estratégias para uma intervenção adequada e eficaz junto dos utentes, assente na promoção do acesso aos cuidados de proximidade, potenciando desta forma a prevenção da doença e acima de tudo desenvolver esforços para uma diminuição da procura desajustada e injustificada de cuidados hospitalares, nomeadamente o SU.

O presente estudo é do tipo observacional descritivo transversal e exploratório.

Após definido o tema a analisar, foram solicitados os pareceres e autorizações necessárias, nomeadamente, para aceder à base de dados do Serviço de Urgência do Hospital de S. José foi solicitada autorização à Comissão de Ética para a Saúde do CHLC (anexo III). A segunda fase contemplava o pedido de autorização para extrair informação referente aos utentes que se encontravam inscritos no ACES Lisboa Central e que tinham recorrido ao SU do hospital de referência, para este efeito foi

solicitada autorização à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, I.P. e à Diretora Executiva do ACES Lisboa Central (anexo IV).

Reunidas todas as autorizações necessárias com vista à salvaguarda dos dados pessoais e clínicos dos utentes em estudo, iniciou-se a recolha de dados e operacionalização das variáveis.

Formalizou-se o pedido de acesso à base de dados do SUP (HSJ) do CHLC relativamente ao ano de 2014, tendo sido solicitados os seguintes dados:

- Número de utente;
- Género;
- Data de Nascimento;
- Idade;
- Causa da Admissão;
- Proveniência do utente;
- Data da Admissão;
- Dia da Semana;
- Cor da Pulseira atribuída;
- Destino após alta/admissão no SU;

Após receção da base de dados, a mesma foi cruzada com o RNU no ACES Lisboa Central de forma a serem extraídos apenas os utentes inscritos nas unidades funcionais do ACES Lisboa Central à data de 31 de dezembro de 2014.

Dos 152 375 episódios registados durante o ano de 2014 no SUP do CHLC, reduziu-se a base de dados para 81 929, tendo sido excluídos os utentes que não pertenciam ao ACES e todos os utentes com menos de 18 anos de idade.

Foram apenas considerados utentes com 18 ou mais anos, partindo do pressuposto que a iniciativa de recorrer ao serviço de urgência parte do próprio utente e da sua capacidade para perceber o seu estado de saúde.

No pedido remetido à Comissão de Ética da ARSLVT, I.P, foi solicitada autorização para efetuar o cruzamento de dados atrás mencionado, sendo a base de dados entregue à investigadora, completamente anonimizada, em que cada um dos doentes identificados através de números aleatórios.

Os dados retirados dos sistemas de informação do ACES Lisboa Central foram os seguintes:

- Unidade Funcional de inscrição;
- Presença ou ausência de médico de família;
- Número de consultas efetuadas no CSP durante o ano de 2014;
- Presença ou ausência dos diagnósticos mais prevalentes na população inscrita no ACES Lisboa Central;
- Freguesia de residência;

As bases de dados foram criadas e operacionalizadas em ficheiro Excel®, sendo posteriormente a análise e tratamento dos dados efetuado no sistema SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences).

A análise e tratamento de dados foi efetuada com vista à obtenção da seguinte informação:

- Caracterização dos 81929 episódios registados no SU durante o ano de 2014 por parte dos utentes do ACES Lisboa Central. Esta caracterização contemplou a análise da predominância de género, de idade, freguesia de residência, causa da admissão no SU, proveniência do utente quando recorreu ao SU, hora e dia da semana onde existiu uma maior procura de cuidados hospitalares, a cor da pulseira atribuída de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, o destino/encaminhamento do utente após admissão no SU;
- Foi analisada a unidade funcional em função do número de utentes que tinha recorrido ao SU, tendo em conta fatores como a atribuição ou não de médico de família, a unidade funcional onde possuem inscrição e respetivo modelo (UCSP ou USF) e as admissões consideradas “não urgentes” ou “pouco urgentes”;
- Analisaram-se os utentes frequentes, isto é, todos os utentes que tinham recorrido ao SU mais que 4 vezes ou 12 vezes num ano. Perante este critério a amostra foi reduzida a 15042 episódios procedendo-se à caracterização das admissões realizadas por estes utentes.

Reunida a informação necessária e após construção de base de dados com a informação relevante para o presente estudo procedeu-se à análise e tratamento dos dados, tendo sido obtidos os resultados a seguir descritos.

5. Apresentação de Resultados

5.1 Caracterização das admissões hospitalares no CHLC

Procedeu-se à caracterização dos 81928 episódios registados no Serviço de Urgência Polivalente do Hospital de S. José, durante o ano de 2014, por parte dos utentes do ACES Lisboa Central, tendo sido analisadas as seguintes variáveis:

Género

Verificou-se que 57,0% dos episódios correspondem a utentes do sexo feminino e 43,0% a utentes do sexo masculino.

Tabela 1 – Utilização do Serviço de Urgência de acordo com o género

| Género | Frequência | Percentagem |
|-----------|------------|-------------|
| Masculino | 35244 | 43,0 |
| Feminino | 46684 | 57,0 |
| Total | 81928 | 100,0 |

Idade

Relativamente à variável idade, a média de idades dos utentes que recorreram ao serviço de urgência é de 57 anos, verificando-se que o utente mais novo que recorreu a este serviço apresentava à data 18 anos e o mais idoso, 104 anos de idade.

Tabela 2 – Utilização do Serviço de Urgência de acordo com a idade dos utentes

| Idade | |
|--------------|-------|
| Média Idade | 57,51 |
| Idade Máxima | 104 |
| Idade Mínima | 18 |

Freguesia de Residência

De acordo com os dados da Carta Administrativa Oficial Portuguesa (CAOP 2013), foi possível verificar o n.º de residentes por freguesia e estabelecer uma relação com a utilização do SU (n.º de admissões).

Desta análise resultou o rácio de admissões de acordo com o número de residentes, constatando-se que a freguesia de Marvila em função do seu número de residentes é

a que regista maior percentagem de utilização (38,5%), evidenciando-se também a freguesia do Beato, Misericórdia, Penha de França, Olivais e Arroios, com percentagem de utilização superiores a 30%.

Tabela 3 – Rácio de admissões por número de residentes por freguesia

| Freguesia | N.º Admissões | N.º de residentes (CAOP 2013) | Admissões/Residente |
|-------------------|---------------|----------------------------------|---------------------|
| Marvila | 14572 | 37793 | 38,5% |
| Beato | 4718 | 12737 | 37% |
| Misericórdia | 4816 | 13044 | 37% |
| Penha de França | 10013 | 27967 | 36% |
| Olivais | 11905 | 33788 | 35% |
| Arroios | 11090 | 32770 | 34% |
| Santa Maria Maior | 6068 | 24841 | 24,5% |
| São Vicente | 5578 | 24428 | 23% |
| Areiro | 4125 | 20131 | 20,5% |
| Estrela | 3669 | 20128 | 18% |
| Santo António | 1861 | 41865 | 4,5% |
| Parque das Nações | 80 | 21025 | 0,3% |

Causa Admissão

De acordo com a terminologia utilizada no momento do registo da admissão pelo CHLC, procedeu-se à análise das frequências e percentagens das causas de admissão onde se verificaram mais de 100 episódios.

Desta análise constatou-se que 86,5% corresponderam ao motivo “Doença” seguido do motivo “Acidente Pessoal/Queda” com 6,7% das admissões (anexo V).

Tabela 4 – Frequência de admissões por “causa de admissão” (> 100)

| Causa de Admissão Serviço Urgência | Frequência Admissões | Percentagem de admissões |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Doença | 70835 | 86,5 |
| Agressão | 725 | ,9 |
| Acidente pessoal/queda | 5493 | 6,7 |
| Acidente pessoal/outro | 3547 | 4,3 |

| | | |
|------------------------------|-----|----|
| Acidente pessoal/intoxicação | 105 | ,1 |
| Acidente viação | 470 | ,6 |
| Acidente trabalho | 576 | ,7 |

Proveniência

A proveniência do utente quando se desloca ao serviço de urgência pode ser variada, sendo que de acordo com o registo do CHLC existem 7 tipos de proveniência. Analisando todas as admissões, verifica-se que 93,5% dos episódios corresponderam a utentes que recorreram ao SU por iniciativa própria (“Exterior”), sendo a referência por parte do Centro de Saúde correspondente a 2,9% das admissões.

Tabela 5 – Frequência de admissões no SU por proveniência

| Proveniência | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|-------------|
| ARS/Centro Saúde | 2383 | 2,9 |
| Clinicas Privadas | 75 | ,1 |
| Exterior | 76585 | 93,5 |
| Hospitais SNS | 1057 | 1,3 |
| Outros | 26 | ,0 |
| Saúde 24 | 1485 | 1,8 |
| Serviço Hospital | 314 | ,4 |

