

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS UTILIZADORES DO
SERVIÇO DE URGÊNCIA DE FARO:
ANÁLISE DO IMPACTO DOS UTENTES POUCO E NÃO
URGENTES E DOS UTILIZADORES FREQUENTES NOS
TEMPOS DE ESPERA**

Cláudia de Sousa Santos Baptista

Dissertação realizada para obtenção do grau de Mestre

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor Sérgio Pereira dos Santos

Professora Doutora Carla Alexandra da Encarnação Filipe Amado

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS UTILIZADORES DO
SERVIÇO DE URGÊNCIA DE FARO:
ANÁLISE DO IMPACTO DOS UTENTES POUCO E NÃO
URGENTES E DOS UTILIZADORES FREQUENTES NOS
TEMPOS DE ESPERA**

Cláudia de Sousa Santos Baptista

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre
em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor Sérgio Pereira dos Santos

Professora Doutora Carla Alexandra da Encarnação Filipe Amado

2019

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS UTILIZADORES DO
SERVIÇO DE URGÊNCIA DE FARO:**

**ANÁLISE DO IMPACTO DOS UTENTES POUCO E NÃO
URGENTES E DOS UTILIZADORES FREQUENTES NOS
TEMPOS DE ESPERA**

Declaração de Autoria

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Cláudia de Sousa Santos Baptista

Direitos de cópia ou Copyright

Copyright © Cláudia de Sousa Santos Baptista

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

DEDICATÓRIA

*“Seja resiliente,
acredite na sua força,
no seu potencial,
creia que é capaz
e você será!”*

Roger Stankewski

Ao meu Amor Maior, Tomás:

Que os teus passos sejam firmes, o teu caminho seguro e que a tua resiliência te permita ultrapassar os momentos difíceis.

Que os teus SONHOS te levem à Felicidade!

AGRADECIMENTOS

*“Amigos verdadeiros
são os que nos acodem inopinados
com valedora mão nas tormentas desfeitas”.*

*Camilo Castelo Branco
(1825 – 1890)*

Em primeiro lugar aos meus orientadores Professor Doutor Sérgio Santos e Professora Doutora Carla Amado, pelo pragmatismo e assertividade ao longo deste percurso.

Aos professores da Faculdade de Economia com quem tive o gosto de me cruzar durante o mestrado em Gestão de Unidades de Saúde.

Aos meus amigos da faculdade que facilmente se transformaram em amigos para a vida dos quais destaco, Alda Pereira, Carina Santos, João Teixeira, Mário Branco, Marisa Caixas, Rui Traguedo, Sónia Preto e Vitor Hugo.

Um especial agradecimento aos meus amigos que me acompanharam nos últimos 2 anos, viram-me cair, levantar, tropeçar, chorar, saltar e sorrir MUITO! Destaco a Adriana, Claudine, Joana, Nuna, Patrícia e Sílvia. Todas me ajudaram, cada uma à sua maneira, a ultrapassar todas as tormentas.

À equipa de profissionais do Serviço de Urgência de Faro, por todo o apoio e compreensão nos dias em que chegava cansada e impertinente...Obrigada! Adérito, Alice, Dulce, Inês, Leonor, Marisa, Sílvia e Tiago.

À Prof. Doutora Cristina Granja, ao Dr. José de Almeida e Prof. Doutora Ana Marreiros por todo o apoio, o meu obrigada.

Dr.^a Dagoberta não me esqueci de si! Obrigada pelos inúmeros conselhos e palavras de motivação vindas de si que é tão fofa!

Vitor obrigada por tudo e por continuares ao nosso lado mesmo que de forma diferente.

E finalmente, mas não menos importante, à minha família... por existirem e estarem ao meu lado. À minha mãe pelo amor incondicional.

RESUMO

Enquadramento: A sobrelotação dos Serviços de Urgência (SU) é um problema crescente a nível nacional e internacional, sendo considerada uma ameaça à segurança do paciente e à saúde pública. Entre as consequências indesejáveis da sobrelotação destacam-se o aumento dos custos em saúde e os elevados tempos de espera para observação médica. A literatura aponta vários motivos para a sobrelotação do SU, nomeadamente admissões de doentes pouco e não urgentes (DPNU) e de utilizadores frequentes (UF).

Objetivos: Pretende-se caracterizar os perfis do utilizador do SU de Faro, dos DPNU e UF. Pretende-se perceber qual o seu peso no total de episódios de urgência e eventual impacto nos elevados tempos de espera. Pretende-se também aferir quais as motivações dos DPNU para a autorreferenciação.

Metodologia: Estudo de caso no SU da Unidade de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE. A recolha dos dados foi efetuada através das aplicações informáticas em uso, tendo sido analisados 77.534 episódios de urgência, de indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos) referentes a 2017. Foram também aplicados questionários aos DPNU no período entre novembro de 2018 e abril de 2019. Os dados foram analisados recorrendo ao Software IBM SPSS Statistics.

Resultados: Os episódios de urgência analisados demonstram que os DPNU foram responsáveis por 16.782 episódios e os UF por 10.670. Verificou-se pelos 377 questionários que 251 DPNU recorreram ao SU por iniciativa própria, 234 DPNU nem tentaram contacto prévio com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) com justificação de que sabem que no SU lhes fazem todos os exames que precisam.

Conclusão: Os resultados obtidos sugerem que seria vantajosa uma articulação com a Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS), no sentido de se formarem equipas multidisciplinares responsáveis pela definição de um conjunto de medidas que visem não só uma melhor qualidade na prestação de cuidados, como também uma eficiente utilização dos recursos.

Palavras Chave: Sobrelotação, Serviço de Urgência, Doentes Pouco e Não urgentes, Utilizador Frequente, Autorreferenciação.

ABSTRACT

Background: Overcrowding of Emergency Departments (ED) is a growing national and international problem. Considered as a threat to patient safety and public health, it is associated with undesirable outcomes, increased health costs and high waiting times for medical observation. The literature points out several reasons for the overcrowding of the ED, namely admissions of standard and non-urgent patients (NUP) and frequent users (FU).

Objectives: This study aims to characterise the users of the ED in Faro in order to assess their impact on the waiting times and to understand their weight in the total number of ED episodes and eventual impact on high waiting times. The study also intends to assess the motives of self-referral to the ED of the NUP.

Methodology: A case study was performed, and data including all patients over the age of 18 admitted to the ED in 2017 was collected and analysed. The data was analysed through the SPSS Statistical Software. Questionnaires were also conducted (November 2018 – April 2019) for both standard and non-urgent patients in order to ascertain the most common reasons for admission to the ED.

Results: The results of the study show that, the NUP were responsible for 21,7% of the episodes and the FU for 14%. The questionnaire showed, in turn, that 66,6% of the NUP self-referred to the ED and that 62,2% did not attempt prior contact with the Primary Care Services with the justification that “*in the ED they do all the tests I need*”.

Conclusion: The results obtained indicate that it would be advantageous to articulate the ED services with the ARS Algarve, in order to form multidisciplinary teams to define a set of measures aiming to improve the quality in the provision of care as well as the efficiency in the use of health resources.

Keywords: Overcrowding, Emergency Department, Non-Urgent Patients, Frequent Users, Self-referral.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
ÍNDICE DE TABELAS.....	xii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xiii
CAPÍTULO 1	1
1. INTRODUÇÃO, OBJETIVOS E RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO.....	1
1.1 Introdução.....	2
1.2 Objetivos	3
1.3 Relevância da Investigação	4
CAPÍTULO 2	7
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	7
2.1 Contextualização da Problemática em Portugal	8
2.2 Sobrelotação dos serviços de urgência	10
2.3 Doentes pouco urgentes e não urgentes.....	12
2.4 Utilizadores frequentes dos serviços de urgência	14
2.5 Motivos para a autorreferenciação	16
CAPÍTULO 3	18
3. METODOLOGIA	18
3.1 Estratégia de investigação	19
3.3 Definição das variáveis em estudo.....	21
3.4 Amostras objeto de análise.....	21
3.4.1 Amostra para a caracterização do perfil dos utilizadores do SU	21
3.4.2 Amostra para a realização dos questionários	22
3.5 Técnicas de recolha de dados	22
3.5.1 Técnica de recolha de dados para caracterização do perfil dos utilizadores do SU	22
3.5.2 Técnica de recolha de dados para realização dos questionários.....	22
3.6 Técnicas de análise dos dados recolhidos.....	23
3.7 Procedimentos Éticos.....	23
CAPÍTULO 4	24
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
4.1 Caracterização do perfil do utilizador do SUP de Faro	25
4.2 Caracterização do perfil do doente pouco urgente e não urgente (DPNU).....	29
4.3 Caracterização do perfil do utilizador frequente (UF)	35

4.4	Análise dos motivos para autorreferenciação ao SU	43
4.4.1	Caracterização da amostra.....	43
4.4.2	Estudo relacional entre as variáveis questionadas	50
4.5	Resposta às perguntas de investigação	51
4.5.1	H1: Será que existe relação entre a “não urgência” e a utilização frequente?	51
4.5.2	H2: Existirá relação entre a ida ao SU de DPNU e a falta de resposta dos CSP?.....	53
4.5.3	H3a: Qual o impacto dos DPNU traduzido em tempos de espera no SU?.....	56
4.5.4	H3b: Qual o impacto dos UF traduzido em tempos de espera no SU?.....	57
4.6	Análise complementar	58
CAPÍTULO 5	59
5. CONCLUSÕES	59
5.1.	Conclusões	60
5.2.	Limitações do estudo	62
5.3.	Transferência de conhecimento	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	71
ANEXO I	– Consentimento Informado.....	72
ANEXO II	– Questionário	74
ANEXO III	– Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para a Associação entre os DPNU e a proveniência.....	76
ANEXO IV	– Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para a Associação entre os UF e a Isenção do pagamento de taxa moderadora	77
ANEXO V	– Outras nacionalidades minoritárias referidas na Tabela 4.4.3	78
ANEXO VI	– Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para a Associação entre ir ao CS antes de recorrer ao SU e o fato de ter ou não médico de família.....	79
ANEXO VII	– Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para a Associação entre ir ao CS antes de recorrer ao SU e o fato de pertencer a uma USF.....	80
ANEXO VIII	– Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para a Associação entre o modo de referenciação ao SU e:.....	81
ANEXO IX	– Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para a Associação entre o modo de referenciação ao SU e:.....	82
ANEXO X	– Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para a associação entre o especialidade e destino da alta	84
ANEXO XI	– Certificado de apresentação de Poster – EHMA 2018 Annual Conference	85
ANEXO XII	– Certificado de apresentação de Poster – III Jornadas ABC	86
ANEXO XIII	– Nomeação como Administradora do Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	87

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.1 - Estimativas Anuais da População Residente do Algarve em 2017 (Fontes de Dados: INE e Pordata 18.04.2019)</i>	<i>4</i>
<i>Figura 1.2 – Distribuição dos Concelhos do Algarve por Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e localização dos SU do CHUA. Adaptado de http://www.arsalgarve.min-saude.pt/ (17.04.2019)</i>	<i>5</i>
<i>Figura 2.1 - Evolução do número de doentes saídos do Serviço de Urgência de Faro entre os anos de 2005 e 2017 (Fonte: SONHO, janeiro 2019)</i>	<i>8</i>
<i>Figura 3.1 – Modelo conceptual para a caracterização dos utentes do SU de Faro, os motivos dos DPNU para recorrem ao SU e qual o impacto dos DPU e dos UF traduzido em tempo de espera para a primeira observação médica</i>	<i>20</i>
<i>Figura 3.4.2.1 - Número de episódios de urgência triados de verde e azul nos anos de 2015, 2016 e 2017.</i>	<i>22</i>
<i>Figura 4.1.1 - Distribuição dos utilizadores do SUP de acordo com a faixa etária em 2017</i>	<i>25</i>
<i>Figura 4.1.2 - Distribuição dos episódios de urgência relativamente ao pagamento de taxas moderadoras</i>	<i>25</i>
<i>Figura 4.1.3 - Afluência ao SUP durante os meses do ano de 2017</i>	<i>26</i>
<i>Figura 4.1.4 - Distribuição dos episódios de urgência ao longo da semana</i>	<i>26</i>
<i>Figura 4.1.5 - Distribuição dos episódios de urgência por intervalo horário.</i>	<i>27</i>
<i>Figura 4.1.6 - Distribuição dos episódios de urgência quanto à causa de admissão</i>	<i>27</i>
<i>Figura 4.1.7 - Distribuição dos episódios de urgência de acordo com as prioridades definidas pelo STM.</i>	<i>28</i>
<i>Figura 4.1.8 - Destino da alta dos doentes observados no SUP de Faro.</i>	<i>29</i>
<i>Figura 4.2.1 - Comparação dos dois grupos de doentes por faixa etária</i>	<i>30</i>
<i>Figura 4.2.2 - Isenção do pagamento de taxa moderadora - Comparação entre os DPNU e o total de episódios</i>	<i>30</i>
<i>Figura 4.2.3 - Evolução da afluência ao Serviço de urgência – comparação entre todos os episódios de urgência e os episódios classificados como pouco ou não urgentes</i>	<i>31</i>
<i>Figura 4.2.4 - Distribuição dos episódios pelos dias da semana</i>	<i>31</i>
<i>Figura 4.2.5 - Comparação entre a distribuição ao longo do dia de todos os episódios e os dos DPNU ...</i>	<i>32</i>
<i>Figura 4.2.6 - Causa de admissão ao Serviço de Urgência</i>	<i>32</i>
<i>Figura 4.2.7 - Autorreferenciação dos doentes ao SU de Faro</i>	<i>33</i>
<i>Figura 4.2.8 - Destino da Alta dos episódios de urgência</i>	<i>34</i>
<i>Figura 4.3.1 - Peso dos episódios referentes a utilizadores frequentes</i>	<i>35</i>
<i>Figura 4.3.2 - Distribuição dos episódios de urgência por género</i>	<i>36</i>
<i>Figura 4.3.3 - Distribuição dos episódios de urgência por grupo etário</i>	<i>36</i>
<i>Figura 4.3.4 - Isenção do pagamento de taxa moderadora</i>	<i>37</i>
<i>Figura 4.3.5 - Evolução da afluência durante o ano de 2017</i>	<i>38</i>
<i>Figura 4.3.6 - Evolução da afluência durante a semana</i>	<i>39</i>

<i>Figura 4.3.7 - Distribuição dos episódios por período horário</i>	<i>39</i>
<i>Figura 4.3.8 - Autorreferenciação para o SU – comparação entre os grupos de doentes em estudo</i>	<i>40</i>
<i>Figura 4.3.9 - Causa de admissão ao SU</i>	<i>40</i>
<i>Figura 4.3.10 - Distribuição dos episódios de urgência referentes a utilizadores classificados pelo STM .</i>	<i>41</i>
<i>Figura 4.3.11 - Destino da Alta do Utilizador frequente</i>	<i>42</i>
<i>Figura 4.4.1 - Distribuição relativa dos motivos pelos quais os DPNU recorreram ao SU de Faro, depois de terem tentado obter consulta nos Cuidados de saúde primários.</i>	<i>46</i>
<i>Figura 4.4.2 - Distribuição relativa dos motivos pelos quais os DPNU recorreram ao SU de Faro diretamente sem recurso prévio aos CSP. † O grupo outro diz respeito a argumentos não contemplados no questionário, tais como “o meu médico está de férias”, “precisava de uma consulta de especialidade”, “após acidente de trabalho”.....</i>	<i>47</i>
<i>Figura 4.4.3 - Distribuição relativa das razões que influenciam os DPNU a recorrer ao SU de Faro de acordo com a perceção do seu estado de saúde.....</i>	<i>48</i>
<i>Figura 4.4.4 - Destino da Alta dos DPNU por especialidade</i>	<i>49</i>

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1.1 - Tempos alvo previstos para observação médica por grau de prioridade segundo a Triagem de Manchester</i>	2
<i>Tabela 1.2 - Tempos médios de espera para observação médica no SU de Faro em 2017</i>	6
<i>Tabela 4.4.1 - Distribuição absoluta/relativa dos dias da semana em que se aplicaram os questionários</i>	43
<i>Tabela 4.4.2 - Análise descritiva da distribuição de idades dos utentes inquiridos no âmbito do estudo.</i>	43
<i>Tabela 4.4.3 - Distribuição absoluta/relativa das variáveis sociodemográficas dos utentes inquiridos. † As outras nacionalidades estão apresentadas no Anexo V.</i>	44
<i>Tabela 4.4.4 - Distribuição absoluta/relativa, das variáveis relacionadas com a admissão ao SU de Faro.</i>	45
<i>Tabela 4.4.5 - Distribuição absoluta/relativa do modo de referência ao SU de Faro</i>	46
<i>Tabela 4.4.6 Distribuição absoluta/relativa das variáveis relacionadas com a sintomatologia dos DPNU e a sua perceção da gravidade/urgência da mesma.</i>	47
<i>Tabela 4.4.7 - Distribuição absoluta/relativa das variáveis recolhidas da ficha de admissão dos utentes inquiridos</i>	48
<i>Tabela 4.5.1 - Resultado do Teste do Qui Quadrado de Pearson para a Hipótese 1.</i>	51
<i>Tabela 4.5.2 - Resultado do Teste da Razão de chances para a Hipótese 1.</i>	52
<i>Tabela 4.5.3 - Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para avaliar se existe associação entre o modo de referência ao SU e o motivo pelo qual não tentou um contato prévio com o CS</i>	53
<i>Tabela 4.5.4 - Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para avaliar se existe associação entre o nº de vezes que o DPNU recorre ao SU e o motivo pelo qual não tentou um contato prévio com o CS.</i>	54
<i>Tabela 4.5.5 - Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para avaliar se existe associação entre se tem médico de família e o motivo pelo qual não tentou um contato prévio com o CS</i>	55
<i>Tabela 4.5.6 - Relação entre a Prioridade atribuída pelo STM, pouco urgente/ não urgente e o tempo mediano de espera para a primeira observação médica.</i>	56
<i>Tabela 4.5.7 - Resultado do teste de igualdade de médias de t- Student para amostras independentes. Associação entre o UF e o tempo médio de espera para a 1ª observação médica</i>	57
<i>Tabela 4.5.8 - Resultado do teste de igualdade de médias de t- Student para amostras independentes. Associação entre o UF verde e o tempo médio de espera para a 1ª observação médica.</i>	58

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DPNU – Doentes Pouco Urgentes e Não Urgentes

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

UF – Utilizador Frequente

UNF – Utilizador Não Frequente

CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO, OBJETIVOS E RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO

1.1 Introdução

O uso “inapropriado” dos SU poderá ser definido como qualquer admissão de um utente com uma condição pouco urgente ou não urgente e que poderia ser tratada mais eficazmente e com menos custos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Alele *et al.*, 2019). A classificação de visitas inapropriadas pode ser elaborada segundo diferentes critérios: diagnóstico da alta, recursos utilizados no SU, modo de referenciação e duração do episódio de urgência, sendo a classificação baseada na Triagem de Prioridades pelo Sistema de Manchester apenas uma delas. Apesar de não existir uma definição consensual na literatura, esta definição tem sido uma das mais usadas (Durand *et al.*, 2011; Alele *et al.*, 2019).

As visitas inapropriadas ao SU, segundo a literatura internacional, têm uma prevalência variável entre os 20 e os 40% (Heede & Voorde, 2016) e contribuem para elevados tempos de espera para observação médica, sobrelotação dos SU e aumento dos custos com a saúde (Kraaijvanger *et al.*, 2016). O mesmo acontece em Portugal, segundo o Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e entidades convencionadas (Ministério da Saúde, 2016).

Nos SU do CHUA é como anteriormente referido, usado o Sistema de Triagem de Manchester (STM), em que a identificação da queixa principal do doente pode ser executada rapidamente e com segurança. A classificação da queixa através de utilização de fluxogramas e discriminadores, resulta na atribuição de um grau de prioridade (tabela 1.1) para observação médica com tempo alvo clinicamente aceitável (Grupo Português de Triagem, 2017).

Tabela 1.1 - Tempos alvo previstos para observação médica por grau de prioridade segundo a Triagem de Manchester

Prioridade	Designação	Cor	Tempo previsto (minutos)
1	EMERGENTE	Vermelho	0
2	MUITO URGENTE	Laranja	10
3	URGENTE	Amarelo	60
4	POUCO URGENTE	Verde	120
5	NÃO URGENTE	Azul	240

Uma percentagem significativa dos utilizadores dos SU corresponde ao perfil do UF (Soril *et al.*, 2016).