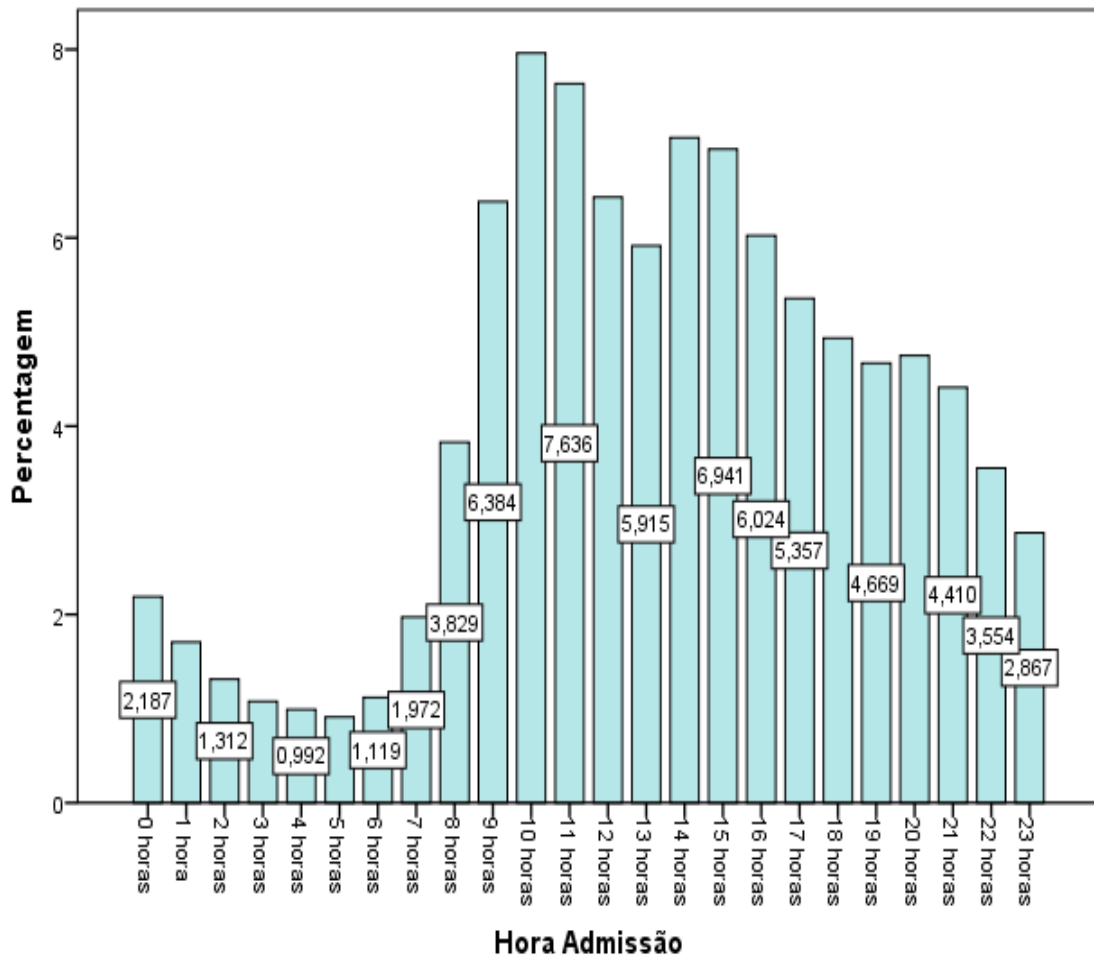
Hora de Admissão

O serviço de urgência funciona 24 horas por dia, motivo pelo qual importa analisar a afluência dos utentes ao SU de acordo com a hora a que recorrem ao mesmo.

Neste sentido procedeu-se à análise de todas as admissões de acordo com a hora registada no momento da admissão, verificando-se que existem dois momentos do dia onde a afluência é mais expressiva, nomeadamente, entre as 10 e as 11 horas (15,6% das admissões) e entre as 14 e as 15 horas (14% das admissões).

A partir da meia – noite começa a ocorrer um decréscimo da afluência à urgência, verificando-se uma nova procura a partir das 7/8 horas da manhã.

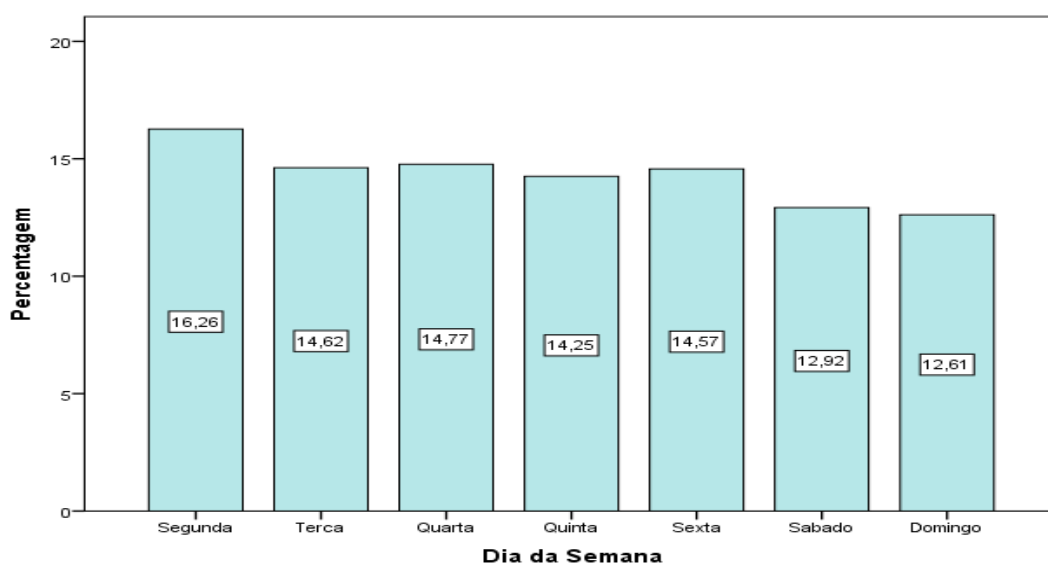
Gráfico 1 – Distribuição o número de admissões por hora



Dia da Semana

O serviço de urgência encontra-se em funcionamento 7 dias por semana sendo importante analisar a afluência a este serviço por dia da semana. Desta análise verifica-se que a segunda-feira é o dia onde a procura de cuidados hospitalares urgentes é maior (16,26% das admissões), mantendo-se nos restantes dias um pouco abaixo, aproximadamente 14% das admissões por dia. A diminuição da procura de cuidados urgentes é mais evidente aos fins-de-semana, onde a percentagem de admissões desce para os 12% (anexo VI).

Gráfico 2 – Distribuição das admissões no SU por dia da semana



Cor da Pulseira

No momento da admissão no SU a cada utente é atribuída uma pulseira com uma determinada cor, de forma a agilizar o processo de atendimento em função da urgência/emergência de cada caso. O que se verifica nesta análise é que 51,2% das admissões correspondem a situações consideradas “não urgente” ou “pouco urgente”.

Tabela 6 – Classificação das admissões de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester

| Cor Pulseira | Frequência | Percentagem |
|-------------------------|------------|-------------|
| Azul (não urgente) | 672 | 0,8 |
| Verde (pouco urgente) | 41331 | 50,4 |
| Amarelo (urgente) | 34698 | 42,4 |
| Laranja (muito urgente) | 4593 | 5,6 |
| Vermelho (emergente) | 246 | 0,3 |

Destino Após Alta

Após a admissão no serviço de urgência o utente é atendido por um profissional que referenciará o utente para o local mais adequado à sua necessidade. Neste sentido, e analisando todas as admissões registadas verifica-se que o mais frequente é que após o atendimento no SU, o utente é referenciado para o seu Centro de Saúde (37,6% das admissões), seguido do destino designado de “Exterior não referenciado” (33,2% das admissões), sendo que este destino significa que o utente não foi encaminhado para

qualquer outro tipo de prestação de cuidados, dando-se como resolvida a situação clínica que o levou a procurar as urgências hospitalares.

Tabela 7 – Destino dos utentes após atendimento no SU

| Destino | Frequência | Percentagem |
|-----------------------------|------------|-------------|
| Abandono | 2454 | 3,0 |
| ARS/Centro Saúde | 30825 | 37,6 |
| Consulta Externa | 9315 | 11,4 |
| Exterior não Referenciado | 27182 | 33,2 |
| Falecido com Autópsia | 32 | ,0 |
| Falecido sem Autópsia | 197 | ,2 |
| Morgue (entrou cadáver) | 5 | ,0 |
| Não Respondeu Chamada | 1017 | 1,2 |
| Outro Hospital | 736 | ,9 |
| Saída Contra Parecer Medico | 387 | ,5 |
| Serviço Internamento | 9778 | 11,9 |

5.2 Análise das características das unidades funcionais do ACES Lisboa Central e sua relação com as admissões no serviço de urgência do CHLC

Após análise das diversas dimensões associadas às admissões hospitalares registadas, revela-se necessário proceder à análise das características a nível dos CSP, com o objetivo de estabelecer uma relação com a procura de cuidados hospitalares urgentes.

Neste seguimento foram analisados os seguintes parâmetros:

Unidade Funcional

Considerando o número de admissões e o número de utentes inscritos nas diversas unidades funcionais, constatou-se que as admissões no SU foram mais expressivas por parte de utentes dos utentes da UCSP Luz Soriano (51% das admissões) e da UCSP Penha de França (43% das admissões). Relativamente às unidades de saúde familiares, a USF Monte Pedral (35,5% das admissões) e a USF Oriente (33.9%) foram as que, em função da população inscrita, tiveram mais utentes a recorrer ao SU durante o ano de 2014.

A UCSP Lapa (17,9% das admissões) e a USF Arco (15,9%) as que registaram menos afluência dos seus utentes aos SU.

Tabela 8 – Distribuição das admissões no SU por unidade funcional

| Unidade Funcional | N.º Admissões | N.º de utentes inscritos | Rácio Admissões/Utentes Inscritos |
|--------------------------|----------------------|---------------------------------|--|
| UCSP Alameda | 10909 | 42760 | 25,5% |
| UCSP Lapa | 4697 | 26238 | 17,9% |
| UCSP Luz Soriano | 900 | 1762 | 51% |
| UCSP Marvila | 9361 | 26675 | 35% |
| UCSP Olivais | 5072 | 18051 | 28% |
| UCSP Penha de França | 7464 | 17350 | 43% |
| UCSP S. Nicolau | 4754 | 13501 | 35% |
| USF Arco | 1759 | 11054 | 15,9% |
| USF Jardins Encarnação | 3630 | 15173 | 23,9% |
| USF Lóios | 4181 | 15173 | 27,5% |
| USF Monte Pedral | 5221 | 14671 | 35,5% |
| USF Oriente | 5090 | 14985 | 33,9% |
| USF Ribeira Nova | 2961 | 8965 | 33% |
| USF Sétima Colina | 5034 | 15336 | 32,8% |
| USF Vasco da Gama | 3639 | 15054 | 24,1% |
| USF Sofia Abecassis | 1284 | 7282 | 17,6% |

Médico de Família

No que respeita à atribuição de médico de família na sua unidade funcional, 83% das admissões correspondem a utentes que possuem médico de família, sendo que 17% das admissões dizem respeito a utentes que não possuem um prestador de cuidados na sua unidade de saúde, motivo pelo qual o seu acesso aos CSP poderá estar condicionado.

Tabela 9 – Distribuição das admissões de acordo com a atribuição de médico de família na unidade funcional

| Médico de Família | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|-------------|
| Com Medico | 68019 | 83,0 |
| Sem Medico | 13909 | 17,0 |

Unidade Funcional e Sistema de Triage de Manchester

A definição do grau de urgência no momento da admissão no SU permite aferir quais as situações que efetivamente são urgentes e necessitam de cuidados hospitalares e de rápida intervenção, cuja resposta poderia ser dada ao nível dos CSP. Neste sentido, procedeu-se à análise da distribuição das admissões de acordo com a cor da pulseira atribuída e em função das unidades funcionais.

Neste contexto, foi efetuado uma primeira análise dos dados de acordo com o modelo de unidade funcional, nomeadamente para UCSP's e USF's, verificando-se que no total 60% das admissões corresponderam a utentes inscritos em UCSP's e 40% a admissões por parte de utentes inscritos em USF's.

Verificou-se ainda que o maior número de admissões correspondia a “pulseira verde”, quer nas UCSP's, quer nas USF's.

Tabela 10 – Distribuição das admissões de acordo com o modelo de unidade funcional e a cor de pulseira atribuída

| Modelo de Unidade Funcional | Cor Pulseira | | | | | | Total |
|-----------------------------|--------------|-------|---------|---------|----------|--------|-------------|
| | Azul | Verde | Amarelo | Laranja | Vermelho | Branco | |
| UCSP | 420 | 24757 | 20796 | 2791 | 146 | 220 | 49130 (60%) |
| USF | 252 | 16574 | 13902 | 1802 | 100 | 168 | 32798(40%) |
| Total | 672 | 41331 | 34698 | 4593 | 246 | 388 | 81928 |

Posteriormente efetuou-se uma análise de todas as admissões de forma mais pormenorizada, por unidade funcional.

Desta análise verifica-se que em todas as unidades a percentagem de admissões correspondentes a “pulseira verde” é superior às restantes classificações de acordo com a Triagem de Manchester.

É também possível verificar que várias unidades apresentam percentagens superiores a 50% do total das admissões classificadas como “pouco urgentes” (verde), designadamente: UCSP Alameda, UCSP Luz Soriano, UCSP Penha de França, UCSP S. Nicolau, USF Ribeira Nova e USF Sétima Colina.

No entanto, nas restantes unidades é possível verificar que as admissões classificadas como “pouco urgentes” estão todas acima dos 45% (das admissões correspondentes a cada uma das unidades).

Tabela 11 – Distribuição das admissões de acordo com a cor de pulseira por unidade funcional

| Unidade Funcional | Triagem de Manchester (cor da pulseira) | | | | |
|---------------------------|---|-------|---------|---------|----------|
| | Azul | Verde | Amarelo | Laranja | Vermelho |
| UCSP Alameda | 0,9% | 50,4% | 42,1% | 5,9% | 0,3% |
| UCSP Lapa | 0,7% | 48,1% | 44,4% | 6% | 0,2% |
| UCSP Luz Soriano | 1,8% | 56,2% | 35,7% | 5,3% | 0,3% |
| UCSP Marvila | 0,6% | 49,5% | 43,8% | 5,4% | 0,3% |
| UCSP Mónicas | 1,0% | 51,3% | 41,8% | 5,2% | 0,2% |
| UCSP Olivais | 0,6% | 47,9% | 44,5% | 6,2% | 0,3% |
| UCSP Penha de França | 1,2% | 53,6% | 39,1% | 5,2% | 0,3% |
| UCSP S. Nicolau | 1,1% | 54,9% | 38,2% | 5,1% | 0,3% |
| USF Arco | 1,3% | 46,4% | 44,9% | 6,5% | 0,6% |
| USF Jardins da Encarnação | 0,5% | 48,0% | 44,5% | 6,3% | 0,2% |
| USF Lóios | 0,6% | 49,3% | 43,7% | 5,5% | 0,3% |
| USF Monte Pedral | 0,8% | 49% | 44,3% | 5,2% | 0,3% |
| USF Oriente | 0,8% | 49,8% | 42,6% | 5,9% | 0,2% |
| USF Ribeira Nova | 1,0% | 53% | 40,5% | 4,8% | 0,2% |
| USF Sétima Colina | 0,6% | 52,8% | 40,3% | 5,2% | 0,4% |
| USF Vasco da Gama | 0,7% | 48,4% | 44% | 6,2% | 0,5% |
| USF Sofia Abecassis | 0,4% | 49,6% | 43,4% | 5,9% | 0,1% |

5.3 Utilização do Serviço de Urgência por utentes frequentadores

Os utentes frequentes foram identificados de acordo com o número de admissões verificadas durante o ano de 2014, nomeadamente todos os utentes com mais de 4 ou 12 episódios por ano.

Desta análise constatou-se que 2049 utentes recorreram ao SU durante o ano de 2014 mais do que 4 vezes e 178 utentes deslocaram-se ao SU 12 ou mais vezes num ano. Verificou-se que o número mais elevado de admissões no SU corresponde ao utente 41782 que recorreu ao SU 79 vezes no mesmo ano, no entanto não efetuou qualquer consulta na sua unidade funcional durante o ano de 2014.

No total estes utentes representaram 15.042 episódios de urgência (anexo VII)

Tabela 12 – Distribuição dos 5 utentes mais frequentadores de acordo com o número de admissões no SU e consultas nos CSP

| Utente | N.º Admissões SU | Consultas CSP |
|--------|------------------|---------------|
| 41782 | 79 | 0 |
| 14186 | 78 | 2 |
| 42935 | 70 | 1 |
| 194 | 64 | 2 |
| 7606 | 62 | 11 |

Género

No que respeita ao género, verificou-se que a admissão no SU é semelhante entre os dois géneros, existindo no entanto uma maior prevalência de mulheres, nomeadamente, 54,1% dos episódios correspondeu a utentes do sexo feminino e 45,9% a utentes do sexo masculino.

Tabela 13 – Distribuição das admissões dos utentes frequentadores por género

| Género | Frequência | Percentagem |
|-----------|------------|-------------|
| Masculino | 6902 | 45,9 |
| Feminino | 8140 | 54,1 |
| Total | 15042 | 100,0 |

Idade

A idade média dos utentes frequentes identificados situou-se nos 61 anos, verificando-se que o utente frequente mais novo tinha 18 anos e o mais idoso, 102 anos de idade.

Tabela 14 – Média de idades dos utentes frequentadores

| Idade | Estatística |
|---------------|-------------|
| N.º Admissões | 15042 |
| Média | 61,54 |
| Idade Mínima | 18 |
| Idade Máxima | 102 |

Unidade Funcional

Os utentes frequentadores representaram 15042 admissões, sendo que após análise destes episódios é possível constatar que em quase todas as unidades metade das admissões corresponde a episódios “pouco urgentes” (pulseira verde).

Verifica-se no entanto que existem unidades em que a percentagem de admissões correspondentes a situações “pouco urgentes” foi superior a 50%, nomeadamente na UCSP Luz Soriano, UCSP Mónicas, UCSP Penha de França, UCSP S. Nicolau e USF Ribeira Nova (anexo VIII).

Tabela 15 – Distribuição das admissões “não urgentes” e “pouco urgentes” dos utentes frequentadores por unidade funcional

| Unidade Funcional | Cor Pulseira | |
|------------------------|--------------|-------|
| | Azul | Verde |
| UCSP Alameda | 1,4% | 47,1% |
| UCSP Lapa | 0,9% | 49,3% |
| UCSP Luz Soriano | 3,8% | 63,2% |
| UCSP Marvila | 1,0% | 41,6% |
| UCSP Mónicas | 2,0% | 50,4% |
| UCSP Olivais | 1,3% | 44,9% |
| UCSP Penha de França | 2,5% | 52,7% |
| UCSP S. Nicolau | 1,3% | 54,6% |
| USF Arco | 2,4% | 40,0% |
| USF Jardins Encarnação | 0,5% | 42,5% |
| USF Lóios | 0,6% | 46,4% |

| | | |
|---------------------|------|-------|
| USF Monte Pedral | 1,3% | 44,1% |
| USF Oriente | 1,9% | 46,5% |
| USF Ribeira Nova | 2,5% | 52,4% |
| USF Sétima Colina | 1,2% | 48,3% |
| USF Vasco da Gama | 0,9% | 48,7% |
| USF Sofia Abecassis | 0,5% | 48,1% |

Atribuição Médico de Família

No caso dos utentes identificados como os mais frequentes, verificou-se que cerca de 83% das admissões no SU foram realizadas por parte de utentes que possuíam médico de família atribuído na sua unidade.

Tabela 16 – Distribuição das admissões de acordo com a atribuição de médico de família a utentes frequentadores

| Médico de Família | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|-------------|
| Com Médico | 12486 | 83,0 |
| Sem Médico | 2556 | 17,0 |
| Total | 15042 | 100,0 |

Destino após Atendimento no SU

Após registo da entrada em SU e analisando o destino após atendimento, constatou-se que 5746 dos episódios (38,2%) corresponderam a utentes frequentes referenciados para o seu centro de saúde e 4567 dos episódios (30,4%) corresponderam a “Exterior não referenciado”.

Tabela 17 – Distribuição das admissões referentes ao destino dos utentes frequentadores após atendimento no SU

| Destino | Frequência | Percentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Abandono | 818 | 5,4 |
| ARS/Centro Saúde | 5746 | 38,2 |
| Consulta Externa | 1405 | 9,3 |
| Exterior não Referenciado | 4567 | 30,4 |
| Falecido com Autópsia | 1 | ,0 |

| | | |
|-----------------------------|-------|-------|
| Falecido sem Autópsia | 24 | ,2 |
| Não respondeu à chamada | 325 | 2,2 |
| Outro Hospital | 185 | 1,2 |
| Saída Contra Parecer Médico | 99 | ,7 |
| Serviço Internamento | 1872 | 12,4 |
| Total | 15042 | 100,0 |

Consultas Efetuadas nos CSP

Os utentes que recorreram ao SU mais do que 4 no ano de 2014 foram na maioria utentes que recorreram aos CSP durante o mesmo ano e obtiveram consultas.

Mais concretamente cerca de 73% efetuaram 1 ou mais consultas nos CSP durante o ano de 2014.

Tabela 18 – Distribuição das admissões de acordo com o n.º de consultas efetuadas nos CSP pelos utentes frequentadores

| Consultas CSP | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|-------------|
| Sem Consultas CSP | 2388 | 15,9 |
| Com Consultas CSP | 11023 | 73,3 |
| Não Definido | 1631 | 10,8 |
| Total | 15042 | 100,0 |

Diagnósticos ICPC

De acordo com a classificação ICPC e considerando os diagnósticos mais prevalentes no ACES Lisboa Central, analisámos se os utentes considerando frequentes apresentavam estes diagnósticos.

Verificou-se que após análise das admissões hospitalares por parte destes utentes, cerca de 11,9% apresentavam sinais de Abuso de Tabaco, 22,6% apresentava Alteração Metabólica dos Lípidos, 15,6% eram utentes com Diabéticos, 37,5% utentes com Hipertensão e 12,7% eram utentes a quem tinha sido identificada Perturbação Depressiva.