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), define-se como UF o utente com mais de 4 episódios de urgência durante um ano (Administração Central do Sistema de Saúde, 2016), e será esta a definição que servirá de base para este estudo.

Alguns estudos referem que um dos principais motivos para a “admissão desnecessária” aos SU poderá estar associado à falta de perceção, por parte dos utentes, sobre a real gravidade e urgência da sua situação clínica (Cunha, 2011). Outros referem que o recurso às urgências hospitalares decorrerá também de um sentimento cada vez mais visível, por parte do público em geral, de que no meio hospitalar a sua situação, urgente ou não, será melhor resolvida e de forma mais rápida do que nos CSP (Silva, 2012; Gomes, 2013), quanto mais não seja pelo simples facto de estarem reunidos, num mesmo local, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, os médicos e as especialidades que poderão vir a ser necessários para a resolução da sua situação clínica.

1.2 Objetivos

Este estudo pretende caracterizar não só o perfil do utilizador do SU como também o dos utilizadores pertencentes aos grupos de doentes pouco e não urgentes (DPNU) e utilizadores frequentes (UF). Pretende-se perceber qual o seu peso no total dos episódios de urgência do SU de Faro e qual o seu impacto nos elevados tempos de espera para observação médica.

De acordo com o objetivo da investigação é possível definir algumas questões que devem ser respondidas após a realização da investigação:

H1: Será que existe relação entre a “não urgência” e a utilização frequente?

H2: Existirá relação entre a ida ao SU de DPNU e a falta de resposta dos CSP?

H3a: Qual o impacto dos DPNU traduzido em tempos de espera no SU?

H3b: Qual o impacto dos UF traduzido em tempos de espera no SU?

1.3 Relevância da Investigação

O Centro Hospitalar Universitário do Algarve foi criado através do Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto, alterando a denominação do Centro Hospitalar do Algarve, EPE, e procedeu à transferência de atribuições, competências, direitos e obrigações da Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P., no que ao Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul dizia respeito.

O CHUA representa, neste momento, a única alternativa pública de acesso a cuidados de saúde hospitalares para os utentes da região do Algarve a uma população de cerca de 450.000 habitantes conforme Figura 1.1.

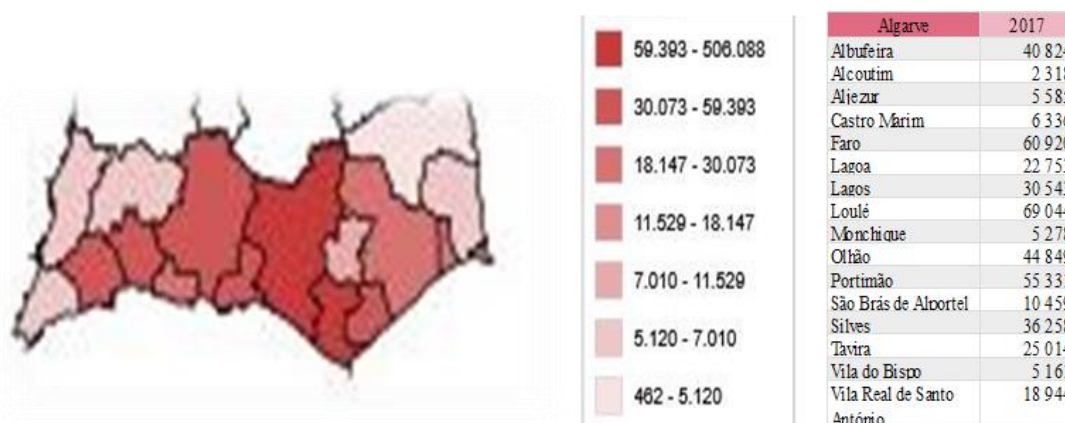


Figura 1.1 - Estimativas Anuais da População Residente do Algarve em 2017 (Fontes de Dados: INE e Pordata 18.04.2019)

Ao realizar este estudo no CHUA, existe uma motivação acrescida, uma vez que a autora do trabalho exerce a sua atividade profissional no Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, sendo responsável pela organização e gestão (entre outros serviços) dos seis Serviços de Urgência do setor público da região algarvia (Figura 1.2):

- Serviço de Urgência Polivalente da Unidade de Faro;
- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade de Portimão;
- Serviço de Urgência Básica da Unidade de Lagos;
- Serviço de Urgência Básica de Albufeira;
- Serviço de Urgência Básica de Loulé;
- Serviço de Urgência Básica de Vila Real de Santo António.

Capítulo 1 Introdução, Objetivos e Relevância da Investigação



Figura 1.2 – Distribuição dos Concelhos do Algarve por Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e localização dos SU do CHUA. Adaptado de <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/> (17.04.2019)

O SU Polivalente da Unidade de Faro do CHUA, foi o SU escolhido para a realização do estudo uma vez que é o SU de referência de toda a região algarvia e o mais diferenciado no nível de prestação de cuidados urgentes à população.

É do conhecimento público que o Algarve é considerado uma zona carenciada de recursos humanos médicos, sendo que este problema se agrava com as flutuações sazonais dos seus habitantes e visitantes. Por estar localizado numa região turística, sofre grandes flutuações no número de admissões ao longo do ano, com um grande aumento do número de cidadãos, portugueses e estrangeiros, a quem presta serviços no período de junho a outubro. A falta de profissionais e o aumento da população na sua área de referência provoca elevados tempos de espera para a observação médica, resultando na insatisfação tanto de doentes como de profissionais.

Nos últimos anos, o aumento da oferta de unidades privadas de saúde na região tem absorvido os médicos especialistas do CHUA, ficando este numa situação vulnerável.

Já foram feitas várias tentativas de mobilidade de profissionais através de programas de incentivos (Despacho n.º 1788-B/2017, 2017), que não tiveram eficácia na resolução deste problema.

Capítulo 1
Introdução, Objetivos e Relevância da Investigação

A análise da Tabela 1.2 permite constatar, por exemplo, que no ano de 2017 foram excedidos os tempos de espera de referência para todos os níveis de prioridade.

Tabela 1.2 - Tempos médios de espera para observação médica no SU de Faro em 2017

Prioridade	Designação	Cor	Tempo alvo (minutos)	Tempo médio observado (SU Faro, 2017)
1	Emergente	Vermelho	0	↑ 20
2	Muito Urgente	Laranja	10	↑ 33
3	Urgente	Amarelo	60	↑ 97
4	Pouco Urgente	Verde	120	↑ 205
5	Não Urgente	Azul	240	↑ 1497

Na prioridade “Não Urgente”, o tempo médio observado está enviesado por falta de registo atempado das altas dos doentes que, por elevado tempo de espera, acabam por abandonar o SU. No que se prende com as prioridades “Emergente” e “Muito Urgente” o tempo médio observado na tabela 1.2, refere-se ao tempo do registo após a prestação de cuidados ao doente pelo que não corresponde a tempo real de espera.

Dado que os elevados tempos de espera são muitas vezes uma consequência da sobrelotação do SU causada pelos DPNU e UF, importa caracterizar o perfil dos utilizadores do SU de Faro do CHUA, incidindo preferencialmente nos dois grupos de doentes referidos. Com esta etapa pretende-se responder às questões de investigação anteriormente assinaladas e assim contribuir para o conhecimento científico.

Através da identificação dos motivos que resultam na procura espontânea do DPNU ao SU poderão ser adotadas estratégias de acompanhamento e intervenção junto desses doentes. Este trabalho permitirá também uma melhor identificação das potenciais fragilidades existentes na resposta dos CSP, o que poderá vir a possibilitar uma atuação conjunta entre o CHUA e a ARS Algarve, criando equipas multidisciplinares que permitirão que, no futuro, os utentes beneficiem de um acompanhamento mais adequado à sua situação clínica, potenciando a prestação de cuidados de saúde de excelência e levando a reduções na utilização indevida de recursos.

CAPÍTULO 2

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Contextualização da Problemática em Portugal

De acordo com o Despacho Normativo nº 11/2002 os Serviços de Urgência são:

“serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas. Consideram-se situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata”.

De acordo com os dados existentes, o número de admissões nos SU do país tem aumentado nos últimos anos contrariando o objetivo do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2016).

A evolução no número de admissões no SU de Faro (Figura 2.1), aparenta ser diferente do que acontece em Portugal. Verificou-se um aumento do número de admissões entre 2008 e 2011 e entre 2014 e 2016, Entre 2011 e 2014 verificou-se uma diminuição acentuada do número de admissões, talvez pelo facto do aumento da oferta de prestadores de cuidados de saúde privados na região.

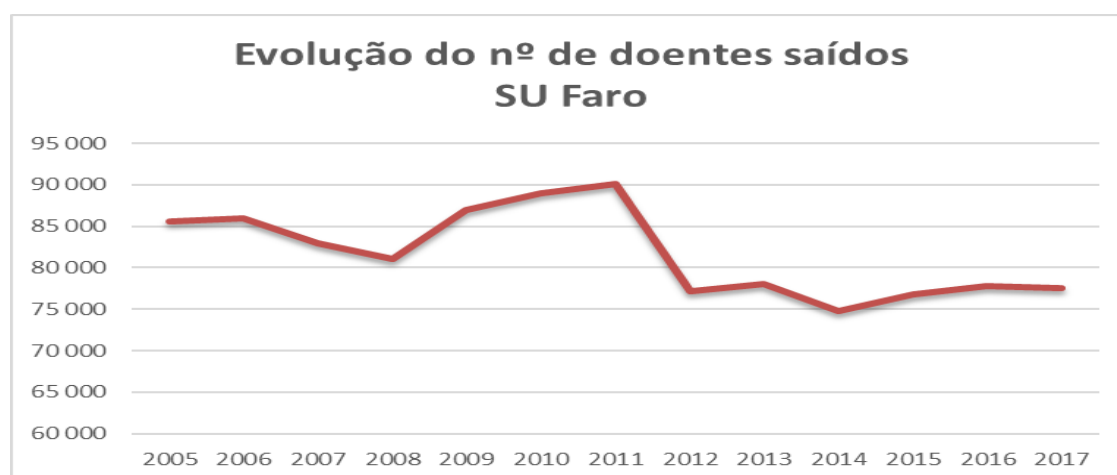


Figura 2.1 - Evolução do número de doentes saídos do Serviço de Urgência de Faro entre os anos de 2005 e 2017 (Fonte: SONHO, janeiro 2019)

Em Portugal, os médicos das várias especialidades médicas e cirúrgicas com uma intervenção direta em casos emergentes e urgentes compõem maioritariamente a equipa médica do SU, principalmente porque não temos a especialidade de Medicina de

Urgência que, em teoria, poderia suprir esta necessidade, como acontece em vários países como o Reino Unido, Canadá ou Estados Unidos da América (Machado *et al.*, 2018).

As consequências da utilização inadequada dos SU são várias, entre elas a sobrecarga dos recursos hospitalares (humanos e materiais), a diminuição da qualidade dos serviços prestados aos doentes que carecem efetivamente de cuidados de urgência, um claro aumento de custos para o SNS, resultando por isso, numa diminuição da eficiência e eficácia dos SU (Silva, 2012).

Segundo Silva (2012), é o próprio doente que sai prejudicado porque deixa de beneficiar, no âmbito dos CSP, de uma abordagem continuada, compreensiva e global da sua condição de saúde pelo seu médico de família em detrimento de episódios de urgência isolados no tempo e em cada um deles observado por um médico diferente e que não conhece a sua condição de saúde (Silva, 2012). Esta questão tem sido objeto de estudo das diferentes equipas do Ministério da Saúde, não se verificando, no entanto, grandes progressos, uma vez que se assiste ao agravamento progressivo do problema (Direção Geral da Saúde, 2001).

São apontados também outros motivos para a utilização inadequada dos SU como a aparente insuficiente resposta por parte dos CSP às solicitações de quem os procura. Uma vez que a população portuguesa tem baixa literacia, nomeadamente literacia em saúde, a carência de campanhas de informação à população, que promovam a correta utilização dos SU e evidenciem os riscos inerentes a uma visita desnecessária a estes serviços é também mencionada como determinante na sobreutilização dos SU (Cunha, 2011).

Têm sido desenvolvidos inúmeros estudos a nível internacional, evidenciando a necessidade de resolução desta problemática comum aos diferentes sistemas de saúde adotados pelos vários países, no entanto pouco se tem feito em Portugal no sentido de caracterizar estes grupos de doentes – não urgentes e utilizadores frequentes (Pereira *et al.*, 2001; Oliveira, 2008; Cunha, 2011; Silva, 2012; Dixe *et al.*, 2018).

2.2 Sobrelotação dos serviços de urgência

A sobrelotação ocorre quando a procura dos SU excede os recursos disponíveis e a capacidade instalada resultando em consequências negativas para o doente e para o próprio sistema de saúde (Unwin *et al.*, 2018).

A sobrelotação dos SU é um problema crescente a nível internacional (Leporatti, *et al.*, 2016) e, cada vez mais uma preocupação, sendo considerado uma ameaça emergente à segurança do paciente e à saúde pública (Gomes, 2013).

Diversos fatores contribuem para esta situação, nomeadamente a procura ilimitada de cuidados médicos associada à pouca acessibilidade aos mesmos, bem como o fluxo migratório e o envelhecimento populacional, associado à prevalência de doenças crónico-degenerativas e maior suscetibilidade a exacerbações recorrentes (Morichi *et al.*, 2007).

Os SU existem para a abordagem ao doente urgente tendo como principais objetivos uma intervenção atempada e a estabilização apropriada do doente (Jayashree & Nadkarni, 2017). Porém, hoje em dia, os SU parecem estar a ser utilizados como um recurso alternativo de cuidados de saúde primários em detrimento da sua diferenciação nos cuidados, capacitados para atuar em caso de emergência (Breen *et al.*, 2013).

O aumento das admissões no SU leva à diminuição da capacidade para prestar serviços de qualidade a doentes críticos com emergência efetiva, uma vez que estes serviços estão sistematicamente a funcionar acima das suas capacidades (Lega & Mengoni, 2008). Esta problemática tem preocupado a comunidade internacional uma vez que está amplamente descrito que a SU sobrelotados estão associados *outcomes* indesejados (Carter & Pouch, 2014; Stang, *et al.*, 2015), tais como:

- gestão ineficiente da dor (Carter & Pouch, 2014);
- uso prolongado de antibióticos (Johnson & Winkelman, 2011)
- aumento da violência (Unwin *et al.*, 2018);
- falta de comunicação (Yau *et al.*, 2018) ;

Capítulo 2 Revisão da Literatura

- baixa satisfação dos utentes, associada a aumentos nos tempos de espera para observação médica (Coster *et al.* 2017);
- aumento da demora média do episódio (Derose *et al.*, 2014);
- perda de confiança nos serviços (Doran *et al.*, 2014);
- probabilidade de transmissão de doenças infecciosas (Machado *et al.*, 2018);
- aumento da mortalidade e morbidade (Hesselink *et al.*, 2016);
- readmissões (Abir *et al.*, 2019).

Por sobrelotação dos serviços de urgência, também se geram “atrasos” na transferência dos doentes para os serviços de internamento o que está relacionado com o aumento da demora média nesses serviços (Machado *et al.*, 2018), gerando ineficiência na gestão de camas e de recursos (Bernstein *et al.*, 2009).

Devido aos elevados tempos de espera, o recurso ao SU, destinado a promover alívio, acaba por tornar-se num evento hostil e num fator de stress adicional à queixa que suscitou a admissão do doente (Burns, 2017). Adicionalmente, investigações diagnósticas desnecessárias resultam em custos que poderiam ser evitados (Gentile *et al.*, 2010). Sabe-se também que os profissionais de saúde que trabalham nos SU sobrelotados apresentam maiores níveis de insatisfação no trabalho aumentando o índice de *turnover* de recursos humanos (Bardelli & Kaplan, 2013; Heede & Voorde, 2016; Unwin *et al.*, 2018).

De acordo com Jayashree e Nadkarni (2017), o principal propósito do SU, que é “salvar vidas”, está a ser prejudicado pelo volume de referenciações e admissões inapropriadas.

Têm sido propostas e implementadas algumas medidas ao longo dos anos e em vários países, que visam melhorar a eficiência dos SU, como linhas de aconselhamento telefónico, a alocação de um médico especialista sénior ao primeiro atendimento médico, entre outras. Apesar de alguma melhoria evidenciada nos doentes com condições menos urgentes, não houve, na generalidade, grandes alterações nos tempos de espera, o que demonstra a necessidade de uma mudança profunda em toda a estrutura hospitalar (Mason *et al.*, 2014).

Segundo Heede & Voorde (2016), na tentativa de resolver a problemática da sobrelotação dos SU, os decisores políticos focaram a sua atenção em três grupos particulares de doentes:

- admissões inapropriadas: quando as condições clínicas dos doentes não requerem cuidados urgentes nem especializados, sendo neste estudo denominado de grupo de doentes pouco e não urgentes;
- idosos (>85 anos): este grupo de doentes é o que mais tem aumentado nos SU possivelmente devido ao facto de existirem fatores subadjacentes como várias patologias crónicas, quedas, declínio funcional combinado com falta de suporte familiar;
- utilizadores frequentes: existem diferentes definições na literatura, no entanto estima-se que o peso destes doentes no total de admissões no SU varie entre 1 e 5%.

De acordo com o estudo realizado por Heede & Voorde (2016) foi possível aferir que a sobreutilização do SU é um problema complexo e multifatorial que requer intervenções integradas adaptadas ao contexto de cada país.

Seguindo a visão destes autores, o presente estudo pretende aprofundar o conhecimento nos grupos de doentes pouco e não urgentes (associados às admissões inadequadas) e de utilizadores frequentes.

2.3 Doentes pouco urgentes e não urgentes

Uma das causas que contribui para a sobrelotação dos SU é o aumento do número de utilizadores com queixas definidas como “pouco urgentes” ou “não urgentes”. Por definição da Triagem de Manchester devem ser observados por um médico até 2 e 4 horas respetivamente.

A perceção dos pacientes sobre a gravidade da doença parece também contribuir para a sobrelotação dos SU como demonstram Andrews & Kass (2018). Este estudo foi realizado com o objetivo de elucidar quais os grupos de doentes que têm maior

probabilidade de ter uma perceção mais elevada da gravidade da doença. Os investigadores pesquisaram os fatores demográficos de todos os doentes não urgentes num SU. Foi solicitado, tanto aos médicos como aos doentes, que estimassem a gravidade da doença dos doentes por meio de uma escala de 1 a 10. Concluíram que, ao assumir que a estimativa para a gravidade da doença feita pelos médicos era a mais próxima da realidade, os doentes com baixo *status* socioeconómico, baixo grau de escolaridade, autorreferenciados e com dor aguda ao nível musculoesquelético são os que mais provavelmente tendem a exacerbar a gravidade da sua doença, contribuindo para o uso não urgente do SU (Andrews & Kass, 2018).

Foi realizado também um estudo semelhante em Hamburgo (Alemanha), entre outubro de 2015 e julho de 2016, por Sherer *et al.* (2017) no qual foram feitas entrevistas aos doentes e os diagnósticos foram documentados. Concluiu-se que mais de metade dos doentes não consideraram que a sua condição de saúde necessitasse de tratamento urgente. Motivos como conveniência, baixa expectativa de cuidados pelos CSP ou esperança de melhor prestação de cuidados de saúde nos SU, desempenharam um papel importante para muitos doentes, para a autorreferenciação (Scherer *et al.*, 2017).

Bardelli & Kaplan (2013) desenvolveram um estudo na Suíça, através da caracterização dos doentes admitidos nos meses de janeiro de 2008 e janeiro de 2009, em que verificaram que cerca de 33% dos doentes apresentavam queixas pouco ou não urgentes e que metade dos utilizadores do SU fizeram a sua admissão sem que primeiro se dirigissem aos cuidados de saúde primários. Concluiu-se também neste estudo que o aumento da procura do SU estava relacionado com a origem dos doentes (estrangeiros) e a idade (doentes jovens).

Ainda na Suíça foi realizado um estudo que pretendia aferir a evolução das admissões não urgentes ao SU desde o ano 2000 até ao ano de 2013 (Diserens *et al.*, 2015). Os doentes adultos triados com prioridade pouco e não urgente responderam ao mesmo questionário no ano 2000 e 2013, que visava apurar as motivações para recorrerem ao SU e se tinham tido um primeiro contato com os CSP. Foram conclusões deste estudo o aumento de admissões por condições pouco urgentes ao longo dos anos e que o SU em causa era uma alternativa conveniente aos CSP.