Verifica-se no entanto que mais de metade das admissões, dizem respeito a utentes que não possuem qualquer um destes diagnósticos.

Tabela 19 – Distribuição das admissões de acordo com os diagnósticos registados nos CSP relativos a utentes frequentadores

| Diagnósticos ICPC | Abuso Tabaco | Alteração Metabólica Lípidos | Diabetes | Hipertensão | Perturbação Depressiva |
|--------------------------|---------------------|-------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------|
| Ausência | 88,1% | 77,4% | 84,4% | 62,5% | 87,3% |
| Presença | 11,9% | 22,6% | 15,6% | 37,5% | 12,7% |

6. Discussão Metodológica

No presente estudo surgiram algumas limitações que condicionaram as conclusões retiradas do mesmo, nomeadamente, o facto de os sistemas de informação dos CSP não permitirem registar as tentativas de acesso dos utentes a uma consulta na sua unidade de saúde apenas permite que se tenha acesso a esta informação com base no testemunho dos utentes. Não é possível quantificar e estabelecer relação entre a deslocação ao SU num determinado dia e a ausência de resposta dos CSP face à situação clínica do utente.

Por outro lado, no ACESLC todas as unidades de saúde utilizam como sistema de informação médico e de enfermagem o SAM e o SAPE, com exceção da USF Monte Pedral e a USF S. João Evangelista dos Lóios, que à semelhança de muitas USF's criadas entre 2009 e 2011 tinham como sistema de informação e registo o programa VitaHisCare®. Os problemas em extrair informação relativa a indicadores de produção e saúde deste programa em concreto começaram a surgir ao longo do ano de 2014 o que inviabilizou a própria avaliação das duas unidades, motivo pelo qual em outubro de 2014 a ARSLVT procedeu à sua substituição pelo programa MedicineOne®.

Esta alteração resultou em ausência de informação relativa aos utentes nomeadamente quanto ao tipo de inscrição, número de consultas efetuadas durante o ano ou qual as patologias presentes nestes utentes, estas situações foram identificadas no presente estudo como “não definido”.

As limitações são essencialmente de carácter informático, o que pressupõem que os sistemas de informação necessitam de ser melhorados com vista à satisfação das necessidades não só dos profissionais de saúde mas também com o objetivo de se serem acima de tudo ferramentas de apoio à tomada de decisão, no que respeita aos cuidados de saúde prestados à população.

Importa no entanto referir que relativamente às causas de admissão, o facto de a designação da causa mais prevalente ser apenas designada de “Doença” não permite uma análise mais aprofundada das patologias associadas e que originaram a procura de cuidados hospitalares.

Por último, um dos destinos dos utentes após atendimento no SU, surge designado de “ARS/Centro de Saúde” o que sugere que o utente é referenciado para a sua unidade de saúde, no entanto, esta referenciação ainda não é muito clara dado não existir um

contacto direto entre as duas instituições para este efeito. Por este motivo, a referenciação para a unidade funcional não é clara mediante esta análise de dados.

7. Discussão dos Resultados

Após efetuada a análise e tratamento dos dados retiraram-se algumas elações relevantes para o presente estudo e que passamos a analisar mais pormenorizadamente.

Caraterização das admissões hospitalares do Centro Hospitalar Lisboa Central

Num primeiro momento procedeu-se à análise e caraterização das admissões na urgência hospitalar do SUP do CHLC, tendo sido considerados 81928 episódios que corresponderam a utentes inscritos no ACES Lisboa Central.

Verificou-se que relativamente ao género, 43% das admissões correspondeu ao género masculino e 57% das admissões ao sexo feminino (tabela 1).

Esta distribuição das admissões em função do género vai de encontro às conclusões retiradas pela maioria dos estudos, nomeadamente, Palma (2002) evidenciou este facto no estudo realizado num centro de saúde da grande Lisboa, onde era predominante a procura de cuidados hospitalares por parte das utentes do sexo feminino, conclusão também evidenciada por Carret (2007) e Cunha (2011) e Sousa (2014).

Relativamente à idade dos utentes do ACESLC que recorreram ao serviço de urgência durante o ano de 2014 a média de idade situa-se nos 57 anos de idade (tabela 2).

Relativamente a esta variável e de acordo com a revisão da literatura a média de idades situa-se entre os 50 e 60 anos conforme expresso por Cunha (2011) que apontava uma maior prevalência de utentes com mais de 59 anos ou Gomes (2013) que referiu os 53 anos como a média de idades dos utentes que mais vezes recorriam ao SU ou ainda Teixeira (2010) que afirmou que a média de idades situava-se nos 51 anos.

Considerando a área geográfica do ACESLC aliado à área de abrangência do hospital de referência revelou-se importante analisar mais em detalhe a origem destes utentes

no que respeita à sua área de residência, concelho e freguesia. Esta análise permite averiguar se a proximidade da residência ao SU de referência potencia uma maior procura destes cuidados, conforme evidenciado por Gomes (2013).

Para este efeito foi pesquisada informação relativamente ao número de residentes em cada uma das freguesias (CAOP 2013), dado que a dimensão das freguesias é significativa, logo um número de admissões superior numa determinada freguesia pode não significar objetivamente que seja o local onde existe utentes a recorrer mais ao SU.

Dos resultados apresentados, os utentes que residem na freguesia de Marvila foram os que procuraram mais cuidados hospitalares urgentes, com 38,5% de prevalência, seguida da freguesia do Beato, Misericórdia, Penha de França, Olivais e Arroios, com percentagens superiores a 30% (tabela 3).

Relacionando estes resultados com a proximidade destas freguesias ao SU de referência, é possível verificar que os utentes das freguesias da Misericórdia, Penha de França e Arroios estão geograficamente mais próximos do SU, no entanto não se verifica essa proximidade no que respeita às freguesias de Marvila, Beato e Olivais. Esta distância ao SU que não inviabiliza, segundo os dados, a procura de cuidados urgentes poderá significar que os CSP não estão a responder às efetivas necessidades destes utentes, o que poderá ser explicado pelo facto de as UCSP's associadas a estas freguesias serem das mais prevalentes no que respeita à existência de um número elevado de utentes sem médico de família.

Analisando as causas de admissão no SU, de acordo com a base de dados fornecida pelo CHLC, onde foram contemplados todos os utentes independentemente da cor da pulseira atribuída no momento da triagem, verificou-se que a causa de admissão mais frequente é a “doença” com 86,5% das admissões, seguida da causa de admissão designada de “acidente pessoal/queda” com 6,7% das admissões (tabela 4).

O Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos CSP (2012) estima que cerca de 35 a 40% dos utentes recorria a cuidados hospitalares urgentes perante situações de doença aguda, situações estas que poderiam se tratadas e diagnosticadas ao nível dos CSP. Por outro lado o ACESLC possui um índice de envelhecimento muito superior ao da ARSLVT, revelando a presença de uma população muito idosa, fortemente associada a uma problemática nesta faixa etária, as quedas.

Analisando a proveniência dos utentes que recorreram ao SU do CHLC (tabela 5), é possível verificar que 93,5% das admissões registadas são classificadas como “Exterior”, logo a iniciativa de recorrer ao SU partiu do próprio utente.

Importa ainda referir que a referenciação ao SU através dos CSP é de apenas 2,9% dos casos, o que poderá estar relacionado com a dificuldade de acesso aos CSP evocada por alguns autores como Cunha (2011) ou Nogueira (2014) e o facto de muitos dos utentes não efetuarem nenhuma tentativa de obter atendimento na sua unidade funcional, conforme evidenciado por Carret (2007) que concluiu que cerca de 21% dos utentes que se dirigiam ao SU não tinham estabelecido contacto com a sua unidade de referência e que possivelmente se o tivessem feito evitava a deslocação inadequada à urgência hospitalar, potenciando uma melhor referenciação por parte dos CSP nos casos que efetivamente necessitavam de cuidados hospitalares.

Teixeira (2010) efetuou um estudo no SU do Hospital de Santo António tendo verificado que a maioria dos utentes recorreu ao SU de forma voluntária, conclusão semelhante foi a do estudo realizado por Gomes (2013) que concluiu que a maioria dos utentes recorria ao SU por iniciativa própria.

O funcionamento do serviço de urgência é assegurado 24 horas por dia e 7 dias por semana, motivo pelo qual importa compreender o padrão de procura de cuidados hospitalares urgentes.

Neste sentido foram analisadas as horas das admissões verificando-se que a maior procura correspondeu a 15,6% das admissões ocorridas entre as 10h e as 11 horas da manhã e 14% das admissões entre as 14h e as 15 horas (gráfico 1).

É também perceptível um decréscimo acentuado da procura a partir da meia – noite e que apenas volta a ganhar expressão por volta das 7h e 8 horas da manhã.

Desta análise é possível inferir que a procura de cuidados hospitalares regista-se maioritariamente durante o período de funcionamento dos centros de saúde (8h – 20h), registando-se inclusive que é fora do horário de funcionamento do centro de saúde que a procura de cuidados hospitalares decresce.

No que respeita aos dias da semana, a maior afluência regista-se à segunda-feira (16,26%) embora a diferença entre os 7 dias da semana não seja muito significativa, verificou-se ainda que o fim-de-semana é onde se regista uma menor afluência em comparação aos restantes dias (gráfico 2). Estes dados vão ao encontro de algumas conclusões retiradas da literatura onde a segunda-feira é o dia com mais afluência (Teixeira, 2010) ou como afirmou Gomes (2013) que 79% dos episódios eram registados durante os dias de semana.

Apesar de ser transversal a vários locais de prestação de cuidados que a procura ao fim de semana é significativamente mais baixa, poderá ainda existir uma relação com o facto de o ACESLC dispor de um atendimento complementar aos sábados,

domingos e feriados destinado essencialmente a situações de doença aguda onde não está presente o requisito de marcação prévia, o que torna-se um fator facilitador do acesso aos CSP.

O Sistema de Triagem de Manchester permite classificar as admissões no SU de acordo com o grau de urgência e permite ainda determinar a existência ou não de casos que poderiam ser resolvidos no âmbito dos CSP tendo em consideração que os episódios classificados como “Não Urgente” ou “Pouco Urgente” não carecem maioritariamente de cuidados hospitalares.