Um dos poucos estudos realizados em Portugal foi concretizado em 2014 recorrendo a dados retirados do processo eletrónico de 357 doentes triados como não urgentes, aos

quais também foi feita uma entrevista. Concluiu-se que a amostra era caracterizada maioritariamente por mulheres de meia idade, com reduzidas habilitações literárias e admitidas no SU maioritariamente no período diurno e por iniciativa própria. Os motivos mais referenciados para a admissão ao SU foram “A minha doença justifica a ida à urgência” (91,7%) e “Posso realizar os exames todos no mesmo dia” (65,6%) (Dixe *et al.*, 2018).

Em 2016, foi desenvolvido um estudo na Dinamarca em que se verificou que os doentes de nível E (não urgentes) são por norma jovens adultos que ligam o número de urgência durante o fim de semana e 25% destes faz a sua admissão no SU sem que tivesse necessidade de cuidados hospitalares (Lehm *et al.*, 2017).

O’Keeffe *et al.* (2018), realizaram, em Inglaterra, um estudo retrospectivo a 3 anos em que verificaram que 15,1% do total de admissões tinham sido identificadas como não urgentes. Concluíram com o estudo que as admissões não urgentes eram maioritariamente devidas a jovens adultos e as suas admissões aconteciam preferencialmente depois do horário laboral (O’Keeffe *et al.*, 2018).

Além do que já foi referido, as admissões deste grupo de doentes podem comprometer o uso eficiente dos recursos de saúde no sentido em que os CSP são menos dispendiosos do que os cuidados prestados no SU. É também importante referir que, no caso em que estes doentes substituem os CSP e recorrem consecutivamente ao SU, perdem o seguimento pelo seu médico de família, e eventual controlo da sua condição de saúde (Heede & Voorde, 2016).

2.4 Utilizadores frequentes dos serviços de urgência

Para além dos doentes pouco urgente e não urgentes, na literatura está amplamente descrita a existência de um grupo de utilizadores frequentes dos SU que também contribui para a sua sobrelotação (Bodenmann *et al.*, 2016). Apesar de existir um estudo que distingue entre pouco frequentes (1 a 6 admissões), frequentes (7 a 17 admissões) e hiper frequentes (≥ 18 admissões) (Doupe *et al.*, 2012), a definição portuguesa de utilizador frequente é a do utilizador com mais de 4 admissões por ano (Administração Central do Sistema de Saúde, 2016).

Este grupo constitui cerca de 8% do total dos utilizadores do SU e cerca de 21-28% dos episódios de urgência nos Estados Unidos da América e dos custos associados (Ondler *et al.*, 2014). Este grupo de utilizadores tem sido estudado por vários autores e têm sido observadas características demográficas e clínicas que originam o acesso frequente aos SU: utentes com algum grau de vulnerabilidade como os sem-abrigo, sem apoio familiar ou pessoa em situação irregular, abuso de álcool/drogas, problemas psiquiátricos e doenças crónicas (Leporatti *et al.*, 2016; Norman *et al.*, 2016).

Políticas que ambicionem a redução do número de admissões aos SU, referentes a esses utentes, implicarão poupanças consideráveis, diminuindo os custos em saúde (Ondler *et al.*, 2014; Leporatti *et al.*, 2016).

Com a crescente pressão para o controlo de custos na saúde, os decisores políticos estão a considerar a adoção de intervenções e programas que permitam um melhor e mais eficiente tratamento deste grupo de doentes. No entanto, o planeamento, implementação e sustentabilidade desses programas é desafiante sem que se tenha um amplo conhecimento acerca das características específicas e os motivos pelos quais estes utentes recorrem ao SU. Através de uma revisão sistemática da literatura verificou-se que estas características e motivos de admissão ao SU são transversais a todos os sistemas de saúde (Soril *et al.*, 2016).

Grover *et al.* (2016) realizaram um estudo observacional num hospital comunitário da Califórnia que tinha em curso um programa de “gestão de caso” em que eram selecionados os utilizadores frequentes com mais de 4 admissões por ano com o objetivo de diminuir as admissões no seu SU. Verificou-se que, com apoio dos médicos dos cuidados de saúde primários, estes doentes passaram a ser acompanhados e a ter continuidade na prestação de cuidados. A maior parte dos médicos contactados pelos investigadores não tinha noção das admissões frequentes dos seus utentes ao SU. Concluiu-se com este estudo que este programa é eficaz a curto e a longo prazo e inclusivamente os UF deixaram de ter critérios para permanecer no programa devido às admissões pontuais no SU. Houve, no entanto, um grupo de doentes que, apesar de estar inserido neste programa, manteve a utilização frequente por não tomar a medicação prescrita e por dor crónica (Grover *et al.*, 2016).

Noutro estudo, realizado por Moe *et al.* (2017), foram avaliadas várias estratégias de intervenção neste grupo de doentes através de revisão da literatura, como: programa de

“gestão de caso”, planos de cuidados personalizados, estratégias de encaminhamento para os cuidados não urgentes e visitas domiciliares dos assistentes sociais. O programa de “gestão de caso” envolveu uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais. Esta equipa desenvolveu planos de cuidados de saúde de acordo com as necessidades individuais de cada doente, permitindo o encaminhamento adequado para a instituição prestadora de cuidados. Concluiu-se que a adoção de programas de intervenção nestes doentes levava a uma diminuição significativa da utilização do SU (Moe *et al.*, 2017).

Através de uma análise de custo-efetividade concluiu-se que a implementação da estratégia de gestão de caso para os utilizadores frequentes do SU trazia benefícios em termos de redução dos problemas psicossociais com redução dos custos em saúde (Shumway *et al.*, 2008).

Outros estudos também afirmam ser importante a educação do utilizador frequente para a necessidade médica e envolver os CSP no desempenho de um papel importante na prevenção do uso inapropriado dos SU (Burns, 2017).

2.5 Motivos para a autorreferenciação

Alguns dos motivos descritos na literatura para que os DPNU optem pelos SU são: fraca confiança nos cuidados de saúde primários, o funcionamento dos SU durante 24h, fácil acesso por meios de transporte e proximidade de grandes áreas de residência e cuidados de saúde assegurados, mesmo àqueles que não têm acesso a outras redes de cuidados (Gomes, 2013). Além destes, são ainda referidos na literatura, motivos tais como, “A minha doença justifica a ida à urgência” e “Posso realizar todos os exames no mesmo dia” (Dixe *et al.*, 2018). Estudos prévios revelam que a iniciativa pessoal do utente é o método de referenciação mais frequente, seguindo-se a referenciação pelo médico de família presumivelmente por falta de meios complementares de diagnóstico nos centros de saúde (CS) ou por o SU ser visto como uma via facilitadora de internamento (Dixe *et al.*, 2018). Existem ainda evidências sobre a afluência ao SU por aqueles que não têm médico de família; pelos que veem neste serviço uma forma mais rápida de obter consulta, comparativamente a consultas programadas nos CS; idosos, doentes crónicos ou em fase terminal que, embora acamados, não cumprem critérios de permanência nos serviços

(Gomes, 2013). De acordo com estes pressupostos, e no seguimento dos estudos já realizados neste âmbito (Pereira *et al.*, 2001; Dixe *et al.*, 2018) e sabendo que a existência de uma forte rede de cuidados de saúde primários permite reduzir o número de utentes que recorrem ao SU por iniciativa própria (sem referenciação) (Guttman *et al.*, 2003; Kraaijvanger *et al.*, 2017), determinou-se pertinente avaliar, nesta dissertação, as motivações dos utentes pouco urgentes e não urgentes que recorrem ao SU, por meio da aplicação de questionários.

Em conclusão, é conhecido que os DPNU e os UF dos SU contribuem não só para a sobrelotação dos SU como também para consequências indesejadas como sejam, por exemplo, o aumento dos custos em saúde e os elevados tempos de espera para a primeira observação médica (Ondler *et al.*, 2014; Kraaijvanger *et al.*, 2016).

Os DPNU têm sido relacionados com uma maior prevalência na autorreferenciação em relação ao total de doentes (Bardelli & Kaplan, 2013) motivo pelo qual se revelou pertinente avaliar as motivações deste grupo de doentes por meio da aplicação de questionários.

Perguntas como: Será que existe relação entre a “não urgência” e a utilização frequente?; Existirá relação entre a ida ao SU de doentes não urgentes e a falta de resposta dos CSP?; Existirá relação entre a percentagem de admissões no SU referentes aos doentes não urgentes e utilizadores frequentes e os elevados tempos de espera observados no SU? ou Quais as motivações dos doentes pouco e não urgentes para se autorreferenciarem ao SU?; deverão ter uma resposta através da realização deste trabalho.

Pretende-se assim que este estudo contribua para o planeamento, implementação e sustentabilidade de programas que permitam uma melhor e mais eficaz monitorização do estado de saúde destes grupos de doentes e também para uma gestão adequada de recursos humanos e financeiros.

CAPÍTULO 3

3. METODOLOGIA

3.1 Estratégia de investigação

O foco de análise desta dissertação é o Serviço de Urgência da Unidade de Faro do CHUA, pelo que este estudo será abordado como um estudo de caso, permitindo que o fenómeno em análise seja estudado no contexto real, utilizando múltiplas fontes de evidência (quantitativas e qualitativas). O estudo de caso é utilizado como estratégia de investigação em várias áreas do conhecimento, incluindo a gestão. Segundo Yin (2009), o “como” e o “porquê” são perguntas centrais num estudo de caso que é aplicado a um fenómeno contemporâneo e em contexto da vida real. Esta metodologia de investigação tem como vantagens a produção de informação de fácil entendimento e o facto de relatar com muito pormenor a situação em estudo, proporcionando um melhor entendimento da realidade e podendo ser realizado por um único investigador (Yin, 2009). As limitações, por outro lado, prendem-se com a falta de objetividade uma vez que se realiza na perspetiva do investigador, é demorado no tempo, o que por vezes, para tomada de decisões de gestão, não é exequível. Para além disso, os resultados não podem ser generalizados a outros objetos de estudo (Yin, 2009).

O presente estudo é retrospectivo ao ano de 2017 com inclusão de todos os utentes admitidos no SU de Faro com idade superior a 18 anos, excluindo-se a urgência de ginecologia e obstetrícia por utilizar um fluxo de doentes que não interfere com os restantes.

Procedeu-se também, e igualmente como processo de recolha de informação, à aplicação de questionários autoadministrados a uma amostra intencional de doentes (só foram feitos a doentes classificados com prioridade verde e azul). No entanto, a amostra pode-se considerar aleatória uma vez que os utentes inquiridos em cada dia foram escolhidos ao acaso, foram incluídos todos os dias da semana e diferentes horários (entre as 08h00-20h00 horário correspondente ao funcionamento dos centros de saúde (CS)). A aplicação dos questionários ocorreu entre o dia 26.11.2018 e o dia 12.04.2019.

3.2 Modelo conceptual

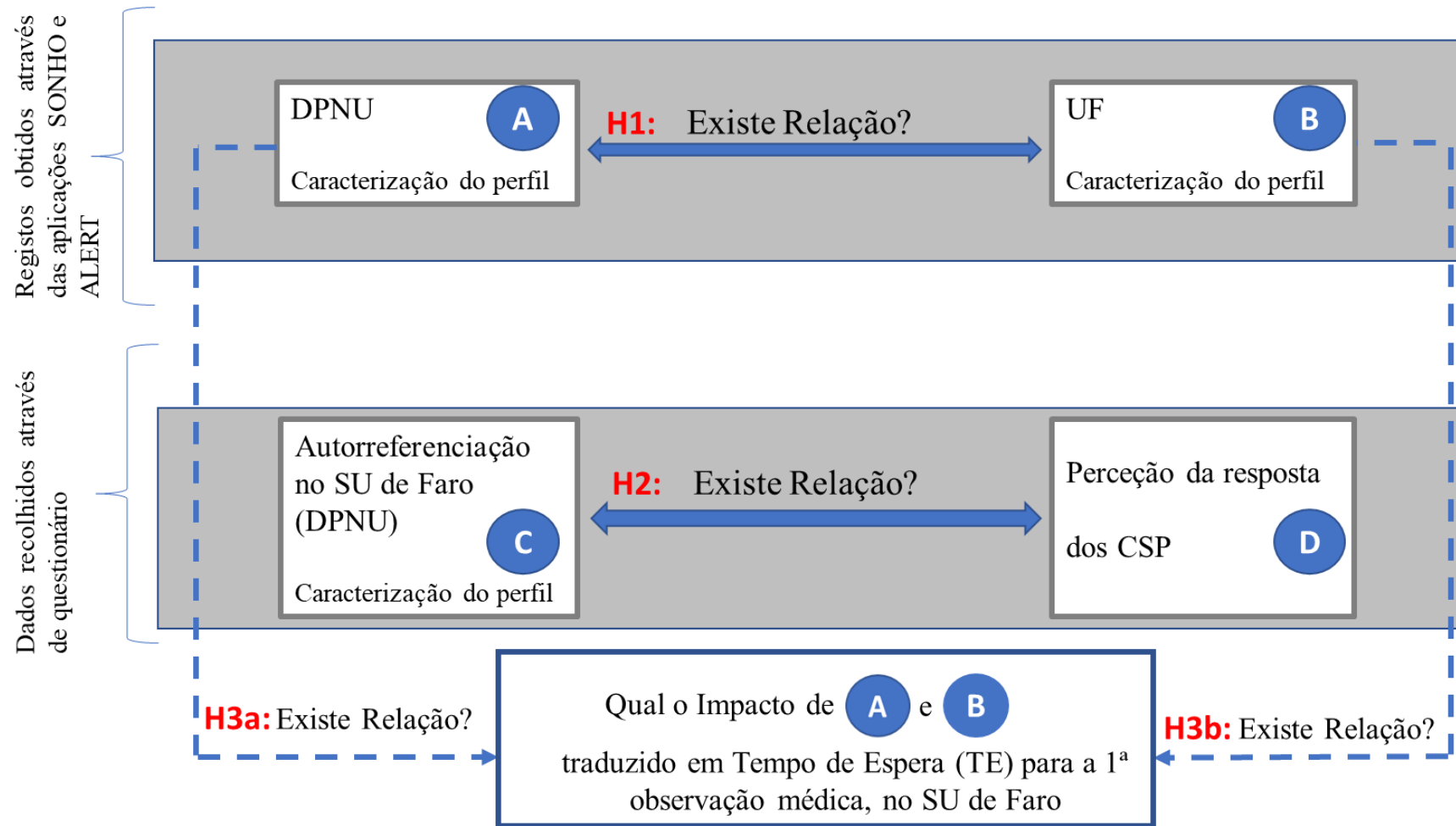


Figura 3.1 – Modelo conceptual para a caracterização dos utentes do SU de Faro, os motivos dos DPNU para recorrerem ao SU e qual o impacto dos DPU e dos UF traduzido em tempo de espera para a primeira observação médica

3.3 Definição das variáveis em estudo

Neste estudo os principais conceitos utilizados são:

Doentes pouco e não urgente – doentes com prioridade de triagem verde ou azul;

Utilizador frequente - doente com mais de 4 admissões durante o ano em análise;

Tempo de espera para observação médica – tempo entre a triagem e a 1ª observação médica;

Serão estudadas as seguintes variáveis:

Demográficas – idade e sexo;

Data de admissão – mês, dia e hora;

Classificação do Sistema de Triagem de Manchester – cor e fluxograma;

Variável “DPNU” - variável para a identificação do doente pouco ou não urgente;

Variável “UF” – variável para a identificação do utilizador frequente;

Variável “TE” - variável para a identificação do tempo de espera para observação médica;

Variável “MF” – variável que identifica a atribuição de médico de família;

Variável “Motivo” – variável que identifica os motivos que influenciaram o utente a recorrer ao SU em detrimento dos CSP;

Variável “Resposta dos CSP” – variável que resulta da agregação da informação das variáveis: MF e Motivo.

3.4 Amostras objeto de análise

3.4.1 Amostra para a caracterização do perfil dos utilizadores do SU

A amostra do estudo foi constituída por todos os utentes admitidos de 1 de janeiro de 2017 a 31.12.2017 no SU da Unidade de Faro, com idade igual ou superior a 18 anos.

Foram excluídos da amostra os doentes admitidos através da Urgência de Pediatria (<18 anos) e através da Urgência de Ginecologia/obstetrícia uma vez que o circuito destes doentes não interfere com o circuito de doentes definido para a Urgência Polivalente.

3.4.2 Amostra para a realização dos questionários

O levantamento de dados para pesquisa qualitativa/quantitativa realizou-se por técnica de amostragem intencional, através da aplicação de questionário (Anexo II), bem como pela consulta da ficha de admissão de todos os inquiridos, através do software SONHO.

Para o cálculo da dimensão da amostra fez-se a média de três anos (2015, 2016 e 2017) dos doentes triados de verde e azul (pouco urgentes e não urgentes):

SUP Faro	2015	2016	2017
Verde	18 386	18 382	16 577
Azul	193	187	209
Total	18 579	18 569	16 786

Figura 3.4.2.1 - Número de episódios de urgência triados de verde e azul nos anos de 2015, 2016 e 2017.

Cálculo da média dos anos de 2015, 2016 e 2017:

$$\bar{x} = \frac{(18579 + 18569 + 16786)}{3} \ll \bar{x} = 17978$$

Para uma representatividade com grau de confiança de 95%, a amostra foi constituída por 377 utentes (www.raosoft.com/samplesize.html).

3.5 Técnicas de recolha de dados

3.5.1 Técnica de recolha de dados para caracterização do perfil dos utilizadores do SU

A recolha dos dados para este estudo foi efetuada através das aplicações informáticas em uso no SU de Faro. São elas as aplicações SONHO e ALERT, no período compreendido entre 01 de maio 15 de junho de 2018.

3.5.2 Técnica de recolha de dados para realização dos questionários

Com o consentimento prévio do doente (ANEXO I) foram realizados questionários aleatórios no momento da triagem (ANEXO II), aos DPNU que visitaram o SUP-CHUA de segunda-feira a domingo, entre os dias 26.11.2018 e 12.04.2019.

3.6 Técnicas de análise dos dados recolhidos

Os dados obtidos da aplicação informática SONHO foram utilizados para a construção de uma base de dados anonimizada e respetiva análise descritiva e inferência estatística, utilizando-se o *Software* IBM SPSS Statistics 25. Esta ferramenta é amplamente utilizada para a análise estatística dos dados: pelo que se considerou útil para a análise descritiva dos utilizadores do SU em termos sociodemográficos. Acresce que este *software* permite relacionar variáveis quantitativas com variáveis qualitativas, realizar testes estatísticos paramétricos ou não paramétricos e testar hipóteses (IBM SPSS, 2017).

A estatística descritiva das variáveis numéricas é apresentada sob a forma de médias com os respetivos desvios-padrão, máximos, mínimos e modas, sempre que pertinente. A estatística descritiva das variáveis categóricas é apresentada sob a forma de frequências absolutas e relativas, tendo em conta valores omissos.

O estudo associativo das variáveis categóricas foi feito recorrendo-se ao teste Qui Quadrado de Pearson, enquanto o estudo associativo entre variáveis numéricas e categóricas foi feito utilizando-se o teste não paramétrico de variáveis independentes U de Mann-Whitney. Considerou-se a existência de significância estatística sempre que $p < 0.05$. Foi utilizado também o teste da Razão de Chances (ODDS RATIO), definido como a razão entre a chance de um evento ocorrer num grupo e a chance de ocorrer noutro grupo, de forma a relacionar a chance de um DPNU ser UF.

3.7 Procedimentos Éticos

O estudo garante a confidencialidade dos dados dos utentes, tendo sido aplicados os questionários numa sala privada. Teve parecer positivo pela Comissão de Ética do CHUA e foi aprovado pelo Conselho de Administração a 26/04/2018.

CAPÍTULO 4

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização do perfil do utilizador do SUP de Faro

No ano de 2017 foram observados no SUP de Faro um total de 50.395 doentes, traduzindo-se em 77.534 episódios de urgência. Os homens e as mulheres recorreram ao SU aproximadamente na mesma proporção (50%) sendo responsáveis por 38.844 e 38.690 episódios, respetivamente. A distribuição por grupo etário está representada na Figura 4.1.1.

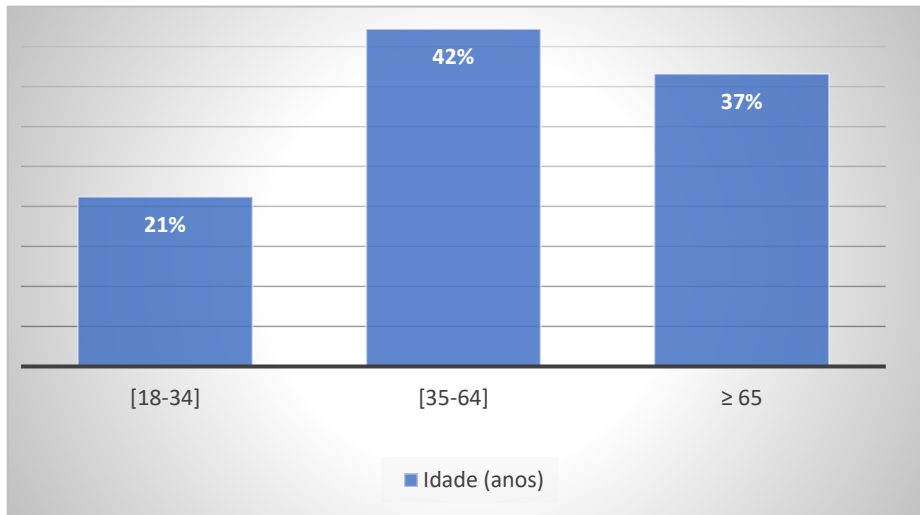


Figura 4.1.1 - Distribuição dos utilizadores do SUP de acordo com a faixa etária em 2017

A média de idades foi de aproximadamente 57 anos, com moda de 79 anos. O utente mais novo tinha 18 anos e o mais velho 104 anos.

No total dos episódios de urgência durante o ano de 2017, verificou-se que 71% dos episódios estavam isentos do pagamento de taxas moderadoras, tal como ilustra a Figura 4.1.2:

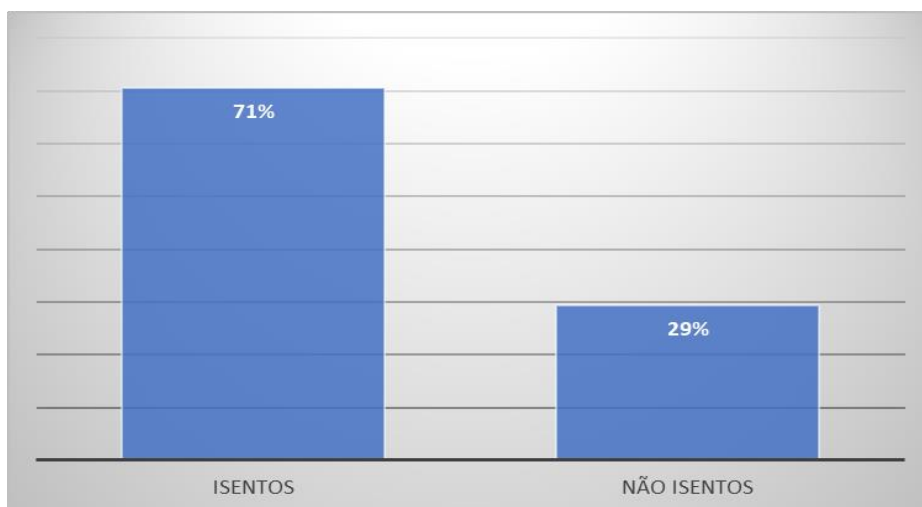


Figura 4.1.2 - Distribuição dos episódios de urgência relativamente ao pagamento de taxas moderadoras.

Capítulo 4
Análise e Discussão dos Resultados

Foi estudado também o padrão de utilização do SU em relação à data de admissão. A Figura 4.1.3 mostra a proporção de visitas realizadas durante os meses do ano de 2017.

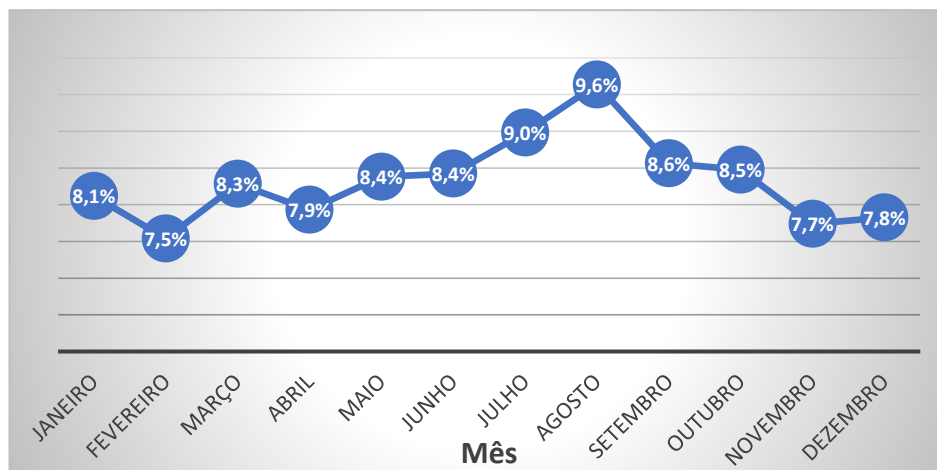


Figura 4.1.3 - Afluência ao SUP durante os meses do ano de 2017

Salienta-se o mês de agosto que, com um total de 7.472 episódios (9,6%), foi o que teve maior afluência e o mês de Fevereiro o que teve a menor, com um total de 5.846 episódios (7,5%), o que está de acordo com o descrito na literatura (Silva, 2012).

Verificou-se que 74,4% dos episódios ocorreram durante os dias úteis da semana, perfazendo um total de 57.678 episódios de urgência. O dia com maior afluência foi a segunda feira com 12.714 admissões (12,5%). A Figura 4.1.4 demonstra a distribuição dos episódios ao longo da semana, sendo possível observar que o SU teve o maior número de admissões à segunda feira diminuindo ao longo da semana, sendo o domingo o dia com menor percentagem de doentes admitidos. Esta variação na afluência ao SU durante a semana também coincide com o descrito na literatura (Silva, 2012).

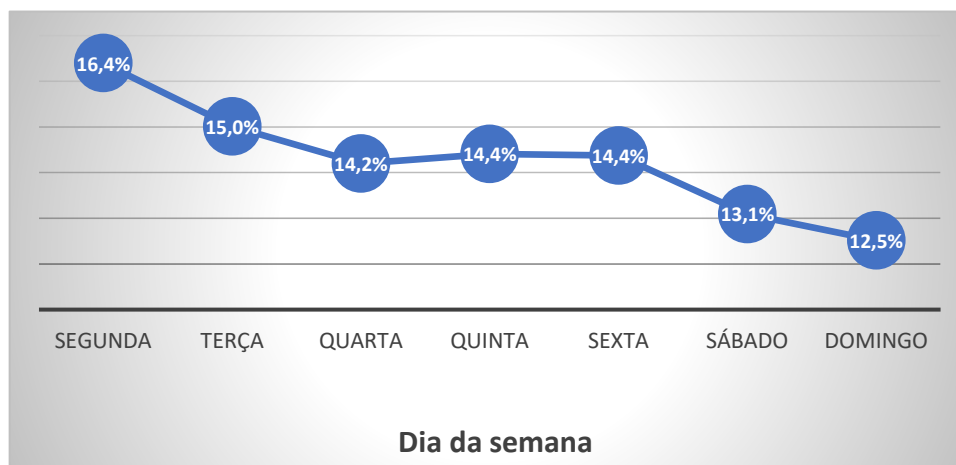


Figura 4.1.4 - Distribuição dos episódios de urgência ao longo da semana

Capítulo 4
Análise e Discussão dos Resultados

Relativamente à distribuição dos episódios de urgência por período horário (Figura 4.1.5), verificou-se que o período da manhã (8h – 11h59) foi o que se destacou com 27% dos episódios de urgência. Em oposição, o turno da noite (das 0h às 8h) foi o que teve menor afluência. Estes resultados estão de acordo com os estudos já realizados em Portugal (Silva, 2012; Gomes, 2013).

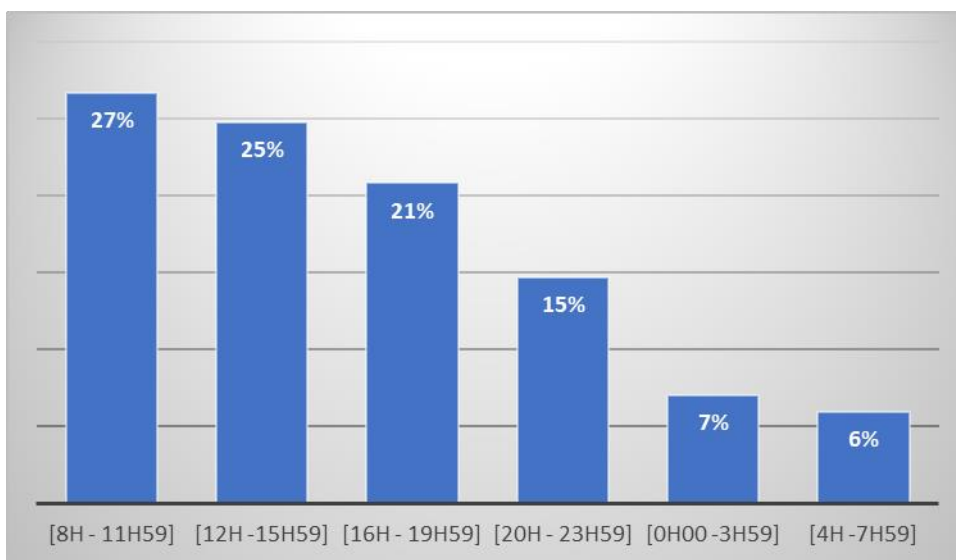


Figura 4.1.5 - Distribuição dos episódios de urgência por intervalo horário.

Verificou-se a distribuição dos episódios quanto à causa de admissão ao SU, destacando-se “Doença” com 79% dos episódios de urgência conforme a Figura 4.1.6:

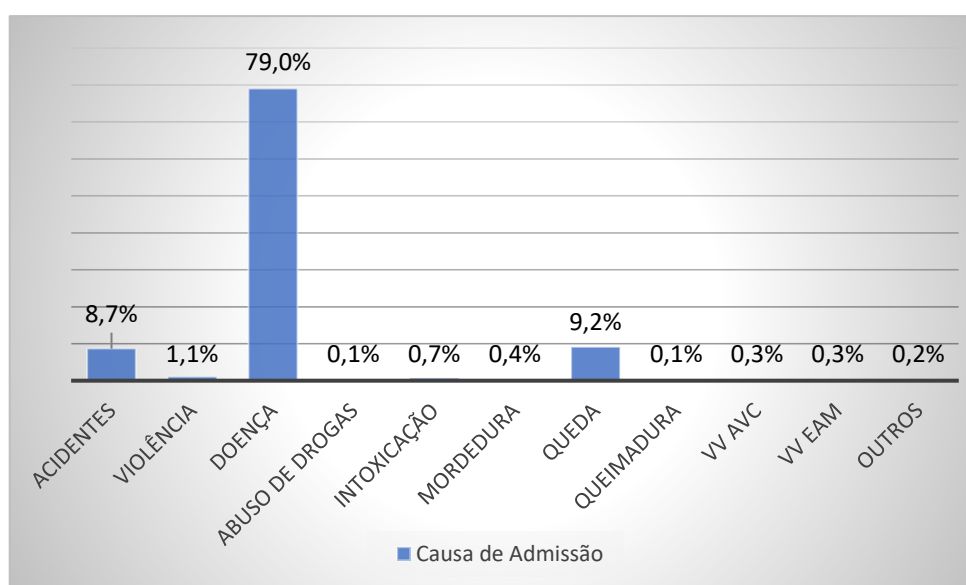


Figura 4.1.6 - Distribuição dos episódios de urgência quanto à causa de admissão

Os 77.534 episódios de urgência foram classificados de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, resultando na seguinte distribuição (Figura 4.1.7):

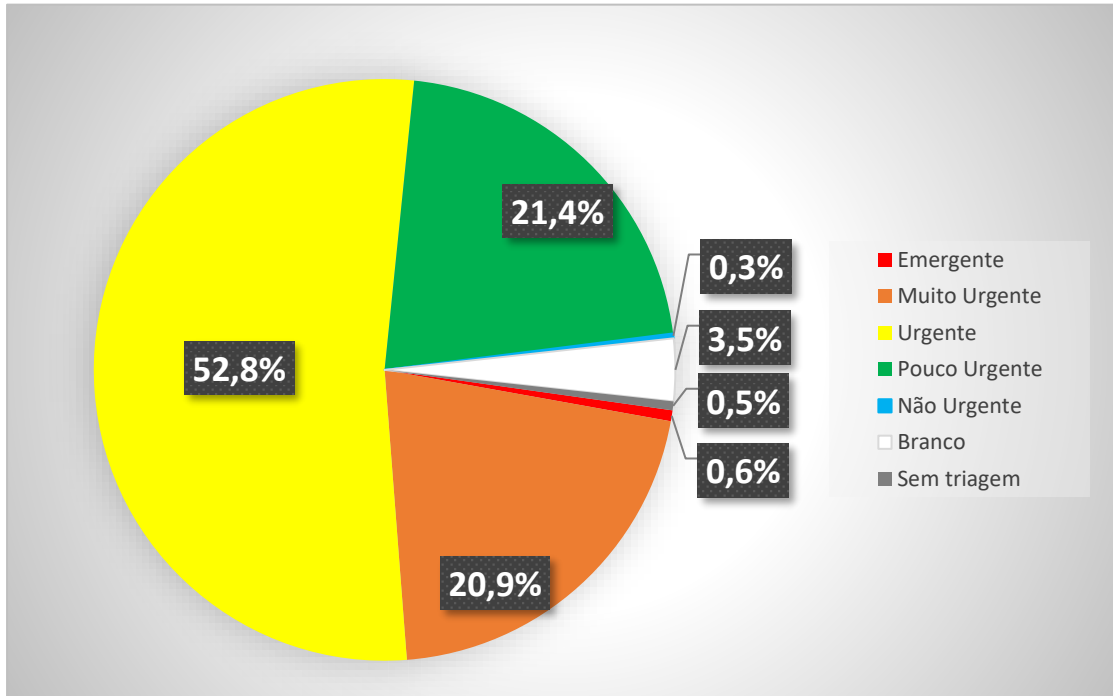


Figura 4.1.7 - Distribuição dos episódios de urgência de acordo com as prioridades definidas pelo STM.

Verificou-se que os doentes classificados como pouco e não urgentes correspondem a 21,7% do total de episódios e 53% dos episódios foram classificados como urgentes 40.973 episódios). O peso dos episódios de DPNU no SU de Faro não está de acordo com o perfil nacional (Silva, 2012; Gomes, 2013; Dixe *et al.*, 2018), em que este grupo de doentes pesa entre 30 a 40% no total de admissões ao serviço de urgência (Dixe *et al.*, 2018).

No entanto, a nível internacional, o peso deste grupo de doentes varia entre 3% e 90%, consoante a definição de “não urgente” espelhada nos estudos realizados em diferentes países (Durand *et al.*, 2012; Uscher-Pines *et al.*, 2013).

De todos os doentes observados no SU, apenas 14% ficaram internados e 51% tiveram alta para o exterior sem que fosse feita qualquer referência (Figura 4.1.8).

Capítulo 4 Análise e Discussão dos Resultados

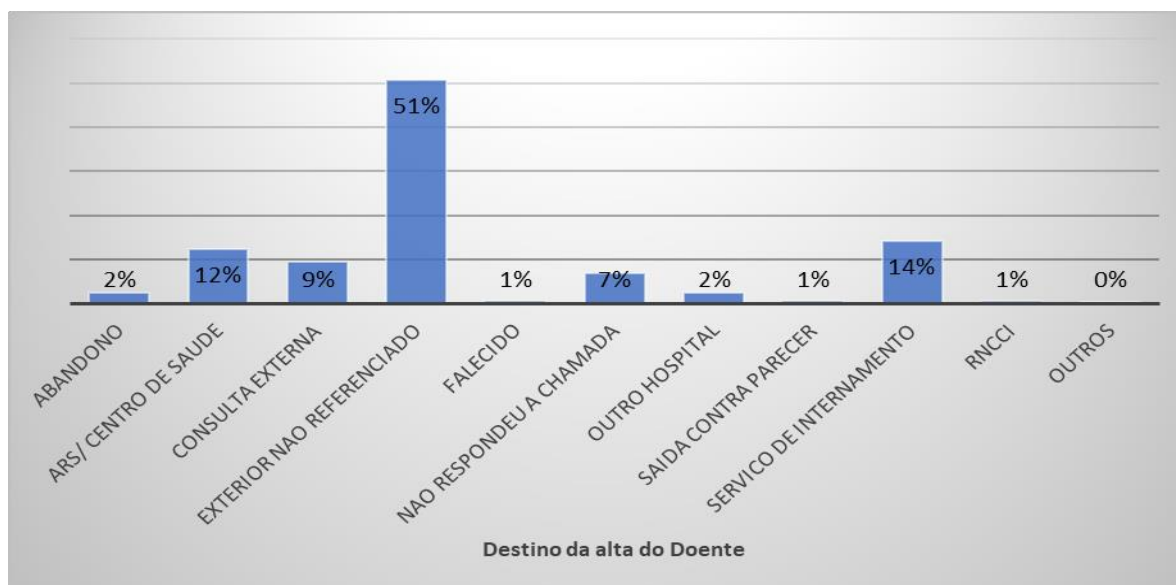


Figura 4.1.8 - Destino da alta dos doentes observados no SU de Faro.

Os utilizadores do SU de Faro são homens e mulheres (em igual proporção) com moda e máximo de idades de 79 e 104 anos respetivamente. 71% dos utentes estão isentos do pagamento de taxas moderadoras e tendem a recorrer ao SU à segunda feira no período diurno, verificando-se um aumento de afluência no período de verão.

4.2 Caracterização do perfil do doente pouco urgente e não urgente (DPNU)

Foram classificados pelo STM 16.782 episódios referentes a DPNU, sendo que no total de episódios referentes a 2017 correspondem a 21,4% de doentes pouco urgentes (16.573) e 0,3% episódios de doentes não urgentes (209). Este grupo de doentes tem um peso de 21,7% no total de episódios de urgência.

Capítulo 4 Análise e Discussão dos Resultados

A análise deste grupo de doentes será feita sempre em comparação com o total de episódios de forma a serem perceptíveis alterações no perfil dos utilizadores. De acordo com a Figura 4.2.1 é possível verificar que, no grupo dos doentes pouco ou não urgentes (DPNU), houve diminuição no número de episódios de urgência com idade igual ou superior a 65 anos de idade, sendo este comportamento mais evidente nos adultos, conforme descrito por Silva em 2012 e Bardeli em 2013. As condições pouco ou não urgentes têm sido relacionadas com um baixo extrato socioeconómico, baixo grau de escolaridade e idade jovem (Backman *et al.*, 2008).