Neste sentido, analisaram-se as admissões no SU e constata-se que as pulseiras “Azul” e “Verde” correspondem a 51,2% das admissões (tabela 6). Estes dados refletem a utilização inadequada do SU por parte dos utentes (Nogueira, 2014), o que também se encontra claramente expresso em diversos estudos, nomeadamente, Cunha (2011) no estudo efetuado no SU do Centro Hospitalar da Cova da Beira detetou que cerca de 48% das admissões correspondiam a pulseira “verde” (pouco urgente). Guedes (2004) identificou que cerca de 50,8% dos utentes que recorreram ao SU tinha-lhes sido atribuída pulseira “azul” ou “verde”.

Finalizado o atendimento no serviço de urgência é importante compreender qual o destino do utente. Desta análise constatou-se que a maior parte dos episódios registados tiveram com destino o seu médico assistente/centro de saúde, cerca de 37% das admissões e cerca de 33% surge identificado como “exterior não identificado”, ou seja, não foi referenciado ou encaminhado para nenhum serviço de saúde (tabela 7).

Apesar de a percentagem de casos que não necessitaram de uma continuidade de cuidados ser significativa (aproximadamente 70% das admissões) é importante referir que a referenciação destes utentes para uma “Consulta Externa” ou para o “Serviço de Internamento” corresponderam a 23% das admissões.

Estes dados vão de encontro à análise anteriormente efetuada que evidenciava o facto de que cerca de metade das admissões não necessitavam de cuidados hospitalares urgentes (pulseira azul e verde), embora a referenciação para o centro de saúde seja ainda pouco clara porque não existe ainda um contacto direto entre as duas instituições que alerte o médico assistente para a necessidade de atender um determinado utente que recorreu ao SU.

Caraterísticas das unidades funcionais do ACESLC: Relação com as admissões no SU do CHLC

Considerando que o presente estudo pretende caraterizar as admissões hospitalares que ocorreram durante o ano de 2014 por parte de utentes inscritos no ACESLC e de forma a determinar algumas caraterísticas, não só dos utentes (procura) mas também da instituição de saúde (oferta) revela-se determinante conhecer quais as unidades de saúde cujos utentes recorreram ao SU.

À semelhança do que se verificou com as freguesias de residência também no que respeita às unidades funcionais não é possível determinar se a afluência ao SU por parte de utentes de uma determinada unidade é significativa, se não tivermos em linha de conta o número de utentes inscritos, considerando existirem diferenças entre as variadas unidades no que respeita ao número de profissionais de saúde e de população abrangida.

Para este efeito foi utilizado como referência o número de utentes inscritos a 31 de dezembro de 2014 em cada uma das unidades funcionais (tabela 8).

Constatou-se que a UCSP Luz Soriano é a que apresenta um rácio superior com uma prevalência de 51%, seguido da UCSP Penha de França com 43%, USF Monte Pedral com 35,5% e USF Oriente com 33,9%).

As unidades com a percentagem mais baixa são a UCSP Lapa (17,9%) e a USF Arco (15,9%).

A prevalência de admissões associadas à UCSP Luz Soriano pode ser explicada pelo facto de que esta unidade sofreu uma alteração na sua organização devido à criação da USF Ribeira Nova em março de 2014. A maioria dos profissionais foi desempenhar funções na USF ficando esta unidade apenas com um profissional médico, sendo que durante esta transição, alguns utentes ficaram sem médico assistente tendo sido posteriormente transferidos para unidades mais próximas da anterior.

Relativamente à UCSP Penha de França a proximidade geográfica da unidade ao SU pode explicar a procura significativa de cuidados hospitalares urgentes.

Por outro lado é de referir que as duas USF's que apresentam os valores mais elevados de admissões são duas unidades muito próximas geograficamente e que resultaram do antigo Centro de Saúde de S. João, logo servem uma população muito semelhante.

Na sequência da análise anterior poderia inferir-se à partida que os utentes sem médico são os que mais recorrem ao SU, considerando que a dificuldade de acesso

aos CSP poderá ser maior (Afilalo, 2004), no entanto verifica-se que 83,02% das admissões no SU foram efetuadas por utentes que possuem médico de família na sua unidade funcional e apenas 16,98% corresponderam a utentes sem médico de família atribuído (tabela 9).

De acordo com Cortez (2009) uma das barreiras existentes entre os utentes e os CSP é a ausência de médico assistente ou a ausência de um prestador de cuidados regular, o que cada vez se torna mais frequente devido à presença de médicos em regime de prestação de serviços nas unidades funcionais.

No entanto, a percentagem de admissões que corresponderam a utentes sem médico de família é significativamente mais baixa do que a dos utentes com médico, motivo pelo qual não é possível inferir que a procura de cuidados hospitalares urgentes deriva principalmente deste fator.

Por último, foram analisadas as admissões de acordo com o modelo de unidades, verificando-se que 60% das admissões foram utentes de UCSP's e 40% utentes de USF's, tendo estas admissões correspondido a 411331 episódios (50,4%) classificados como "pouco urgentes" (pulseira verde) (tabela 10).

No que respeita a episódios considerados "pouco urgentes", verificou-se que na UCSP Alameda, UCSP Luz Soriano, UCSP Penha de França, UCSP S. Nicolau, USF Ribeira Nova e USF Sétima Colina, foram as unidades onde as admissões pouco urgentes surgem como mais prevalentes (mais de 50% das admissões).

Apesar de as restantes unidades não estarem associadas a utentes que recorreram ao SU sem necessidade clínica justificada, a todas corresponde valores superiores a 40% das admissões classificadas com pulseira verde (tabela 11).

Utilização do serviço de urgência por utentes frequentadores

Efetuada a análise das admissões hospitalares no SU do CHLC, procedeu-se à análise das admissões por parte de utentes frequentadores tendo em consideração que estes por vezes constituem um problema para os locais de prestação de cuidados de saúde, por sobrecarregarem estes serviços muitas vezes sem motivo clínico que o justifique (Teixeira, 2010). Para proceder a esta análise foi tido em conta os utentes que recorreram mais de 4 ou 12 vezes por ano ao SU, verificando-se que 2049 utentes deslocaram-se ao SU mais do que 4 vezes no ano de 2014 e 178 utentes mais de 12 vezes no mesmo ano. Estes utentes representaram 15042 episódios de urgência no SUP do CHLC.

Apesar no número extenso de utentes que recorreu ao SU durante o ano de 2014, pelo menos uma vez (46797 utentes do ACESLC), existem utentes cuja procura de cuidados hospitalares urgentes foi bastante superior a 4 ou 12 vezes por ano, conforme se pode verificar na tabela 12. Analisando os 5 mais frequentes, constatou-se que recorreu 79 vezes no mesmo ano ao SU, no entanto não realizou qualquer consulta na sua unidade funcional. Seguido de utentes que recorreram entre 78 a 62 vezes no mesmo ano às urgências, sendo que um destes utentes, apesar de ter ido ao SU 62 vezes ainda efetuou 11 consultas na sua unidade funcional (tabela 12).

Posteriormente e com o objetivo de definir um perfil de utente frequente, foram analisados os dados referentes ao género e à semelhança dos resultados obtidos anteriormente, também neste caso são as mulheres as mais frequentadoras (54,1% das admissões e os utentes do sexo masculino a representarem cerca de 45,9% das admissões (tabela 13).

Relativamente à idade destes utentes denominados de frequentadores a média de idade situa-se nos 61 anos (tabela 14).

Na tabela 15 encontram-se expressos os resultados referentes aos episódios considerados “pouco urgentes” e “não urgentes” e as unidades funcionais a que correspondem, verificando-se mais uma vez que na maior parte das unidades funcionais, metade das admissões por parte de utentes frequentadores, corresponderam a admissões classificadas como “pouco urgentes” (pulseira verde). Esta situação é mais evidente na UCSP Luz Soriano, UCSP Mónicas, UCSP Penha de França, UCSP S. Nicolau e USF Ribeira Nova.

Ou seja, metade das idas ao SU por parte dos utentes frequentadores poderia ter sido potencialmente evitada se tivesse sido realizado atendimento na sua unidade de saúde.

A presença de médico de família atribuído é um fator fundamental para compreender a dificuldade de acesso que pode estar relacionada com uma procura excessiva de cuidados hospitalares urgentes, tendo os resultados evidenciado que 83% das admissões corresponderam a utentes com médico de família atribuído na sua unidade e apenas 17% não possuía médico assistente (tabela 16) sendo estes provavelmente o que mais dificuldade de acesso aos CSP podem sentir.

Relativamente ao destino destes utentes após atendimento no SU, verifica-se que 5746 episódios (38,2%) corresponderam a utentes que foram referenciados para o seu centro de saúde e 4567 admissões (30,4%) a utentes referenciados para o exterior, ou seja, não ocorreu encaminhamento para nenhum local de prestação de cuidados após atendimento no SU (tabela 17).

Na tabela 18 encontram-se expressos os resultados obtidos relativos aos utentes frequentes e as consultas efetuadas na sua unidade funcional, sendo que destes utentes que recorreram ao SU mais frequentemente, 73,3% das admissões dizem respeito a utentes que efetivaram pelo menos uma vez consulta na sua unidade de saúde. Do total de admissões, 15,9% correspondem a utentes que não realizaram nenhuma consulta na sua unidade funcional e 10,8% a casos não definidos (motivo explicado na discussão metodológica).

Por último, esta análise de dados e apresentação de resultados incidiu nos diagnósticos identificados nos utentes frequentadores e registados na unidade funcional. De acordo com a literatura é recorrente encontrar uma relação entre a procura de cuidados hospitalares e a prevalência de doenças crónicas ou morbilidades associadas.

Da análise das admissões constatou-se que 11,9% correspondiam a episódios referentes a utentes em que estava identificado o “Abuso de Tabaco”, 22,6% apresentavam “Alteração Metabólica dos Lípidos”, 15,6% possuíam “Diabetes”, 37,5% das admissões foram por parte de utentes com “Hipertensão” e por último, 12,7% dos episódios foram de utentes a quem tinha sido identificada “Perturbação Depressiva” (tabela 19).

Apesar de uma escassez de recursos cada vez mais evidente o que consequentemente resulta em cada vez mais utentes sem médico de família, dos dados obtidos a não atribuição de médico de família não é a causa principal para que estes recorram ao SU sem uma situação clínica que o justifique. A proximidade ao SU é evidente que contribui para uma utilização por vezes desadequada, no entanto os resultados evidenciam que existem áreas geográficas que apesar de não se encontrarem próximas do SU correspondem a uma procura significativa, aliado ao facto de serem zonas geográficas de grande dimensão, cujas unidades de saúde dão resposta a uma população extensa.

A fraca comunicação e por vezes ausência desta, entre os profissionais de saúde, quer dos hospitais, quer dos CSP é claramente um fator importante a ter em consideração e que certamente permitiria uma diminuição da afluência ao SU.

Os resultados obtidos permitem compreender que é necessário adotar medidas eficazes para uma correta articulação entre os hospitais e os CSP. De acordo com CRRNEU (2012) os CSP devem cada vez mais dotar as suas unidades funcionais para o atendimento de situações de doença aguda não urgente e promover a acessibilidade às mesmas.

Por outro lado a definição de estratégias para uma diminuição da afluência de utentes ao SU sem condição clínica que o justifique deve ser cada vez mais uma prioridade, podendo ser adotadas medidas como por exemplo, o agravamento/aumento das taxas moderadoras nestes casos específicos ou promovendo a possibilidade dos SU procederem a uma reorientação destes utentes para os CSP sempre que assim se justifique.

8. Conclusão

Concluído o presente estudo e face aos resultados obtidos, são diversas as conclusões que podemos retirar desta caracterização realizada com base nas admissões hospitalares no SU do CHLC por parte dos utentes inscritos no ACESLC durante o ano de 2014.

A saúde é sempre um dos temas mais controversos e que levanta muitas questões, suscitando alguma discordância entre utentes, profissionais de saúde e entidades competentes. Uma das razões principais está relacionada com a incerteza inerente à saúde, dado o desconhecimento que temos do momento em que poderemos necessitar de cuidados de saúde e como os vamos obter (Barros, 2013).

Apesar de existirem diversos problemas associados à gestão e organização dos serviços de saúde, é necessário começar por identificar quais os fatores subjacentes a esses problemas, motivo pelo qual no presente estudo a articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários é dos temas centrais.

A definição de cuidados urgentes/emergentes e situações agudas não urgentes encontra-se bem identificada, no entanto, o que se verifica é uma procura destes cuidados, desajustada da realidade, sobrecarregando os serviços de urgências, o que consequentemente conduz a uma diminuição da qualidade dos mesmos e aumento de custos (Carret, 2007).

A aposta na articulação entre os hospitais e os CSP deve ser cada vez mais uma prioridade, e deve centrar-se essencialmente no cidadão, através da definição de estratégias sólidas. Conforme preconizado pelo Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012) devem ser dirigidos esforços para a construção de um sistema de gestão de utentes que permita a atribuição de médico de família a todos os cidadãos e que promova o acesso adequado aos CSP. Os sistemas de informação devem ser objeto de melhoria constante de forma a prevenir desperdícios em saúde, de modo a serem ferramentas capazes de promover uma melhor prática clínica e troca de informação entre os diversos profissionais de saúde. Por último a própria capacitação dos utentes do SNS para o controlo e gestão da sua saúde deve ser cada vez mais uma aposta promovendo em simultâneo uma responsabilização dos mesmos por uma correta utilização dos serviços de saúde.

O presente estudo permite demonstrar quais as características dos utentes que recorrem ao SU, permite identificar quais as unidades funcionais que potencialmente apresentam mais dificuldades em responder às necessidades em saúde dos seus utentes, motivo pelo qual esta abordagem e análise às admissões hospitalares no SU deveria ser efetuada por todos os ACES em articulação com os seus hospitais de referência de forma periódica.

O desenvolvimento desta análise com determinada frequência permitiria identificar utentes recorrentes no SU e promover o seu reencaminhamento para os CSP e ainda identificar limitações nas respostas das unidades funcionais possibilitando a definição de estratégias para uma melhoria das mesmas.

Quando as respostas não são efetivas e a coordenação entre os diversos serviços de saúde é fraca ou ausente (National Audit Office, 2013), a pressão nos SU vai obrigatoriamente aumentar e a associação aos CSP será inevitável, ou seja, a falta de resposta das unidades funcionais e dos médicos assistentes será facilmente identificada como uma das principais causas da utilização desadequada.

As mudanças demográficas são cada vez mais evidentes, a população é cada vez mais idosa e em simultâneo o aumento de doenças crónicas e patologias/complicações associadas é também cada vez mais patente, motivo pelo qual o acompanhamento a estes utentes tem de ser cada vez mais efetivo dado que a necessidade de procura de cuidados de saúde é objetivamente cada vez mais frequente.

Referências Bibliográficas

Afilalo, J.; Marinovich, A.- Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. **ACAD Emergency Med.**, 11 (dezembro 2004),1302-1310

Andrade, I.- Geografia da saúde da população imigrante na área metropolitana de Lisboa. Lisboa: Faculdade de Letras, 2008

Declaração de Alma-Ata (12 de setembro de 1978). [Consult.em 25 de janeiro de 2015]. Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao_saude/Dec_Alma-Ata.htm

Barros, P. (2013). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos* (2ª Edição ed.). Almedina

Bittencourt, R., & Hortale, V. - Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: Uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública** , 25 (julho de 2009),1439-1454

Carret, L.; Fassa, A.; Kawachi, I. - Demand for emergency health service: Factors associated with inappropriate use. **BMC Health Services Research** , 7 (2207), 131

Carret, M. L.; Fassa, A. C.; Domingues, M. Inappropriate use of emergency services: A systematic review of prevalence and associated factors. **Cadernos Saúde Pública** , 25 (janeiro 2009),7-28

CAOP-Carta Administrativa Oficial Portuguesa.2013 [Consult.em 3 de julho de 2015].Disponível em http://www.dgterritorio.pt/cartografia_e_geodesia/cartografia/carta_administrativa_oficial_de_portugal__caop_/caop__download_/carta_administrativa_oficial_de_portugal__versao_2013/

ACES Lisboa Central - *Plano de Desempenho ACES Lisboa Central 2015*

Cortez, A. - *Utilização das urgências hospitalares e acesso aos cuidados de saúde primários: O impacto da implementação das USF na procura dos serviços de urgência*. Lisboa: ENSP, 2009. Trabalho de projeto apresentado para obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde pela ENSP

CRRNEU. (10 de fevereiro de 2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. [Consult. em 4 de fevereiro de 2015]. Disponível em

<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>

Cunha, M. B. - Hiperutilizadores das Urgências: Um estudo no Centro Hospitalar Cova da Beira. Covilhã: Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde, 2011. Tese para a obtenção do Grau de Mestre em Medicina,

Despacho n.º 10319/2014. D.R. 2ª Série. 153 (11/08/2014) 20673 – 20678

Despacho n.º 727/2007. D.R. 2ª Série. 10 (15/01/2007) 1123 – 1124

DGS. - *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2001

Gomes, M. - *O perfil do utilizador abusivo dos serviços de urgência portugueses: Um estudo no Hospital de São João.*, Porto: Instituto Politécnico do Porto. Dissertação de Mestrado, 2013

Grupo Português de Triagem. [Consultado em 6 de fevereiro de 2014]. Disponível em <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/>

GTDCSP - Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários - *Atendimento das situações de doença aguda em cuidados de saúde primários e interligação com a Rede Nacional de Emergência e Urgência*, 2012.

GTDCSP - Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários - *Interligação e integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares*. Documento de Trabalho, Ministério da Saúde, 2012

Guedes, H.; Almeida, A., Ferreira, F.; Júnior, G.; Chianca, T. (fevereiro/março de 2014). Classificação de Risco: Retrato da população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Revista de Enfermagem** , 1 (fevereiro/março 2014), 37-44.

Locker, T.; Baston, S.; Manson, S.; Nicholl, J. - *Defining frequent use of an urban emergency department*. [Consult. em 7 de março de 2015] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2658272/>

Marques, A. - *A Rede Nacional de Urgência e Emergência - Reflexões no contexto da reforma hospitalar em 2011*. Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2012

National Audit Office. - Emergency admissions to hospital: Managing the demand. [Consult. em 20 de fevereiro de 2015], disponível em <http://www.nao.org.uk/>

NEP - ARSLVT - *Análise movimento assistencial dos cuidados de saúde primários e consultas e urgências hospitalares*. Documento de Trabalho, ARSLVT, I.P., Núcleo de Estudos e Planeamento, Lisboa, 2013

Nogueira, L. - *Custo dos utentes não urgentes no serviço de urgência hospitalar*. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto, 2014

Observatório Português dos Sistemas de Saúde - Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera, 2015

Palma, J. (2002). Problemas de saúde urgentes: A quem recorrem os utentes e o que influencia a sua escolha. **Revista Portuguesa de Clínica Geral** , 18 (2002), 283 - 297.

Portal da Codificação Clínica e dos GDH. [Consult. em 3 fevereiro 2015]. Disponível em: http://codplus.gim.med.up.pt/index.php/P%C3%A1gina_principal

Portugal. Ministério da Saúde. DGS - Plano nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2013.

Rust, G.; Ye, J.; Daniels, E. - (Practical barriers to timely primary care: Impact on adult use of emergency department services. 2008. [Consult. em 15 de março de 2015]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18695087>

Sawsen, L. - *Perfil dos idosos classificados como não urgentes em um serviço de urgência*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013

Soares, S. - *Aumento das taxas moderadoras nas urgências hospitalares: Que impacto sobre a procura?* Trabalho de Projeto para a obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, ENSP, Lisboa, 2013

Sousa, R. - *Caraterização do acesso ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE: Análise do acesso e da utilização da Consulta Externa e da Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE*. Lisboa: ENSP, 2014

Teixeira, L. F. - *Porque é que os doentes se deslocam ao serviço de urgência? Estudo sobre as atitudes que os doentes tomam antes de se deslocarem ao serviço de urgência*. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010

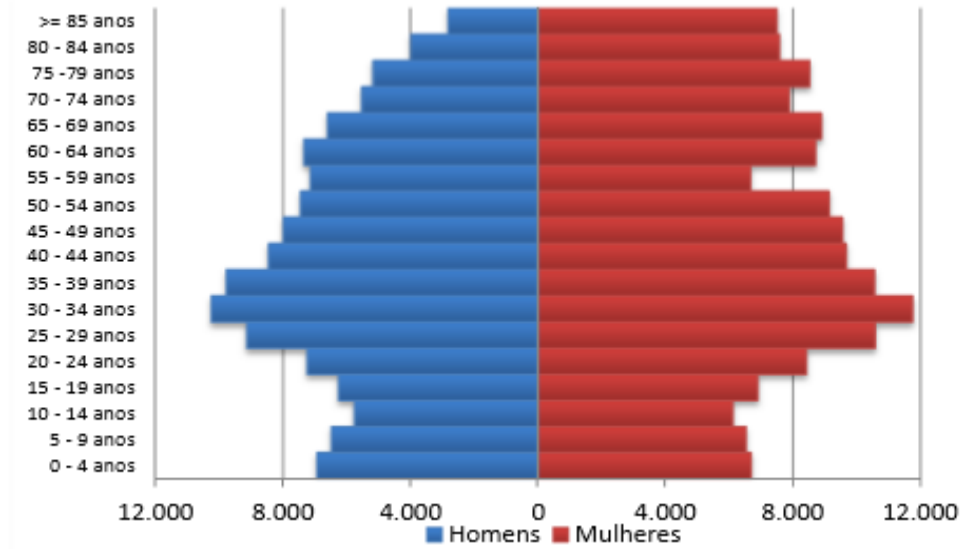
Torres, A. - A articulação de cuidados de saúde primários e hospitais e seu impacto a nível regional. 17º Congresso APDR, 2011

Van Uden, C.; Crebolder, H. - Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care?. **Emergency Medicine Journal** , (2004), 722-723.