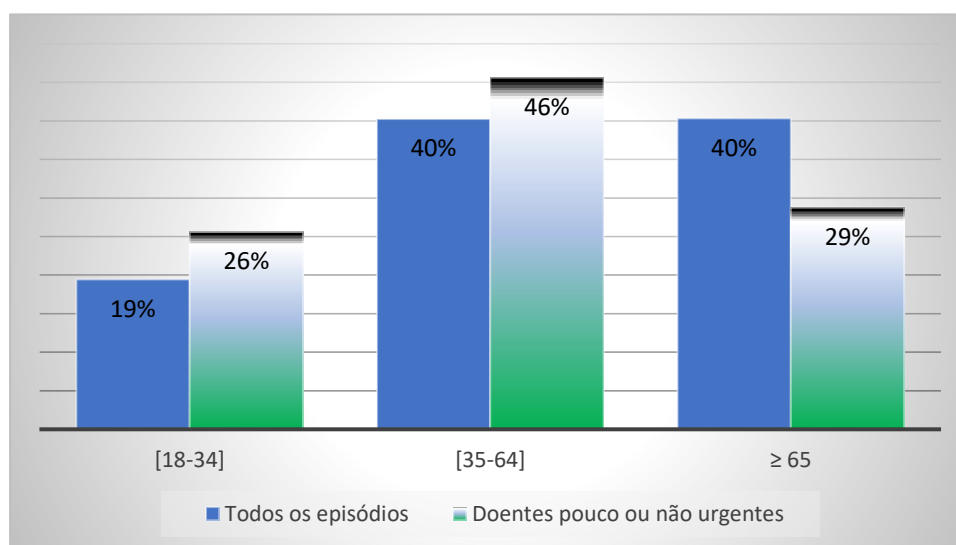


Figura 4.2.1 - Comparação dos dois grupos de doentes por faixa etária

Verificou-se também que o grupo DPNU tinham menor percentagem de isenção de taxa moderadora, conforme demonstra a Figura 4.2.2:

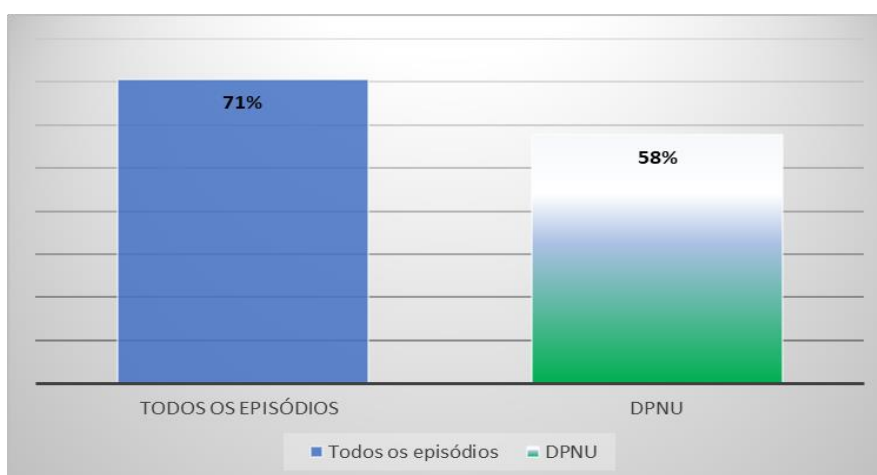


Figura 4.2.2 - Isenção do pagamento de taxa moderadora - Comparação entre os DPNU e o total de episódios

Capítulo 4
Análise e Discussão dos Resultados

Relativamente à evolução da procura durante o ano de 2017 (por mês), verifica-se na Figura 4.2.3 um padrão sobreponível em relação à totalidade dos episódios de urgência exceto nos meses de agosto e dezembro em que o grupo de doentes pouco ou não urgentes reduziu a sua afluência ao SU.

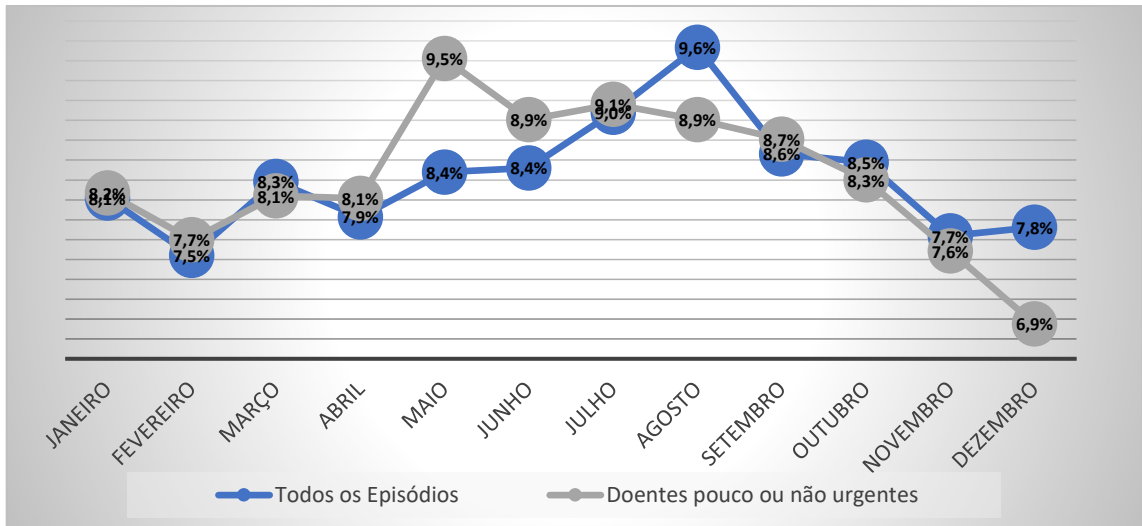


Figura 4.2.3 - Evolução da afluência ao Serviço de urgência – comparação entre todos os episódios de urgência e episódios classificados como pouco ou não urgentes

O perfil de afluência ao SU durante os dias da semana está representado na Figura 4.2.4., sendo visível que os DPNU recorrem ao SU preferencialmente à segunda feira em volume superior ao da totalidade dos doentes e recorrem menos ao domingo, também diminuindo a sua percentagem quando comparados com todos os episódios.

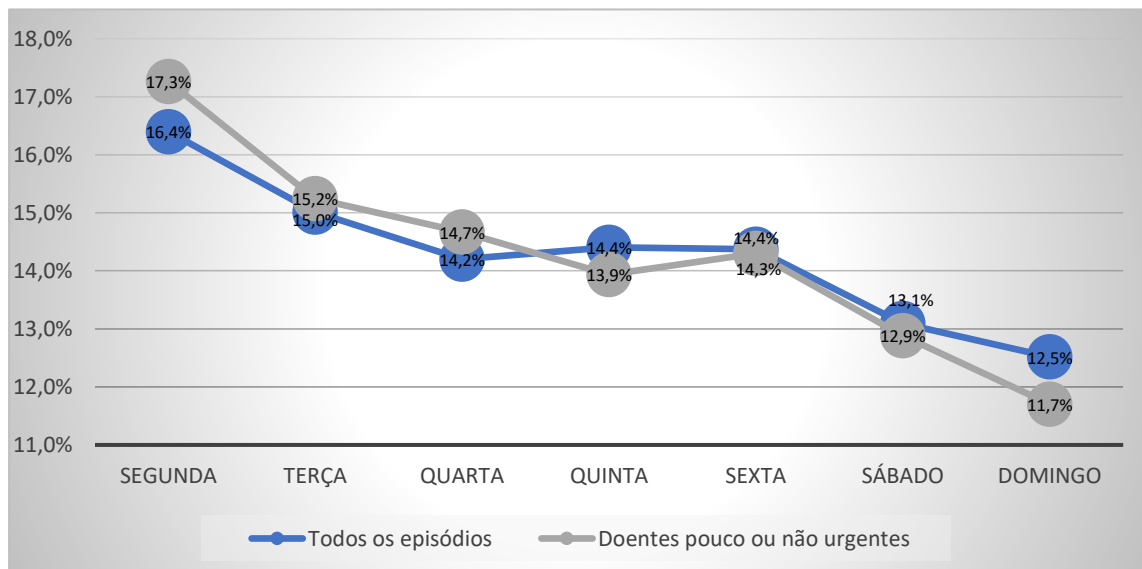


Figura 4.2.4 - Distribuição dos episódios pelos dias da semana

Capítulo 4
Análise e Discussão dos Resultados

Em relação ao horário de admissão no SU (Figura 4.2.5), verificou-se que o grupo de DPNU recorre ao SU em maior percentagem no horário entre as 8h e as 11h59, quando comparado com o total de episódios de urgência. O período da noite, entre as 0h e as 3h59, é o período de menor afluência deste grupo de doentes, o que era de esperar conforme descrito por Silva em 2012.

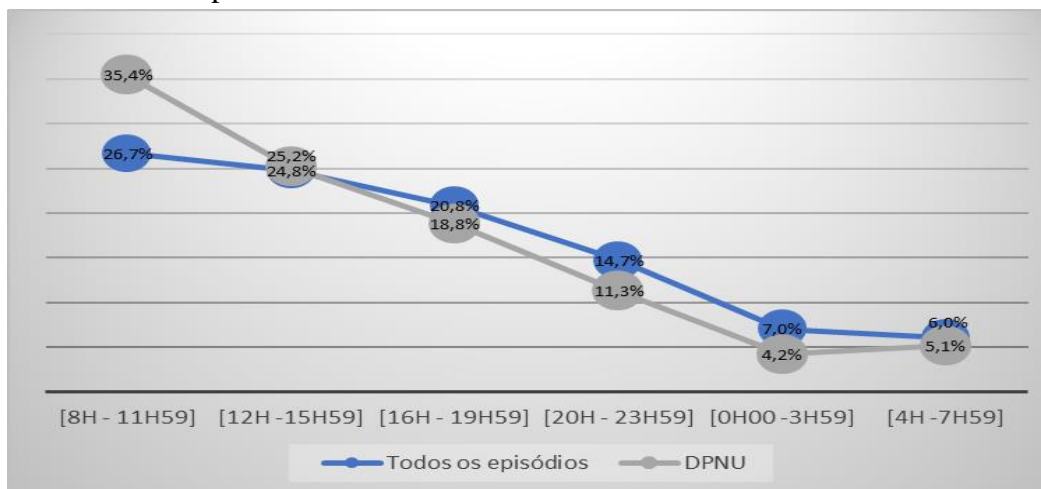


Figura 4.2.5 - Comparação entre a distribuição ao longo do dia de todos os episódios e os dos DPNU

Relativamente à causa de admissão não se verificaram alterações entre os dois grupos de doentes em estudo como demonstra a Figura 4.2.6:

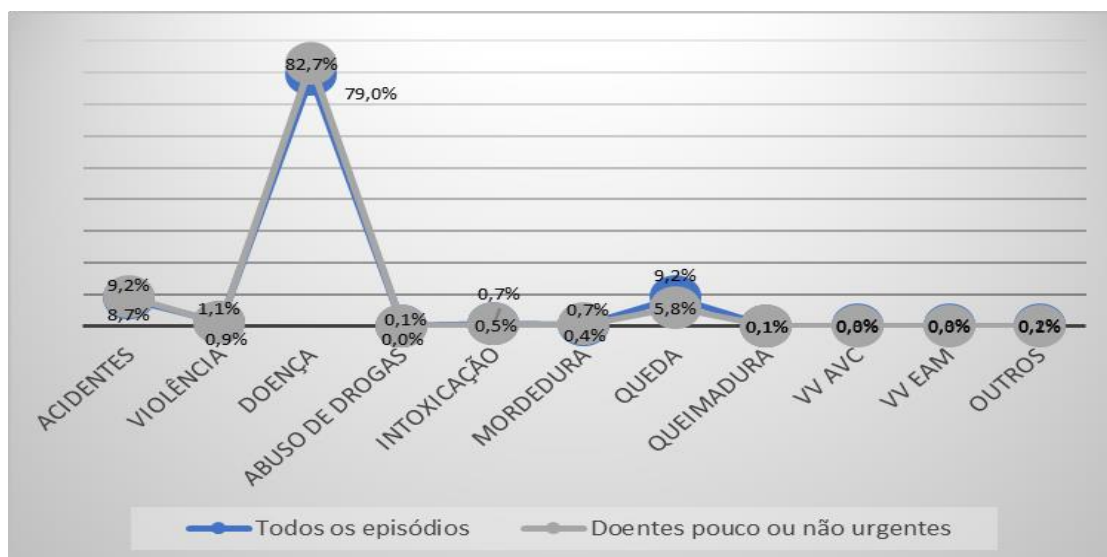


Figura 4.2.6 - Causa de admissão ao Serviço de Urgência

No que diz respeito à proveniência dos doentes, existe uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,04$) (ANEXO III) entre os dois grupos de doentes em estudo, sendo os DPNU que mais recorrem ao SU tendo como proveniência o Exterior não referenciado conforme se verifica na Figura 4.2.7:

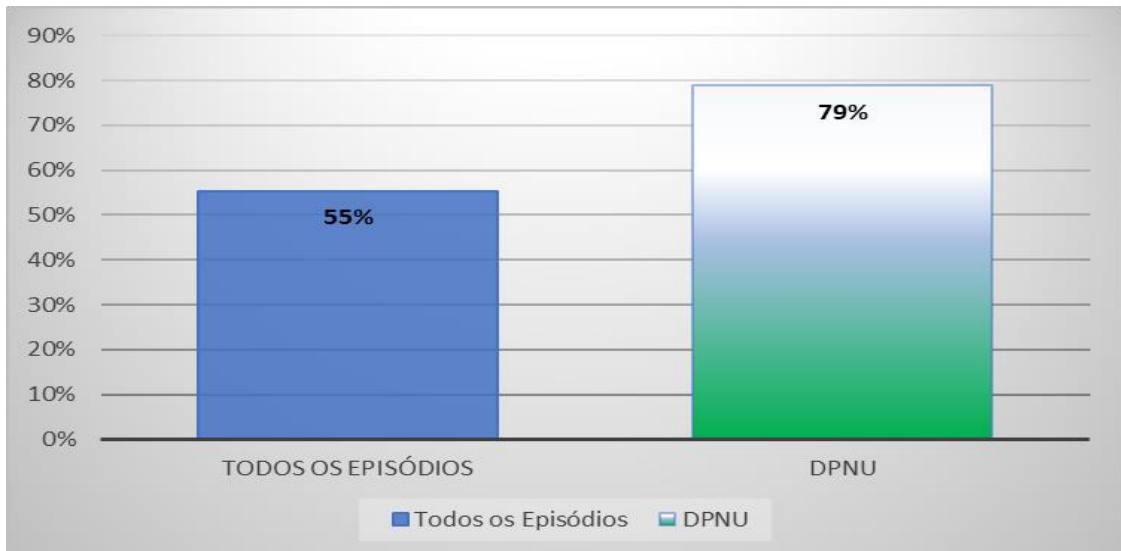


Figura 4.2.7 - Autorreferenciação dos doentes ao SU de Faro.

Esta questão tem sido amplamente estudada internacionalmente, uma vez que é apontada como sendo uma das principais causas de sobrelotação dos serviços de urgência (Hoot & Aronsky, 2008; Durand *et al.*, 2012). A autorreferenciação tem sido associada aos doentes com condições clínicas menos urgentes (Linden *et al.*, 2014), o que valida os resultados deste estudo. Pelo exposto tornou-se pertinente fazer o questionário sobre os motivos da autorreferenciação ao SU aos doentes classificados pelo STM como pouco urgentes e não urgentes.

Também têm sido desenvolvidas estratégias para direcionar os DPNU para outro tipo de instituições prestadoras de cuidados para tentar “aliviar os SU”. Estas estratégias têm sido largamente discutidas por levantarem uma série de questões, sejam elas éticas ou de segurança do doente (Birnbaum, *et al.*, 1994; Hoot & Aronsky, 2008), garantia de acessibilidade ou recusa de prestação de cuidados a doentes que, apesar de classificados como pouco ou não urgentes pela triagem, se verifica que afinal desenvolvem uma condição clínica urgente (Ullman & Stratmann, 1991).

Capítulo 4 Análise e Discussão dos Resultados

Verifica-se pela Figura 4.2.8 que 3% destes doentes tiveram como destino um serviço de internamento.

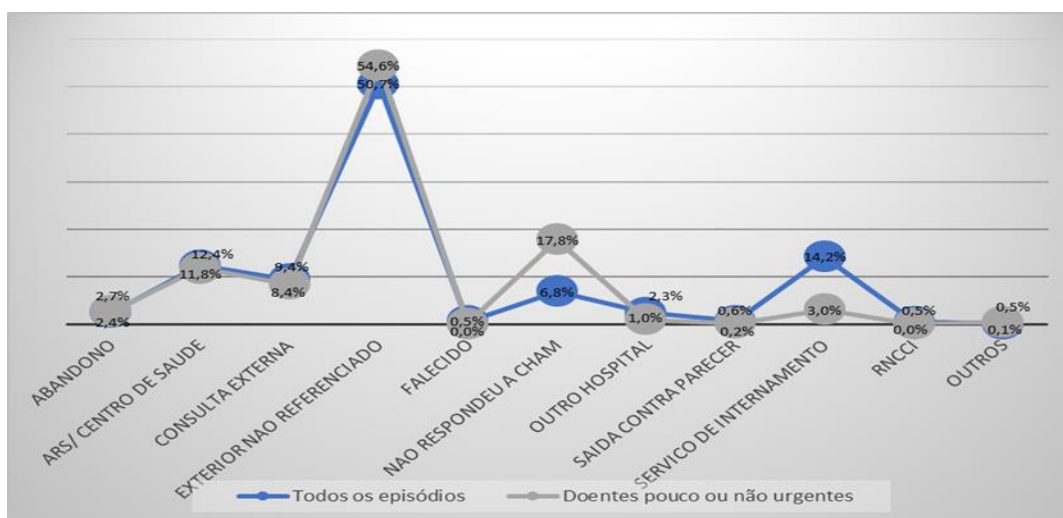


Figura 4.2.8 - Destino da Alta dos episódios de urgência

Os doentes classificados com pulseiras verde e azul, têm destinos de alta com perfil diferente da totalidade dos doentes. As altas têm maioritariamente como destino o exterior não referenciado (55%) e 18% não respondem à chamada do médico.

Foi descrito por Scherer *et al.* (2017) e Leung *et al.* (2019) que um elevado número de doentes classificados como pouco ou não urgentes, abandonam o SU antes da primeira consulta médica ou mesmo antes de terem alta (neste caso 20,5%). Provavelmente este elevado número de doentes que acaba por desistir da observação pelo médico porque espera demasiado tempo, já que os tempos preconizados pelo STM tendem a não ser cumpridos. No entanto, o STM faz uma recomendação de que estes doentes terão de esperar o atendimento de doentes com maior gravidade (Grupo Português de Triagem, 2019).

4.3 Caracterização do perfil do utilizador frequente (UF)

Os UF foram responsáveis por 10.670 episódios de urgência (14%) em 2017 e referem-se a 1479 utentes (3%). O menor número de admissões destes doentes foram 5 e o máximo 121, com média de 11 e moda de 5 admissões.

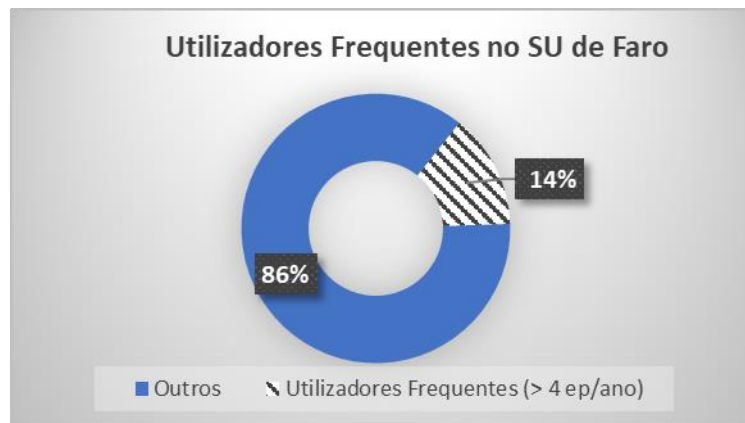


Figura 4.3.1 - Peso dos episódios referentes a utilizadores frequentes

O peso destes episódios no SU de Faro é inferior ao descrito por Silva em 2012 (30,6%) no SU do Centro Hospitalar da Cova da Beira, no entanto esta diferença poderá ser explicada por terem sido incluídos nesse estudo os doentes com 4 episódios de urgência por ano, o que não aconteceu no presente estudo.

Diferentes autores têm diferentes definições quanto ao número de admissões a partir do qual o utente passa a ser definido como “Utilizador frequente” (Norman *et al.*, 2016). A mais consensual é a de 4 ou mais admissões durante um ano (Moe *et al.*, 2013) no entanto como a ACSS definiu para Portugal em 2017 que o utilizador frequente é aquele cujo número de admissões seja superior a quatro durante o ano (Administração Central do Sistema de Saúde, 2016) foi este o critério de inclusão dos episódios.

Na literatura os utilizadores frequentes são responsáveis por cerca de 17% a 30% dos episódios de urgência (Burns, 2017).

A análise deste grupo de doentes será feita sempre em comparação com o total de episódios e com os episódios referentes a DPNU, de forma a serem perceptíveis alterações no perfil dos utilizadores frequentes.