Anexo I – Reorganização das freguesias abrangidas pelo ACES Lisboa Central

| Antigas Freguesias | Novas Freguesias |
|--|-------------------|
| Alto do Pina São João de Deus | Areeiro |
| Coração de Jesus São José São Mamede | Santo António |
| Castelo Madalena Mártires Sacramento Santa Justa Santiago Santo Estêvão São Cristóvão e São Lourenço São Miguel São Nicolau Sé Socorro | Santa Maria Maior |
| Lapa Prazeres Santos-O-Velho | Estrela |
| Encarnação Mercês Santa Catarina São Paulo | Misericórdia |
| Anjos Pena São Jorge de Arroios | Arroios |
| Graça Santa Engrácia São Vicente de Fora | São Vicente |
| Penha de França São João | Penha de França |
| Beato | Beato |
| Marvila | Marvila |
| Santa Maria dos Olivais | Olivais |
| | Parque das Nações |

Anexo II - Pirâmide Etária da População Inscrita no ACES Lisboa Central



Anexo III – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do CHLC, EPE

APRECIÇÃO DO ESTUDO CLÍNICO

Nome do Projecto: Caracterização das admissões de pacientes hospitalares na Urgência do CHLCE em estudos de intervenção inovadora na área pediátrica da Área de Saúde de Lisboa Central

Ref.ª: 179/2015 Especialidade: Trabalho realizado em Centro de Saúde do CHLC
Investigador: Rui Rangel Junho Externo ACE.S. C.H.L.C.

Decisão do Conselho de Administração Director Clínico

Aprovado

Não Aprovado

Pedidos elementos adicionais

Obs.:

Parecer da Comissão de Ética

Favorável

Não Favorável

Pedidos elementos adicionais

Recomendações:

Obs.:

Parecer do Centro de Investigação

Favorável

Não Avaliado

Não Favorável

Pedidos elementos adicionais

Recomendações:

Obs.:

Data 6/06/15

O Conselho de Administração

EDUARDO GOMES DA SILVA
Director Clínico



O Director Clínico

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 26.03.2015
Processo n.º 179/2015

Assunto: “Caracterização das admissões hospitalares na Urgência do CHLC: um estudo com utentes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central”

Relator: Enf. Armandina Antunes

Investigador Principal: Dra. Ana Raquel Martins Justo

Orientador: Prof. Doutor Rui Manuel Candeias Santana

Âmbito: Mestrado em Gestão – Escola Nacional de Saúde Pública

Local: Serviço de Urgência do Hospital de São José, CHLC,EPE.

Fundamentação:

O funcionamento dos serviços de urgência assenta em dois conceitos essenciais, nomeadamente, o conceito de urgência que se refere a situações clínicas súbitas (pouco ou muito graves) em que existe risco de estabelecimento de falência de funções vitais e o conceito de emergência que consiste em situações clínicas súbitas em que podem estar comprometidas uma ou mais funções vitais (ACSS, 2001).

O que diversos estudos verificam ao longo dos anos é que o número de doentes que recorre às urgências hospitalares de forma inadequada é bastante significativo. Como consequência, esta utilização abusiva, apresenta constrangimentos não só ao nível da organização dos recursos humanos mas também a nível dos recursos financeiros e sua correta alocação.

Neste sentido é essencial compreender quais os factores subjacentes à tomada de decisão dos utentes quando recorrem primeiramente às urgências hospitalares em detrimento da procura de cuidados junto da sua unidade de saúde e médico de família.

Revela-se importante incidir especial atenção na caracterização das admissões hospitalares, podendo estas revelar o que leva os utentes a procurarem o hospital em primeiro lugar, muitas vezes sem necessidade justificada clinicamente e que só acresce custos ao sistema de saúde, colocando em causa a qualidade dos cuidados prestados.

Objectivos:

Objectivo Geral- caracterizar as admissões hospitalares por parte dos utentes do ACES Lisboa Central que recorrem às urgências do CHLC de acordo com o grau de urgência com que são admitidos nas urgências do CHLC face à resposta que os CSP fornece.

Objectivos Específicos – Identificar os utentes inscritos nas unidades funcionais do ACES Lisboa Central; analisar a frequência de admissões hospitalares; caracterizar o grau de urgência com que são admitidos os utentes do ACES Lisboa Central; identificar as unidades funcionais a que pertencem os utentes; identificara ausência ou presença de médico de família atribuído a cada um dos utentes; caracterizar a população em estudo de acordo com o género e faixa etária; identificar factores associados à frequência com que recorrem às urgências hospitalares.

Tipo de Estudo: Estudo observacional, descritivo, transversal e exploratório.

População/Amostra: Todos os utentes que recorreram às urgências hospitalares do CHLC, concretamente à Urgência Geral do Hospital de São José, durante o ano de 2014.

Amostra – doentes que recorreram à Urgência e que foram classificados como verdes e azuis (triagem de Manchester) durante o ano de 2014 e que pertencem à Área do ACES Lisboa Central.

CrITÉRIOS de Exclusão: Serão excluídos os utentes que não possuam inscrição numa das unidades funcionais do ACES Lisboa Central e os que possuam apenas inscrição esporádica numa das unidades funcionais do ACES Lisboa Central.

A Recolha de Dados: Variáveis em estudo: Género – Dicotómica (masculino/feminino); Idade – ordinal; Classificação Triagem de Manchester – Azul (1) e Verde (2); Hora de admissão; Dia da semana na admissão; Referenciação Cuidados de Saude Primários – Presente (1), Ausente (2); Destino após alta; Unidades funcionais – 16 pertencentes ao ACES Lisboa central; Médico de Família – Sim (1), Não (2).

A base de dados das admissões hospitalares no Serviço de Urgência do Hospital de São José será remetida directamente por esta entidade ao Gabinete de Planeamento e Controlo da Gestão dos ACES Lisboa Central, que fará o cruzamento de dados com a plataforma informática RNU (Registo Nacional de Utes) de modo a retirar apenas as admissões que dizem respeito a utentes inscritos nas unidades funcionais do ACES Lisboa Central.

Este tratamento de dados visa a criação de uma base de dados totalmente anonimizada que será entregue à investigadora.

Com a base de dados final construída e totalmente anonimizada, o Gabinete de Planeamento e Controlo da Gestão do ACES Lisboa Central procederá à destruição da base de dados inicial remetida pelo CHLC, de acordo com a declaração emitida pela Directora Executiva do ACES Lisboa Central. (Enviada a declaração da Directora Executiva)

Consentimento esclarecido: Omisso

Parecer do Responsável da Área/Especialidade/Unidade: Declara ter havido contacto prévio com a Dra Teresa Matias, Dr António Lourenço e Dra Laura Silveira para parecer, discussão sobre a viabilidade do estudo e critérios relevantes.

Outros: Parecer favorável da Comissão de Ética da ARSLVT

Decisão: O estudo submetido tem interesse científico e encontra-se estruturado de forma a vir a obter dados relevantes para a caracterização dos serviços de saúde.

Da análise realizada considera-se que estão garantidos os princípios éticos exigíveis para este tipo de estudo, e que se encontra de acordo com a Declaração de Helsínquia e posteriores actualizações, pelo que entende esta Comissão de Ética, emitir parecer favorável à sua realização.

O Presidente da Comissão de Ética



(António Santos Castro, Dr.)

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, I.P.

Exma. Senhora
Dr.ª Raquel Justo
araqueljusto@gmail.com

C/C:

| Sua Referência | Sua Comunicação de | Nossa Referência | Data |
|----------------|--------------------|------------------|------------|
| | | 4023/CES/2015 | 03-03-2015 |

Assunto: Estudo “Caracterização das admissões hospitalares na urgência do Centro Hospitalar Lisboa Central: Um estudo com utentes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central.”

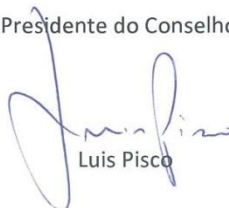
A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 27-02-2015, o projecto mencionado em epígrafe, tendo merecido parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo



Luis Pisco

Parecer

Proc.018/CES/INV/2015

Título: Caracterização das admissões hospitalares na urgência do Centro Hospitalar Lisboa Central: Um estudo com utentes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central

Âmbito do estudo: académico

Enquadramento institucional do proponente: Escola Nacional de Saúde Pública

Investigador (es): Ana Raquel Martins Justo

Orientador(es): Não aplicável

Fundamentação do estudo:

Os serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde têm vindo ao longo dos anos a sofrer progressivas transformações, no que respeita à sua organização e distribuição de forma a capacitar o SNS de respostas efetivas às necessidades da população.

O funcionamento dos serviços de urgência assenta em dois conceitos essenciais, nomeadamente, o conceito de urgência que se refere a situações clínicas súbitas (pouco ou muito graves) em que existe risco de estabelecimento de falência de funções e vitais e o conceito de emergência que consiste em situações clínicas súbitas em que podem estar comprometidas uma ou mais funções vitais (ACSS, 2001).

O que diversos estudos verificam ao longo dos anos é que o número de doentes que recorre às urgências hospitalares de forma inadequada é bastante significativo. Como consequência, esta utilização abusiva, apresenta constrangimentos não só ao nível da organização dos recursos humanos mas também ao nível dos recursos financeiros e sua correta alocação.