Capítulo 4 Análise e Discussão dos Resultados

Os UF do sexo masculino foram responsáveis por 54% dos episódios conforme demonstra a Figura 4.3.2:

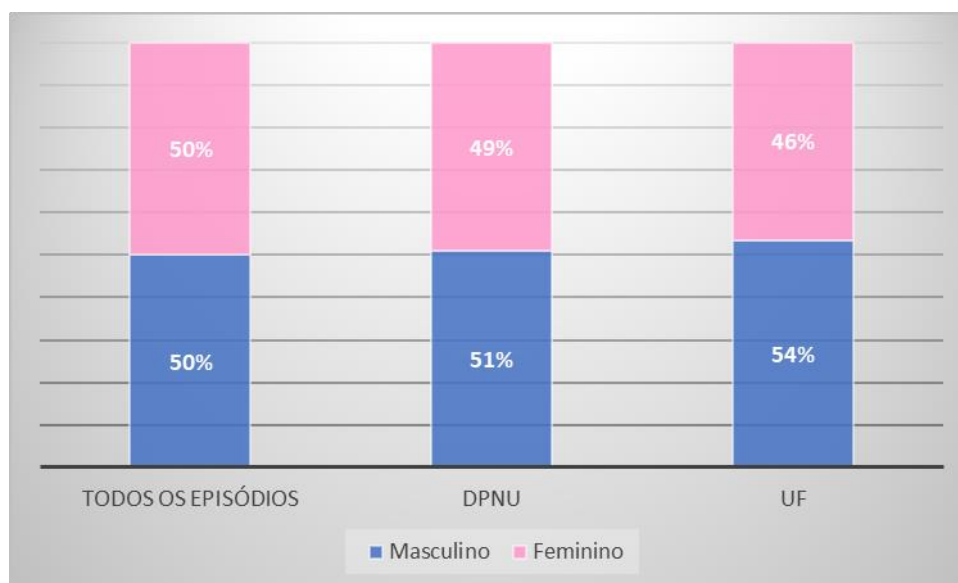


Figura 4.3.2 - Distribuição dos episódios de urgência por género

Na literatura, o utilizador frequente é maioritariamente mulher (Oliveira, 2008; Birmingham *et al.*, 2017) o que não está de acordo com os dados recolhidos para este estudo.

De acordo com a Figura 4.3.3, verifica-se um aumento percentual no grupo dos utilizadores frequentes, no grupo com idade superior a 65 anos. A média de idades foi de aproximadamente 62 anos, com moda de 85 anos (superior quando comparado com o total de episódios que era 79 anos), o utente mais novo tinha 18 anos e o mais velho 101 anos.

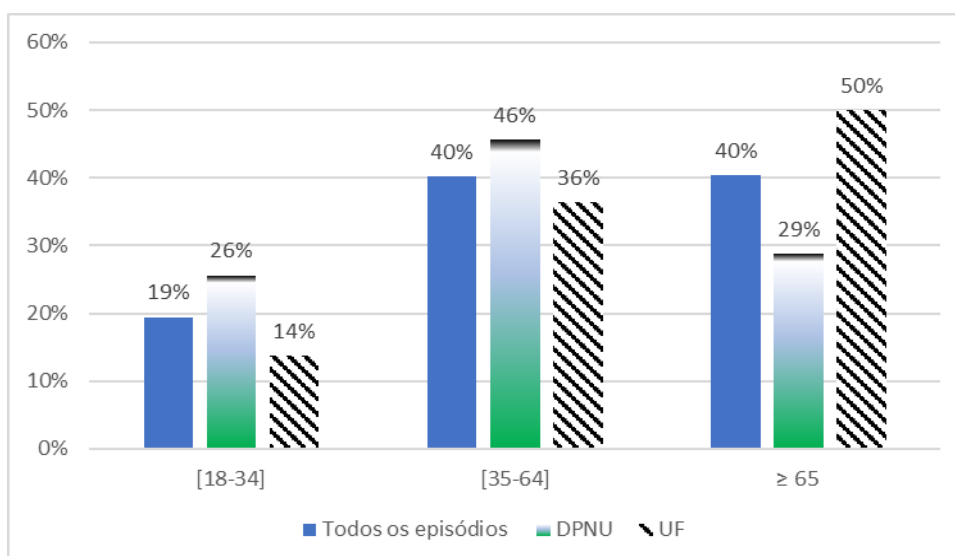


Figura 4.3.3 - Distribuição dos episódios de urgência por grupo etário

No que diz respeito à idade, o risco de ser utilizador frequente aumenta no grupo de doentes com idade superior a 65 anos o que está descrito por Leporatti *et al.*, (2016).

Os primeiros estudos que se dedicaram à caracterização do perfil dos UF sugeriam que estes utilizadores pertenciam aos grupos etários mais jovens (entre os 25 e os 44 anos) (LaCalle & Rabin, 2010). Estudos mais recentes, relacionam a utilização frequente do SU a doentes com idade superior a 65 anos (Soril *et al.*, 2016). Uma hipótese possível para os doentes mais idosos representarem uma proporção substancial dos UF é a maior incidência de doenças crónicas neste escalão etário e que acabam por contribuir para o aumento do risco de declínio do seu estado de saúde. Portanto os pacientes mais idosos precisam de recursos mais complexos devido a cada vez mais comorbilidades associadas (Coscia *et al.*, 2016).

No que diz respeito à isenção do pagamento da taxa moderadora verificou-se que no grupo dos UF era consideravelmente mais elevado quando comparado com os outros grupos em análise (Figura 4.3.4):

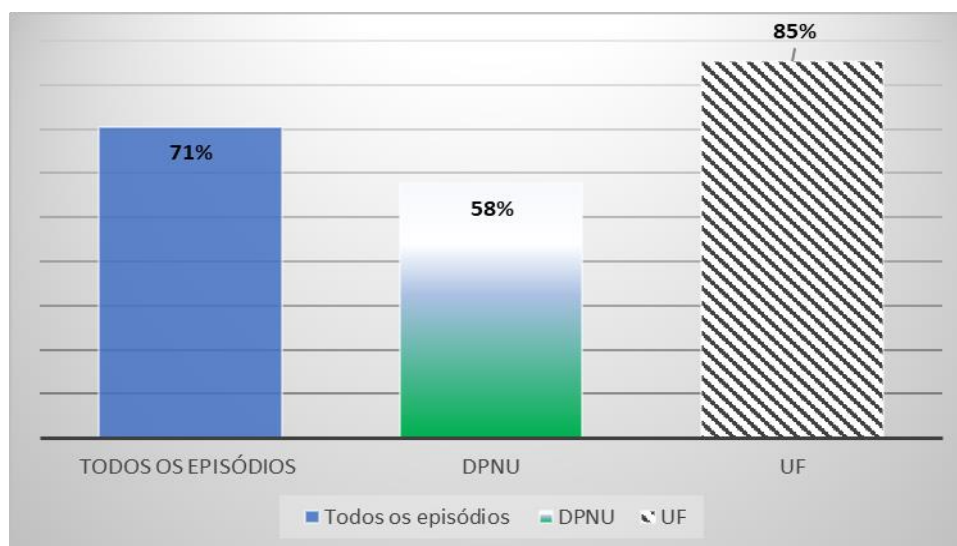


Figura 4.3.4 - Isenção do pagamento de taxa moderadora

Após a realização do teste de Qui Quadrado de Pearson, verificou-se que esta associação é estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (ANEXO IV). Muitos estudos relacionam a utilização frequente com os problemas sociais dos sem abrigo, pobreza, abuso de álcool e drogas (Mandelberg *et al.*, 2000). Normalmente relacionados também com baixos

Capítulo 4 Análise e Discussão dos Resultados

rendimentos económicos o que lhes permite beneficiar de isenção de pagamento de taxa moderadora na admissão ao SU.

Dos utilizadores frequentes isentos do pagamento de taxa moderadora, verificou-se que:

- 61% são isentos por motivo de situação de insuficiência económica;
- 13% são isentos por referenciação pelos CSP, linha Saúde 24 ou INEM;
- 16% são isentos por urgência com alta para o serviço de internamento.

Também na afluência ao SU durante o ano de 2017 se verificou algum desfasamento entre o grupo dos utilizadores frequentes e os outros grupos, conforme Figura 4.3.5:

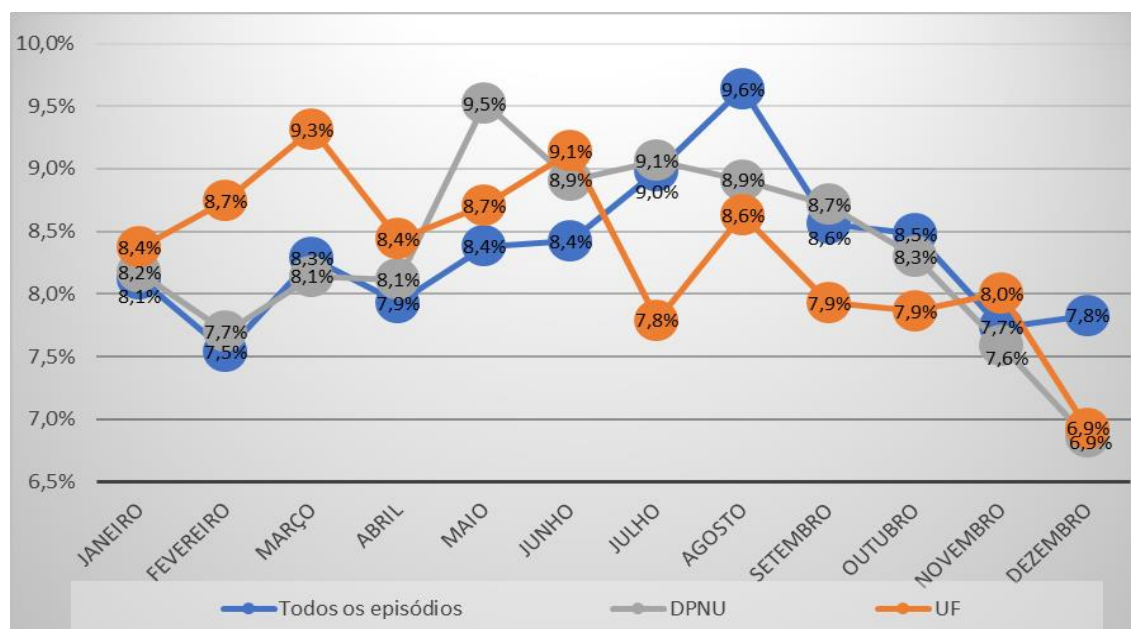


Figura 4.3.5 - Evolução da afluência durante o ano de 2017

Os UF recorrem em maior proporção nos meses de fevereiro e março e em menor proporção em julho, agosto e setembro, quando comparados com os outros grupos de doentes em estudo. Este fato poderá ser explicado pelo facto de o frio potenciar o agravamento de doenças crónicas e pelo facto dos sem abrigo utilizarem o SU para se agasalhar.

Capítulo 4
Análise e Discussão dos Resultados

Os utilizadores frequentes têm um comportamento muito semelhante ao grupo de todos os episódios de urgência no que diz respeito à admissão no SU por dia da semana (Figura 4.3.6).

No entanto, as diferenças na proporção são mais marcadas à segunda (maior afluência do que os restantes doentes) e ao domingo (menor afluência do que os restantes doentes).

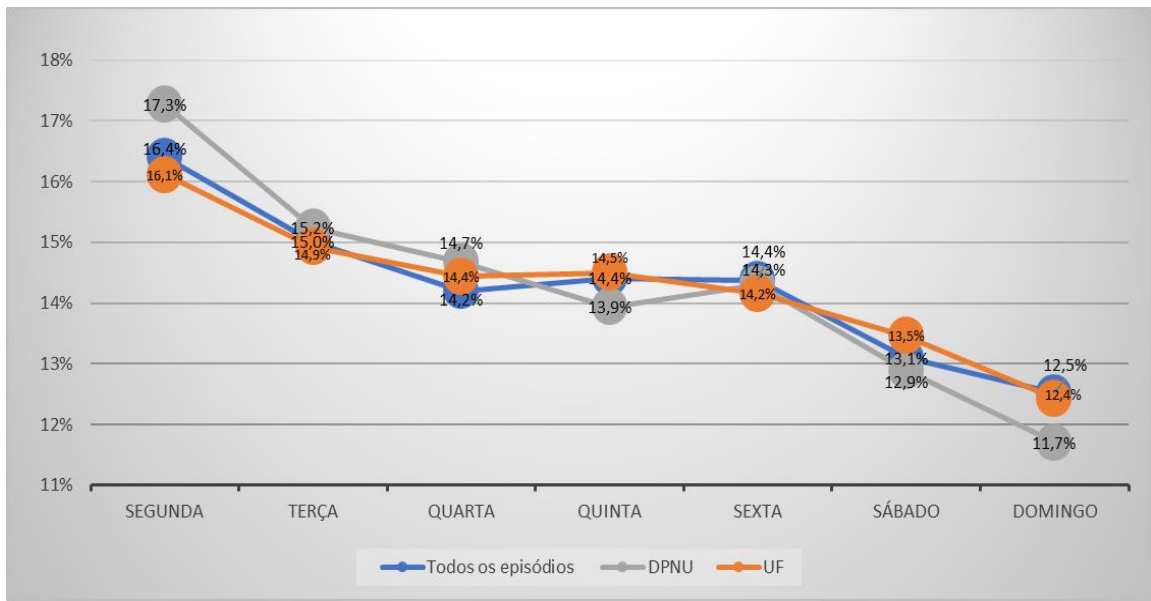


Figura 4.3.6 - Evolução da afluência durante a semana

Os utilizadores frequentes tendem também a recorrer ao SU em percentagem superior aos outros grupos de doentes no início da manhã (8h-11h59). O horário menos escolhido por este grupo de doentes é, por sua vez, entre as 0h e as 3h59, conforme representado na Figura 4.3.7:

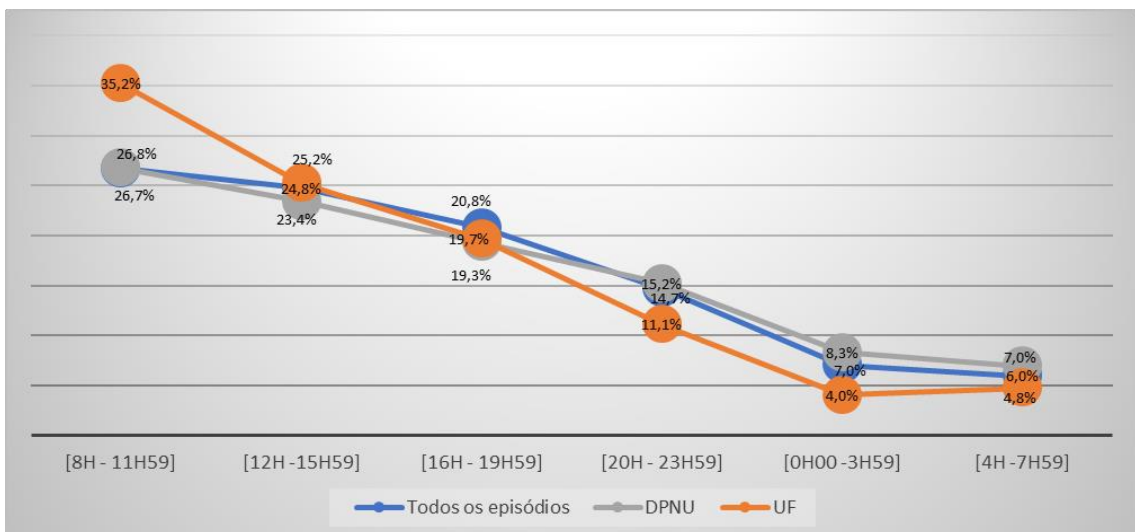


Figura 4.3.7 - Distribuição dos episódios por período horário

Capítulo 4
Análise e Discussão dos Resultados

Dos três grupos de doentes em estudo (todos os episódios; doentes pouco e não urgentes e utilizadores frequentes) o grupo dos UF é o que apresenta a menor percentagem de autorreferenciação (Figura 4.3.8), muito provavelmente por se tratarem de doentes com referenciação pela Linha de Saúde 24 ou INEM, se considerarmos os doentes com agravamento das doenças de base.

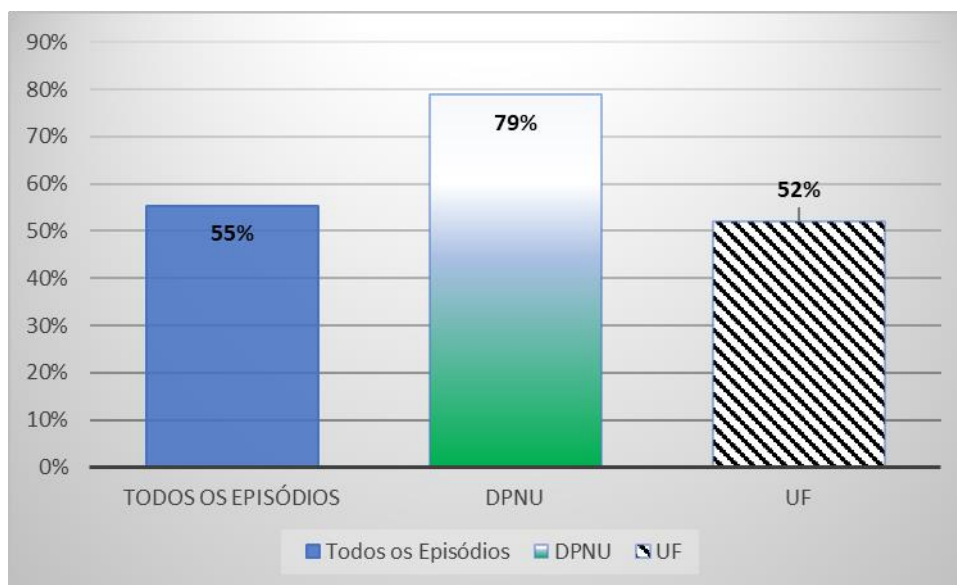


Figura 4.3.8 - Autorreferenciação para o SU – comparação entre os grupos de doentes em estudo

Relativamente à causa de admissão no SU não se verificam diferenças no perfil dos doentes estudados, conforme demonstrado na Figura 4.3.9:

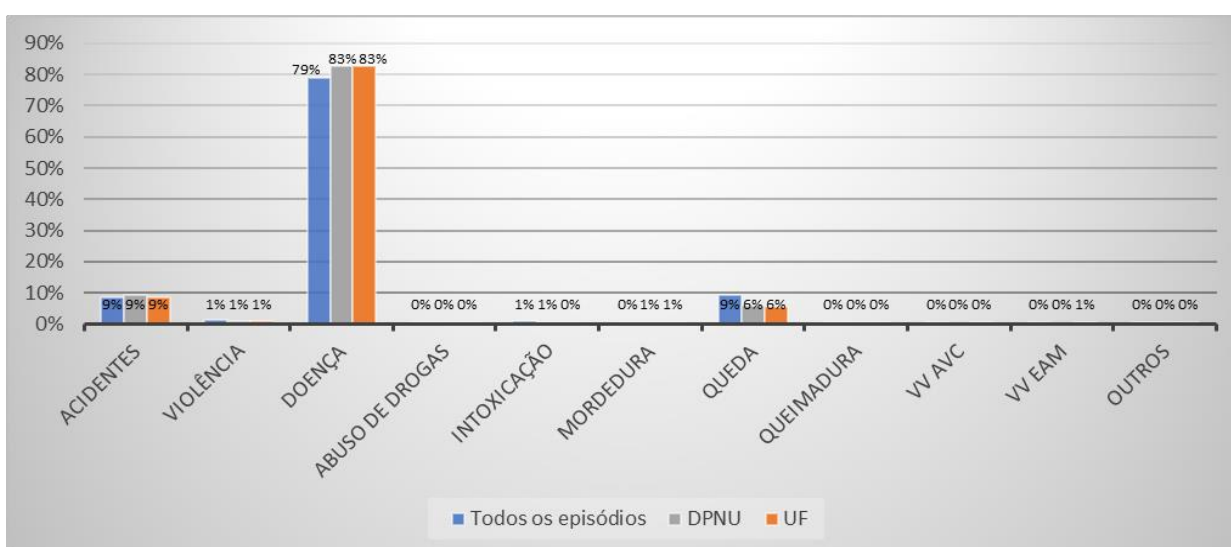


Figura 4.3.9 - Causa de admissão ao SU

Capítulo 4
Análise e Discussão dos Resultados

Os 10.670 episódios de urgência referentes aos utilizadores frequentes foram classificados de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, resultando na seguinte distribuição:

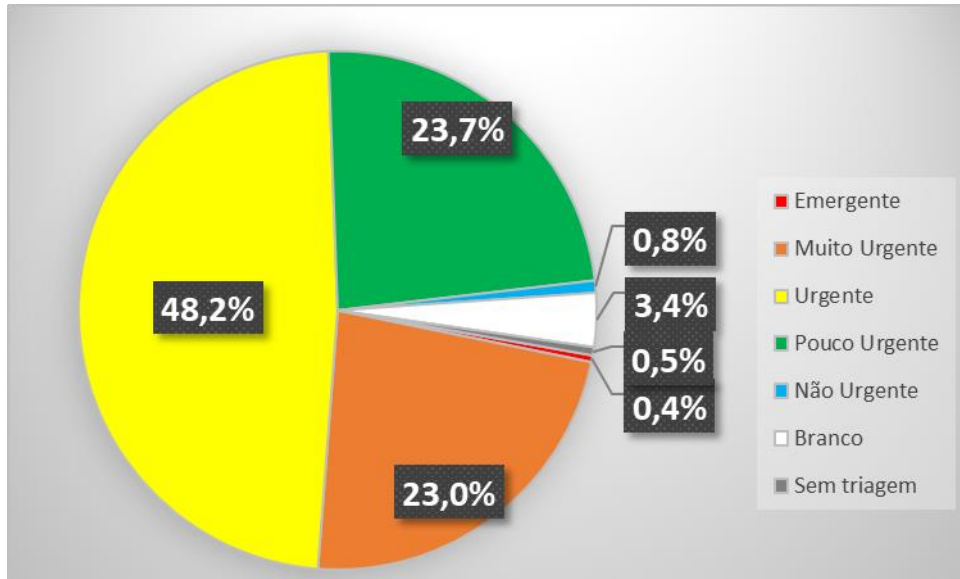


Figura 4.3.10 - Distribuição dos episódios de urgência referentes a utilizadores classificados pelo STM

Verificou-se que 48,2% dos episódios foram classificados como urgentes e 23% como muito urgentes. No total estas duas classificações representam cerca de 71% dos doentes, contrastando com os 25% de doentes pouco e não urgentes.