Um estudo realizado por Palma (2002) que pretendia averiguar a quem recorriam os utentes quando se confrontavam com problemas de saúde urgentes, concluiu que o motivo mais vezes evocado era o facto de o doente percecionar que as urgências hospitalares eram o local mais adequado para uma rápida resolução do seu problema, sendo que o facto de não conseguirem obter consulta urgente, no espaço de um dia junto do seu médico de família, levava a que recorressem às urgências hospitalares.

Cunha (2011) efetuou uma investigação com o objetivo de caracterizar os hiperutilizadores de um serviço de urgência, tendo concluído que encontra-se presente uma inadequação generalizada da utilização deste Serviço, tendo ainda verificado que as triagens menos urgentes, são extremamente comuns constituindo cerca de metade dos casos de urgência admitidos. Este facto pode ser interpretado devido a uma possível incapacidade de encaminhar doentes pouco urgentes ou mesmo não urgentes dos serviços de urgência para os Centros de Saúde, aliado à existência de uma carência reconhecida de campanhas de informação à população que evidenciem como utilizar corretamente um serviço de urgência. Considerando a existência desta utilização inadequada, também os cuidados prestados serão inadequados, ou seja, não será efetuada uma abordagem adequada ao doente o que irá resultar numa insuficiente relação profissional de saúde – doente. Esta relação irá revelar-se uma dificuldade acrescida para os profissionais no que respeita à correta monitorização das práticas e procedimentos aplicados.

Face a este fenómeno da hiperutilização das urgências é cada vez mais importante que as abordagens a esta problemática sejam direcionadas para a organização e responsabilização dos cuidados de saúde primários. Devem ainda ser planeados potenciais incentivos a quem efetivamente recorre a cuidados programados e penalizações aos que recorrem inadequadamente aos cuidados de urgência, a par da reformulação dos modelos de triagem, da melhoria do apoio telefónico e essencialmente dos critérios de acessibilidade quer a nível hospitalar, quer a nível dos cuidados de saúde primários (ACSS, 2001).

Os cuidados de saúde primários, conforme preconizado na Declaração de Alma-Ata em 1978 “Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”. Neste sentido é essencial compreender quais os fatores subjacentes à tomada de decisão dos utentes quando recorrem primeiramente às urgências hospitalares em detrimento da procura de cuidados junto da sua unidade de saúde e médico de família. Revela-se importante incidir especial atenção na caracterização das admissões hospitalares, podendo estas revelar o que leva os utentes a procurarem o hospital em primeiro lugar, muitas vezes sem necessidade justificada clinicamente e que só acresce custos ao sistema de saúde, colocando em causa a qualidade dos cuidados prestados.

Apreciação

Trata-se de um estudo com um potencial interesse e valor social que procura compreender quais os fatores subjacentes à tomada de decisão dos utentes quando recorrem primeiramente às urgências hospitalares em detrimento da procura de cuidados junto da sua unidade de saúde e médico de família

Tratar-se de um estudo que cumpre, no que concerne à sua fundamentação, critérios de valor social, interesse e relevância (clínica e de Saúde Pública).

A **metodologia** é apropriada.

A folha de informação ao participante e formulário de consentimento

Trata-se de um estudo retrospectivo realizado em base de dados de informação de saúde.

Tratando-se de um estudo desta natureza é previsível que não seja possível e exequível requerer a cada um dos sujeitos de investigação o consentimento.

Por se tratar de um estudo cujos resultados podem potencialmente melhorar o conhecimento e contribuir para a eventual melhoria dos cuidados de saúde, ainda que indirectamente e cujo risco é menor que o mínimo consideramos que se justifica a isenção de consentimento.

Privacidade e Confidencialidade de Dados

Os dados pessoais serão anonimizados, por encriptação por terceira pessoa, pelo que estará salvaguardada a confidencialidade e a privacidade dos dados pessoais.

Beneficência

O estudo tem um potencial valor, pode gerar conhecimento novo, pelo que se podem colher benefícios pela sua concretização

Justiça

No que concerne ao cumprimento do princípio da justiça nas suas duas dimensões, discriminação e exploração, diríamos que não se identificam nenhum procedimento que possa “obrigar” ou coagir os utentes a envolverem-se no estudo.

Previsão de custos financeiros para os ACES:

Não estimados

Autorização do DE do ACES : presente

CV dos Investigadores – presente

Propriedade dos dados: especificada

Divulgação dos resultados : projecto de investigação de suporte a graduação académica

Nestas circunstâncias julgamos estarem reunidas as condições para a emissão de um parecer favorável condicionado.

05 de Fevereiro de 2015

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

Parecer final

Trata-se de um estudo com um potencial interesse e valor social que procura compreender quais os fatores subjacentes à tomada de decisão dos utentes quando recorrem primeiramente às urgências hospitalares em detrimento da procura de cuidados junto da sua unidade de saúde e médico de família

Tratar-se de um estudo que cumpre, no que concerne à sua fundamentação, critérios de valor social, interesse e relevância (clínica e de Saúde Pública).

Foram clarificados alguns aspectos do protocolo e dos procedimentos de investigação.

Estão cumpridos os quesitos éticos e científicos para a sua realização pelo que somos a propor a emissão de um parecer favorável.

25 de Fevereiro de 2015

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

Anexo V - Frequência de episódios por “causa de admissão”

| Causa de Admissão | Frequência | Porcentagem |
|------------------------------|------------|-------------|
| Doença | 70835 | 86,5 |
| Doença Hematológica | 5 | ,0 |
| Doença Nefrológica | 1 | ,0 |
| Via Verde AVC | 53 | ,1 |
| Violência Domestica | 8 | ,0 |
| Agressão | 725 | ,9 |
| Acidente Pessoal/Queimadura | 46 | ,1 |
| Acidente Pessoal/Queda | 5493 | 6,7 |
| Acidente Pessoal/Outro | 3547 | 4,3 |
| Acidente Pessoal/Intoxicação | 105 | ,1 |
| Acidente Escolar/Queda | 30 | ,0 |
| Acidente Escolar/Outro | 11 | ,0 |
| Acidente Desportivo | 23 | ,0 |
| Acidente Viação | 470 | ,6 |
| Acidente Trabalho | 576 | ,7 |
| Total | 81928 | 100,0 |

Anexo VI – Distribuição das admissões por dia da semana

| Dia da Semana | Frequência | Porcentagem |
|----------------------|-------------------|--------------------|
| Segunda | 13325 | 16,3 |
| Terça | 11975 | 14,6 |
| Quarta | 12099 | 14,8 |
| Quinta | 11675 | 14,3 |
| Sexta | 11934 | 14,6 |
| Sábado | 10587 | 12,9 |
| Domingo | 10333 | 12,6 |
| Total | 81929 | 100,0 |

Anexo VII – Número de admissões por ano e número de utentes

| Número de Admissões/ano | Número de Utentes |
|-------------------------|-------------------|
| 1 | 29739 |
| 2 | 9600 |
| 3 | 3724 |
| 4 | 1685 |
| 5 | 791 |
| 6 | 486 |
| 7 | 249 |
| 8 | 161 |
| 9 | 90 |
| 10 | 55 |
| 11 | 39 |
| 12 | 42 |
| 13 | 28 |
| 14 | 15 |
| 15 | 11 |
| 16 | 11 |
| 17 | 7 |
| 18 | 5 |
| 19 | 8 |
| 20 | 9 |
| 21 | 3 |
| 22 | 3 |
| 23 | 7 |
| 24 | 3 |
| 25 | 6 |
| 26 | 1 |
| 27 | 1 |
| 29 | 2 |
| 30 | 1 |
| 33 | 1 |
| 35 | 1 |
| 37 | 1 |
| 38 | 1 |
| 42 | 2 |
| 44 | 1 |
| 45 | 1 |
| 50 | 1 |
| 54 | 1 |
| 62 | 1 |
| 64 | 1 |
| 70 | 1 |
| 78 | 1 |
| 79 | 1 |

Anexo VIII – Unidade Funcional e Triagem de Manchester

Utentes Frequentadores

| Unidades Funcionais | Cor Pulseira | | | | |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|------------|
| | Azul | Verde | Amarelo | Laranja | Vermelho |
| UCSP Alameda | 25 1,4% | 851 47,1% | 796 44,1% | 119 6,6% | 4 0,2% |
| UCSP Lapa | 8 0,9% | 430 49,3% | 376 43,1% | 53 6,1% | 1 0,1% |
| UCSP Luz Soriano | 10 3,8% | 168 63,2% | 74 27,8% | 12 4,5% | 0 0,0% |
| UCSP Marvila | 15 1,0% | 652 41,6% | 773 49,3% | 107 6,8% | 11 0,7% |
| UCSP Mónicas | 21 2,0% | 518 50,4% | 417 40,6% | 62 6,0% | 2 0,2% |
| UCSP Olivais | 12 1,3% | 426 44,9% | 425 44,8% | 77 8,1% | 1 0,1% |
| UCSP Penha de França | 42 2,5% | 894 52,7% | 649 38,3% | 91 5,4% | 6 0,4% |
| UCSP S. Nicolau | 13 1,3% | 563 54,6% | 384 37,2% | 63 6,1% | 4 0,4% |
| USF Arco | 5 2,4% | 84 40,0% | 110 52,4% | 11 5,2% | 0 0,0% |
| USF Jardins Encarnação | 3 0,5% | 274 42,5% | 295 45,7% | 64 9,9% | 4 0,6% |
| USF S. João Evangelista Lóios | 4 0,6% | 313 46,4% | 294 43,6% | 57 8,5% | 1 0,1% |
| USF Monte Pedral | 12 1,3% | 422 44,1% | 453 47,3% | 66 6,9% | 1 0,1% |
| USF Oriente | 19 1,9% | 458 46,5% | 419 42,5% | 66 6,7% | 0 0,0% |
| USF Ribeira Nova | 15 2,5% | 320 52,4% | 243 39,8% | 30 4,9% | 1 0,2% |

| | | | | | |
|-------------------|------------|--------------|--------------|------------|-----------|
| USF Sétima Colina | 12 1,2% | 479 48,3% | 432 43,5% | 54 5,4% | 4 0,4% |
| USF Vasco Gama | 5 0,9% | 261 48,7% | 230 42,9% | 38 7,1% | 2 0,4% |
| USF Sofia | 1 0,5% | 101 48,1% | 84 40,0% | 19 9,0% | 1 0,5% |
| Abecassis | | | | | |