Grande parte dos estudos já realizados com incidência no grupo de utilizadores frequentes, relacionam-nos com condições de saúde pouco urgentes (Behr & Diaz, 2016) (Franchi *et al.*, 2017) o que é contrariado por este estudo. Os estudos realizados indicam também que a maioria dos utilizadores frequentes acreditavam que a sua condição era emergente apesar da classificação da triagem mostrar o contrário (Doran *et al.*, 2014).

Apesar de 71% dos utilizadores frequentes ter sido classificado pelo STM como urgente e muito urgente, verificou-se que em 48% dos casos estes doentes tiveram alta para o domicílio sem que fosse feita qualquer referência para continuação de cuidados (Figura 4.3.11):

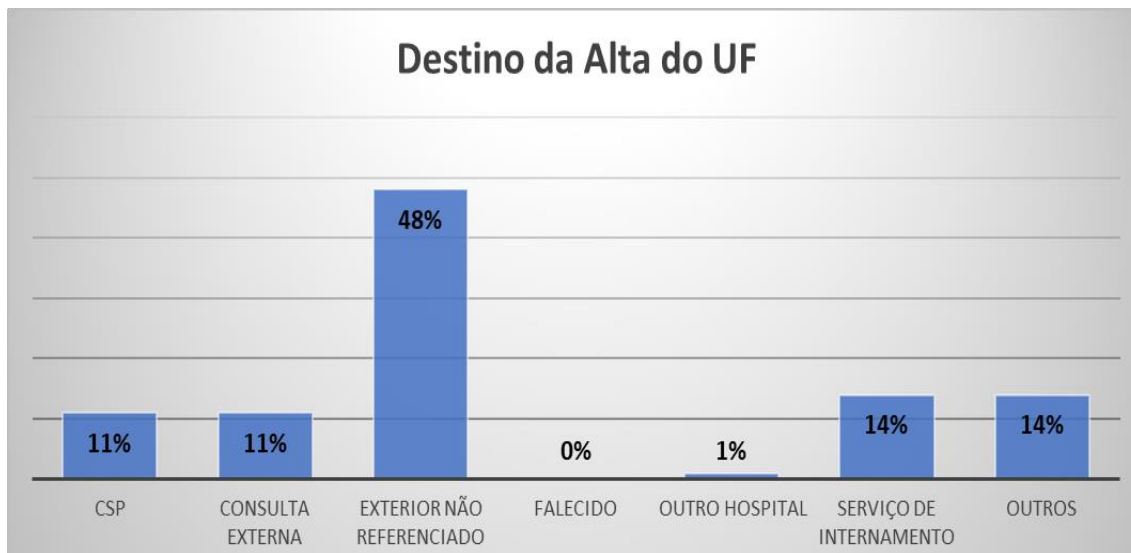


Figura 4.3.11 - Destino da Alta do Utilizador frequente

Na verdade, estes doentes ficam perdidos no sistema, não são acompanhados pelos cuidados de saúde primários e caso tenham alguma intercorrência no seu estado de saúde acabam por recorrer novamente ao Serviço de Urgência. Os médicos de família muitas vezes desconhecem até que os seus utentes recorrem frequentemente aos SU conforme descrito por Grover *et al.* (2016).

4.4 Análise dos motivos para autorreferenciação ao SU

4.4.1 Caracterização da amostra

A amostra utilizada para estudar os motivos subjacentes à autorreferenciação é constituída por 377 utentes que recorreram ao SU de Faro no período de 26.11.2018 a 12.04.2019, e que foram triados como não urgentes (azul) ou pouco urgentes (verde), de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester. A distribuição da aplicação do questionário para cada dia da semana não foi homogénea, tendo um maior número de utentes respondido aos dias de terça e quinta-feira (Tabela 4.4.1). Os inquiridos foram admitidos entre as 08h00-20h00, horário correspondente ao funcionamento dos centros de saúde (CS). Da amostra estudada, 96,8% foi triada de verde, tendo apenas 3,2% sido triada de azul.

Tabela 4.4.1 - Distribuição absoluta/relativa dos dias da semana em que se aplicaram os questionários

<i>Dia da semana da admissão ao SU</i> <i>n = 377</i>	<i>Observações</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Segunda	54	14,3%
Terça	61	16,2%
Quarta	61	16,2%
Quinta	106	28,1%
Sexta	55	14,6%
Sábado	21	5,6%
Domingo	19	5,0%

Foram inquiridos 161 homens e 216 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 98 anos, numa média $50,3 \pm 20,3$ anos e $49,8 \pm 19,8$ anos, respetivamente (Tabela 4.4.2).

Tabela 4.4.2 - Análise descritiva da distribuição de idades dos utentes inquiridos no âmbito do estudo.

<i>Variável / Observação</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Moda</i>
Idade das Mulheres (n=216)	18	98	50,5	20,3	66
Idade dos Homens (n=161)	18	91	49,8	19,8	{27;39;42;46;50;66;67}
Idade Total (n=377)	18	98	50,2	20,0	66

Estratificando a faixa etária em jovens, adultos e idosos, verifica-se que 44% dos utentes eram adultos à semelhança do descrito por Dixe *et al.* (2018).

Seguidamente apresentam-se outras variáveis sociodemográficas apuradas pela aplicação do questionário (Tabela 4.4.3).

Capítulo 4
Análise e Discussão dos Resultados

Tabela 4.4.3 - Distribuição absoluta/relativa das variáveis sociodemográficas dos utentes inquiridos. † As outras nacionalidades estão apresentadas no Anexo V.

<i>Variáveis Sociodemográficas (n = 377)</i>	<i>Observações</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Género</i>		
Masculino	161	42,7%
Feminino	216	57,3%
<i>Faixa Etária</i>		
Jovens [18-34]	107	28,4%
Adultos [35-64]	166	44,0%
Idosos [\geq 65]	104	27,6%
<i>Estado Civil</i>		
Casado	124	32,9%
Solteiro	105	27,9%
Divorciado	21	5,6%
Viúvo	11	2,9%
Não referido	116	30,8%
<i>Profissão</i>		
Reformado	92	24,4%
Estudante	27	7,2%
Desempregado	52	13,8%
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	43	11,4%
Especialista das atividades intelectuais e científicas	32	8,5%
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	30	8,0%
Trabalhadores não qualificados	30	8,0%
Pessoal administrativo	9	2,4%
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	5	1,3%
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	20	5,3%
Não referido	37	9,8%
<i>Atividade Profissional</i>		
Ativos profissionalmente	168	44,6%
Não Ativos profissionalmente	171	45,4%
Não referido	38	10,1%
<i>Escolaridade</i>		
Antiga 4ª classe	142	37,7%
9º ano	84	22,3%
12º ano	74	19,6%
Licenciatura	35	9,3%
Mestrado	7	1,9%
Doutoramento	3	0,8%
Outro	25	6,6%
<i>Concelho de Residência</i>		
Faro	162	43,0%
Olhão	72	19,0%
Loulé	50	13,3%
Tavira	27	7,2%
Outros (Algarve)	44	11,7%
Fora do Algarve	10	2,7%
Não referido	12	3,2%
<i>Nacionalidade</i>		
Portugal	313	83,0%
Brasil	25	6,6%
Roménia	10	2,7%
Outras nacionalidades minoritariamente representadas †	29	7,7%

Capítulo 4
Análise e Discussão dos Resultados

Da tabela anterior é possível retratar os utentes inquiridos como casados (32,9%), reformados (24,4%), não ativos profissionalmente (45,4%) e detentores da antiga 4ª classe (37,7%). Estes resultados estão de acordo com o descrito recentemente na literatura em Portugal (Dixe *et al.*, 2018), A maioria dos utentes tinha nacionalidade portuguesa (83,0%) e residia no concelho de Faro (43,0%).

Quanto às questões relacionadas com a utilização do SU de Faro, na sua maioria, os utentes inquiridos têm médico de família (81,6%), sendo que, desses, 83,6% pertencem ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Central, frequentando o seu Centro de Saúde 2 a 5 vezes por ano (46,4%) (Tabela 4.4.4). Foi, no entanto, possível denotar a fraca perceção dos utentes sobre o conceito de USF e os serviços mínimos que estas oferecem, nomeadamente a capacidade para atendimento de problemas agudos, com marcação no próprio dia pelo seu médico de família, ou por qualquer outro médico da equipa em caso de agendamento completo. Assim é de presumir que o esclarecimento adicional dos utentes quanto ao que é e qual a carteira de oferta de serviços de uma USF, poderá ser importante para contrariar a atual tendência do recurso inadequado ao SU.

Tabela 4.4.4 - Distribuição absoluta/relativa, das variáveis relacionadas com a admissão ao SU de Faro.

Variáveis	Observações	
	Nº	%
<i>Tem médico de família (n=375)</i>		
Sim	306	81,6%
Não	69	18,4%
<i>A que ACES pertence (n=361)</i>		
ACES Central	302	83,6%
ACES Sotavento	39	10,8%
ACES Barlavento	10	2,8%
Fora do Algarve	10	2,8%
<i>Pertence a uma USF (n= 322)</i>		
Sim	225	30,1%
Não	97	69,9%
<i>Quantas vezes frequenta os CSP por ano (n= 349)</i>		
≤1	96	27,5%
2 a 5	162	46,4%
> 5	91	26,1%

Capítulo 4 Análise e Discussão dos Resultados

A maioria dos DPNU recorreram ao SU de Faro por iniciativa própria (66,6%) tal como descrito por Gomes (2013) e Dixe *et al.* (2018) ou recomendados por um profissional de saúde (22,5%) conforme tabela 4.4.5.

Tabela 4.4.5 - Distribuição absoluta/relativa do modo de referênciação ao SU de Faro

<i>Modo de referênciação ao SU (n=377)</i>	<i>Observações</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Por iniciativa própria	251	66,6%
Recomendado por profissional de saúde	85	22,5%
Recomendado por família/amigo	22	5,80%
Linha saúde 24	13	3,40%
Outro	6	1,60%

Questionados sobre se fizeram tentativa de obter consulta no Centro de Saúde antes de recorrerem ao SU apenas 142 utentes (37,8%) responderam afirmativamente. Os motivos que os levaram ao SU de Faro estão representados no gráfico seguinte:

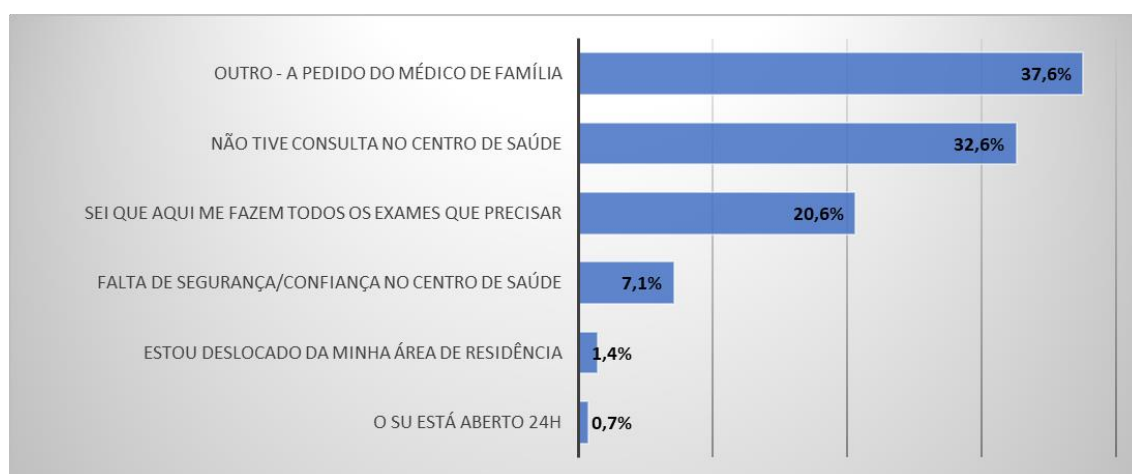


Figura 4.4.1 - Distribuição relativa dos motivos pelos quais os DPNU recorreram ao SU de Faro, depois de terem tentado obter consulta nos Cuidados de saúde primários.

Um estudo anterior da autoria de Novo (2010) já indicava que, apesar do número de médicos de família ter aumentado em Portugal, os doentes continuavam a utilizar o SU como fonte de cuidados primários, nomeadamente por quem não recorria habitualmente ao seu médico de família.

Capítulo 4
Análise e Discussão dos Resultados

Os 234 utentes (62,2%) que recorreram diretamente ao SU (sem ir primeiro ao Centro de Saúde) fizeram-no pelos seguintes motivos:

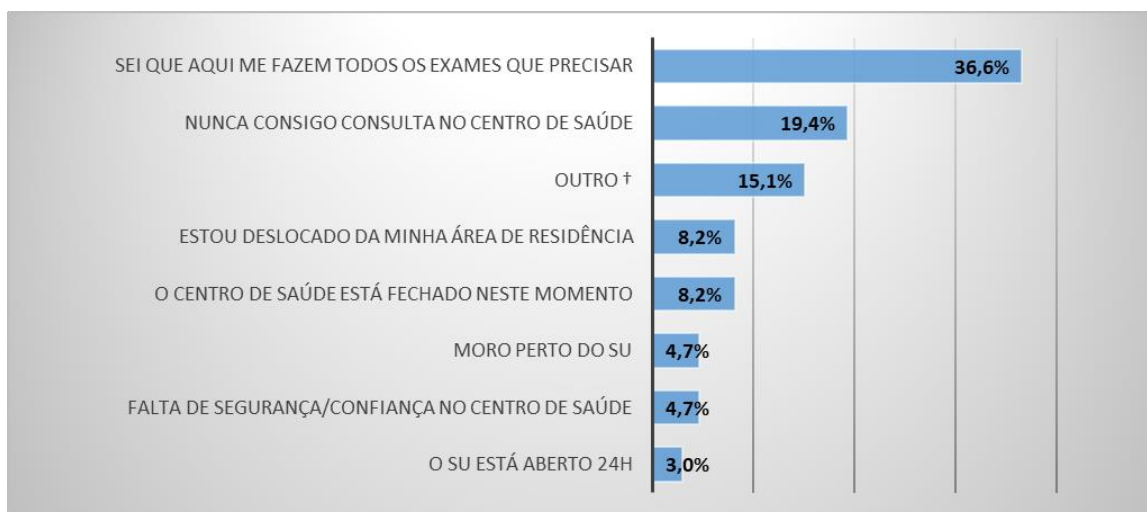


Figura 4.4.2 - Distribuição relativa dos motivos pelos quais os DPNU recorreram ao SU de Faro diretamente sem recurso prévio aos CSP. † O grupo outro diz respeito a argumentos não contemplados no questionário, tais como “o meu médico está de férias”, “precisava de uma consulta de especialidade”, “após acidente de trabalho”.

Tendencialmente, os utentes inquiridos apresentavam sintomas com pelo menos uma semana (43,6%), e apenas 5,5% relatou sintomas do próprio dia. Para 46,5%, os sintomas não são inaugurais, sendo que, destes, 79,1% já recorreu anteriormente ao CS/SU pelos mesmos motivos. 87,8% dos DPNU considerou o seu estado de saúde como “grave/urgente” (Tabela 4.4.6).

Tabela 4.4. 6 Distribuição absoluta/relativa das variáveis relacionadas com a sintomatologia dos DPNU e a sua percepção da gravidade/urgência da mesma.

Variáveis	Observações	
	Nº	%
<i>Desde quando tem estes sintomas (n=365)</i>	Próprio dia	20 5,5%
	< 1 semana	159 43,6%
	1 semana – 1 mês	121 33,2%
	1 mês – 1 ano	34 9,3%
	> 1 ano	31 8,5%
<i>É a primeira vez que tem estes sintomas (n=368)</i>	Sim	171 46,5%
	Não	197 53,5%
<i>Já recorreu ao CS ou SU com os mesmos sintomas (n=196)</i>	Sim	155 79,1%
	Não	41 20,9%
<i>Acha que o seu estado de saúde é grave/urgente (n=360)</i>	Sim	316 87,8%
	Não	44 12,2%

A sintomatologia dos utentes, maioritariamente com uma semana de evolução, contraria o conceito de urgência com instalação súbita e poderia eventualmente ir de encontro ao

Capítulo 4
Análise e Discussão dos Resultados

tempo de agendamento de uma consulta no CS. Grande parte dos utentes com sintomas recorrentes já terá frequentando os serviços de saúde pelos mesmos motivos, o que poderá evidenciar uma falha na gestão da sua condição. Reflete-se ainda sobre as falsas crenças que os utentes têm quanto à urgência do seu estado clínico, já que 87,8% acredita ter uma condição grave/urgente, ainda que a classificação de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester assim não o traduza. Esta será sempre uma questão ambígua, uma vez que cada indivíduo tem diferentes convicções sobre o que é uma urgência, muito dependentes da influência sobre as suas atividades de vida diárias ou as suas relações.

Dos inquiridos, 86,7% (n=369) foi motivado a dirigir-se ao SUP com base na perceção do seu estado de saúde, pela sensação de que a sua situação clínica só podia ser tratada no hospital (39,6%) (Figura 4.4.3), enquanto Dixe *et al.* (2018) reportam como motivo “A minha doença justifica a ida ao SU”. Conforme descrito na literatura, é mais provável a exacerbação da perceção da gravidade da doença por indivíduos com baixo estatuto socioeconómico e baixo grau de escolaridade (Andrews & Kass, 2018), o que também se verifica neste estudo.

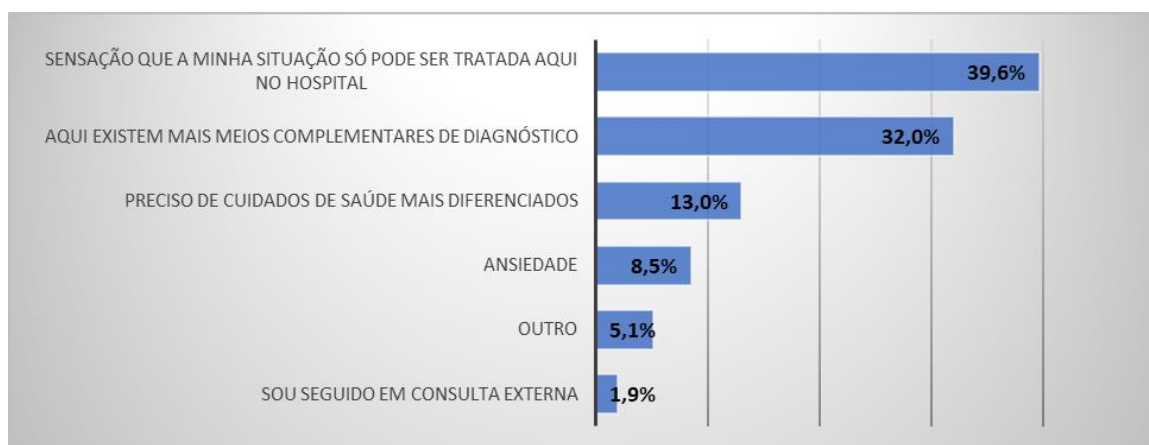


Figura 4.4.3 - Distribuição relativa das razões que influenciam os DPNU a recorrer ao SU de Faro de acordo com a perceção do seu estado de saúde.

Verificou-se que 62,9% dos utentes não eram isentos do pagamento de taxas moderadoras e apenas 12,8% eram doentes crónicos (Tabela 4.4.7).

Tabela 4.4.7 – Distribuição absoluta/relativa das variáveis recolhidas da ficha de admissão dos utentes inquiridos

Variáveis (n=367)		Observações	
		Nº	%
Isenção do Pagamento de Taxa Moderadora	Sim	136	37,1%
	Não	231	62,9%
Doença Crónica	Sim	47	12,8%
	Não	320	87,2%

Capítulo 4
Análise e Discussão dos Resultados

A maioria dos DPNU teve alta pela Equipa de Triagem Médica (66,8%) e o destino da alta foi o “exterior não referenciado” (68,7%). Realça-se o facto de apenas 17 utentes terem seguido para o serviço de internamento maioritariamente por especialidades cirúrgicas (Figura 4.4.4).

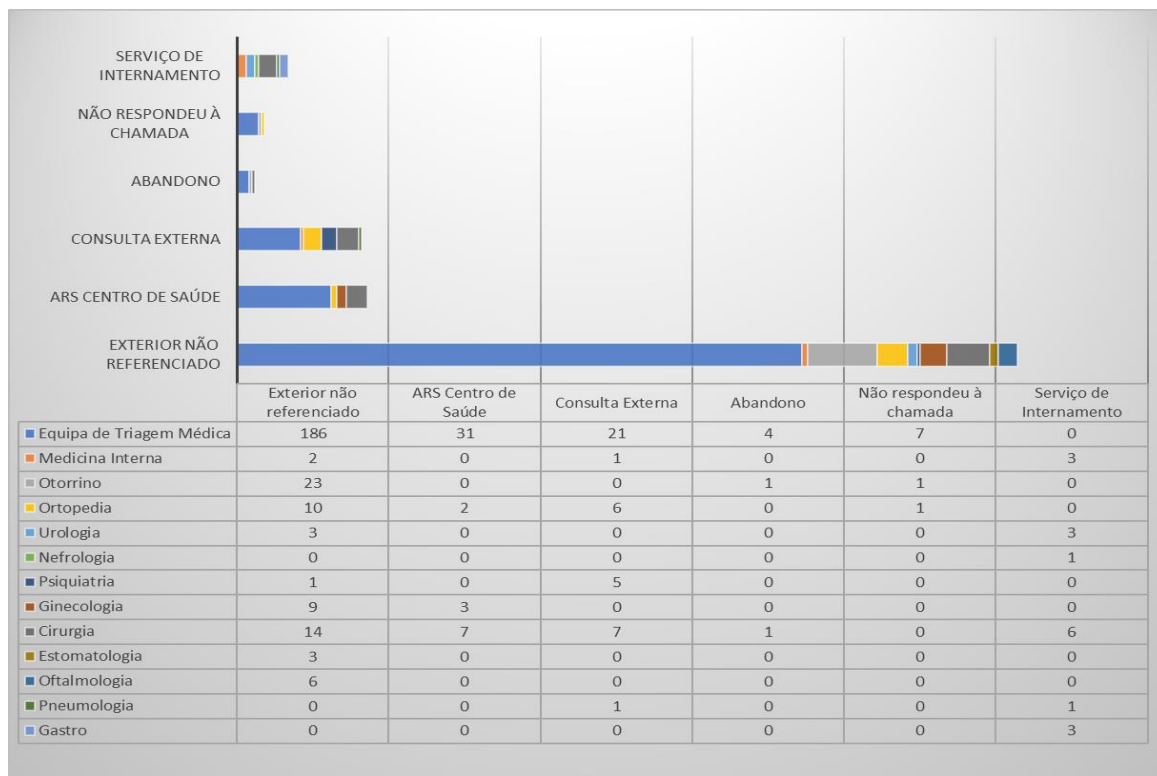


Figura 4.4.4 - Destino da Alta dos DPNU por especialidade

4.4.2 Estudo relacional entre as variáveis questionadas

A tendência à abordagem aos CSP, ao invés dos SU, não parece ser justificada pelo facto dos utentes terem médico de família atribuído (ANEXO VI), ou pertencerem a uma USF (ANEXO VII), variáveis estas, que também não parecem explicar as motivações para o recurso ao SU (ANEXO VIII).

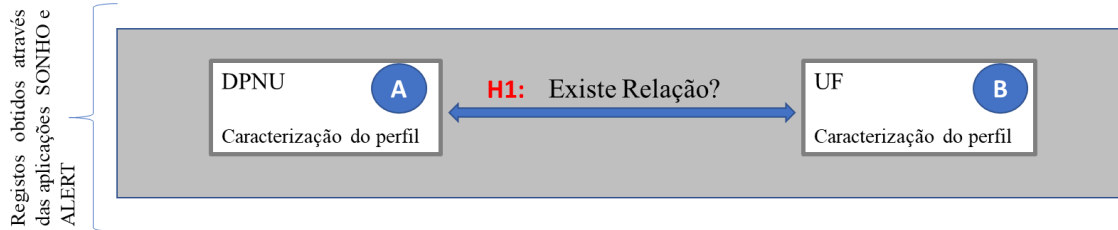
O modo de referenciação ao SU relaciona-se significativamente com utentes jovens, ativos profissionalmente não isentos do pagamento de taxa moderadora (Anexo IX). Estes resultados vão contra o descrito por Dixe *et al.* (2018) em que não identificou relação significativa entre estas variáveis.

Por fim determinou-se uma relação estatisticamente significativa ($p < 0.05$) entre a especialidade consultada e o destino da alta (Anexo X). Tendo a maioria sido consultada pela Equipa de Triagem Médica e tido como destino o exterior sem referenciação, infere-se sobre a possível resolução da condição do utente, sem necessidade de consultas/referenciações subseqüentes, ou internamento. Confirmou-se que a maioria dos doentes tinha a perceção de que a sua condição clínica era grave ou urgente não sendo traduzida nem pela especialidade nem pelo destino da alta.

Por não se ter explorado quais os sintomas que motivaram a visita ao SUP, não se pôde aferir quanto à gravidade dos mesmos. No entanto, deduz-se que se trate de situações ligeiras com potencial resolução numa igual consulta de Medicina Geral e Familiar no CS.

4.5 Resposta às perguntas de investigação

4.5.1 H1: Será que existe relação entre a “não urgência” e a utilização frequente?



Para responder a esta hipótese, fez-se um teste de Qui-Quadrado de Pearson por se tratar de duas variáveis categóricas. O resultado do teste devolveu um p value $<0,05$ pelo que existe associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis em causa: DPNU e UF. Verificou-se que a proporcionalidade da prioridade face ao UF é mais do dobro (0,9% para 3,1%):

Tabela 4.5.1 - Resultado do Teste do Qui Quadrado de Pearson para a Hipótese 1.

		Prioridade		Total
		Pouco Urgente	Não Urgente	
Utilizador	UNF	14041	128	14169
Frequente	UF	2532	81	2613
Total		16573	209	16782

		Prioridade		Total
		Pouco Urgente	Não Urgente	
Utilizador Frequente outros	Count	14041	128	14169
	% within Utilizador Frequente	99,1%	,9%	100,0%
UF	Count	2532	81	2613
	% within Utilizador Frequente	96,9%	3,1%	100,0%
Total	Count	16573	209	16782
	% within Utilizador Frequente	98,8%	1,2%	100,0%

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	86,544 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	84,768	1	,000		
Likelihood Ratio	66,625	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	86,539	1	,000		
N of Valid Cases	16782				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32,54.
b. Computed only for a 2x2 table

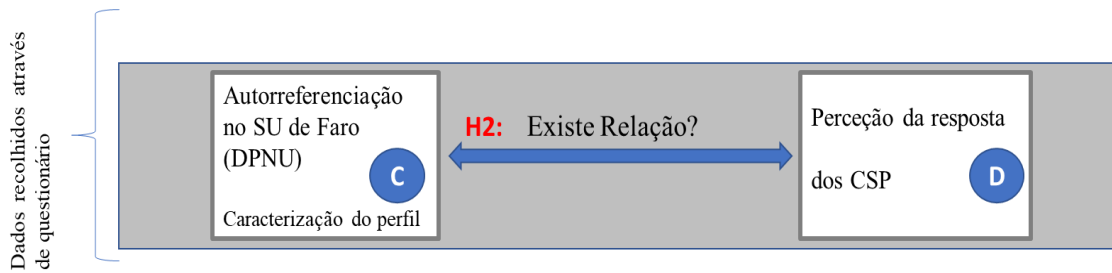
Capítulo 4
Análise e Discussão dos Resultados

Pela análise de Razão de Chances (ODDS RATIO) entre as variáveis anteriormente descritas (tabela 4.5.2), e apresentadas como dicotômicas, obteve-se uma razão significativa ($p < 0,05$), quantificada por 3,509, isto é o doente triado de azul tem 3,5 vezes mais chances de ser UF do que um doente triado de verde.

Tabela 4.5.2 - Resultado do Teste da Razão de chances para a Hipótese 1.

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio			
	Chi-Squared	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Breslow-Day	,000	0	
Tarone's	0,000	0	
Tests of Conditional Independence			
	Chi-Squared	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Cochran's	86,544	1	,000
Mantel-Haenszel	84,763	1	,000
Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.			
Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate			
Estimate			3,509
ln(Estimate)			1,255
Standardized Error of ln(Estimate)			,144
Asymptotic Significance (2-sided)			,000
Asymptotic 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	2,648
		Upper Bound	4,650
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	,974
		Upper Bound	1,537
The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.			

4.5.2 H2: Existirá relação entre a ida ao SU de DPNU e a falta de resposta dos CSP?



Para responder a esta hipótese fizeram-se três abordagens, de forma a ser possível uma avaliação da percepção que os DPNU têm acerca da resposta dos Cuidados de Saúde Primários. Para isso, recorrendo ao teste de Qui-Quadrado de Pearson, tentou-se aferir se a justificação do motivo pelo qual este grupo de doentes não recorreu previamente aos CSP estaria associada com:

- a) a autorreferenciação;
- b) o número de vezes (<1, 2 a 5 e >5) que os DPNU frequentam o seu centro de Saúde durante o ano;
- c) e se têm médico de família.

a) Justificação para não ter recorrido ao CS vs autorreferenciação

O resultado do teste devolveu um p value <0,05 pelo que há associação entre a autorreferenciação e a justificação do motivo pelo qual não recorreu previamente aos CSP.

Tabela 4.5.3 - Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para avaliar se existe associação entre o modo de referenciação ao SU e o motivo pelo qual não tentou um contato prévio com o CS

Modo de referenciação ao SU * Não, qual o motivo? Crosstabulation										
		Não, qual o motivo?								Total
		O CS está fechado neste momento	O SU está aberto 24h	Nunca consigo consulta noCS	Falta de segurança /confiança noCS	Moro perto do SU	Estou deslocado da minha área de residência	Sei que aqui me fazem todos os exames que precisar	Outro	
Modo de referenciação ao SU	Por iniciativa	14	6	40	8	10	17	76	12	183
	Recomendado por profissional de saúde	0	0	0	1	0	0	2	15	18
	Recomendado por família/amigo	2	0	5	1	1	1	7	3	20
	Linha saúde 24	3	0	0	1	0	1	0	1	6
	Outro	0	1	0	0	0	0	0	4	5
Total		19	7	45	11	11	19	85	35	232

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	126,247 ^a	35	,000
Likelihood Ratio	95,533	35	,000
Linear-by-Linear Association	,754	1	,385
N of Valid Cases	232		

a. 38 cells (79,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

b) Justificação para não ter recorrido ao CS vs o número de vezes que os DPNU frequentam o seu CS durante o ano

Há também associação estatisticamente significativa entre o número médio de vezes que o utente vai ao centro de saúde e a resposta pela qual recorreu ao SU sem antes ter ido ao CS ($p < 0,05$). Pela análise das frequências cruzadas destas duas variáveis não deixa de ser interessante de verificar que as maiores frequências aos CS correspondem à maior credibilidade destes em situações de necessidade de prestação de cuidados.

Tabela 4.5.4 - Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para avaliar se existe associação entre o nº de vezes que o DPNU recorre ao SU e o motivo pelo qual não tentou um contato prévio com o CS

		Não. qual o motivo?							Total	
		O CS está fechado neste momento	O SU está aberto 24h	Nunca consigo consulta no CS	Falta de segurança /confiança no CS	Moro perto do SU	Estou deslocado da minha área de residência	Sei que aqui me fazem todos os exames que precisar		Outro
Quantas vezes frequenta o centro de saúde?	≤1	1	2	17	1	1	10	17	11	60
	2 a 5	11	1	19	4	6	2	46	15	104
	> 5	5	1	5	4	4	0	19	8	46
Total		17	4	41	9	11	12	82	34	210

Chi-Square Tests			
	Value	df	Significanc
Pearson Chi-Square	36,124 ^a	14	,001
Likelihood Ratio	37,076	14	,001
Linear-by-Linear	,000	1	,995
N of Valid Cases	210		

a. 12 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,88.

Não é necessariamente o utente não utilizador de cuidados primários que recorre ao SU de Faro. Esta utilização deve-se essencialmente pelas justificações:

- “Nunca consigo consulta no CS”
- “Sei que aqui me fazem todos os exames que precisar”

c) Justificação para não ter recorrido ao CS vs se tem médico de família

A justificação do motivo pelo qual o DPNU recorre diretamente ao SU sem tentar resposta nos CSP também parece estar estatisticamente relacionada ($p=0,016$) com o facto de ter médico de família, conforme resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson apresentado na tabela 4.5.5.

Tabela 4.5.5 - Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para avaliar se existe associação entre se tem médico de família e o motivo pelo qual não tentou um contato prévio com o CS

Tem médico de família? * Não, qual o motivo? Crosstabulation										
		Não, qual o motivo?							Total	
		O CS está fechado neste momento	O SU está aberto 24h	Nunca consigo consulta no CS	Falta de segurança /confiança no CS	Moro perto do SU	Estou deslocado da minha área de residência	Sei que aqui me fazem todos os exames que precisar		Outro
Tem médico de família?	Não	3	3	9	1	0	9	12	8	45
	Sim	15	4	36	10	11	10	73	27	186
Total		18	7	45	11	11	19	85	35	231

Chi-Square Tests			
	Value	df	Signific anc
Pearson Chi-Square	17,189 ^a	7	,016
Likelihood Ratio	17,180	7	,016
Linear-by-Linear	,033	1	,855
N of Valid Cases	231		

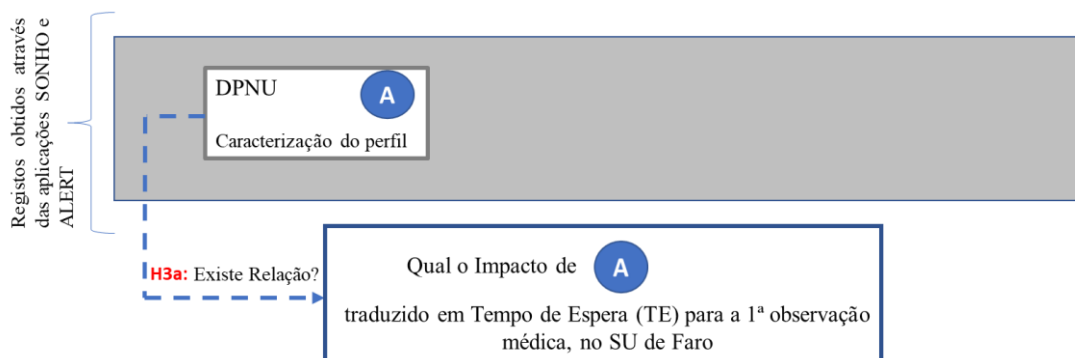
a. 5 cells (31,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,36.

d) Resumo:

Verificou-se que o motivo pelo qual os DPNU não tentaram consulta no CS antes de recorrer ao SU está relacionado com a autorreferenciação, com o número de vezes que estes doentes recorrem ao CS e com o facto de terem médico de família.

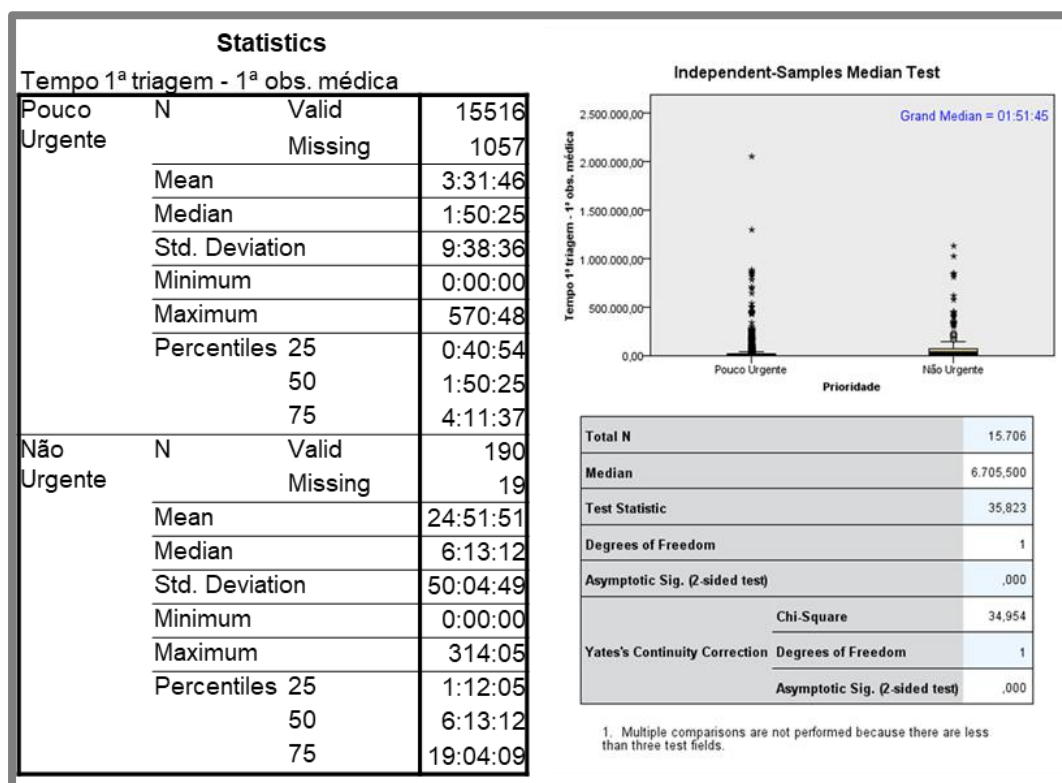
Estes resultados parecem sugerir que os DPNU que tem médico de família, recorrendo ao CS várias vezes por ano, são também os que mais recorrem ao SU porque sabem que lhes serão feitos todos os exames que precisarem. É de supor que estes doentes são conhecedores dos vários acessos a cuidados de saúde e que, dependendo das circunstâncias, escolhem o que mais lhe convier. Acabam por ter “o melhor dos dois mundos”, não estando aqui evidente que para eles exista baixa literacia em saúde. Um grande consumo global de cuidados de saúde foi recentemente descrito por Dixe *et al.* (2018).

4.5.3 H3a: Qual o impacto dos DPNU traduzido em tempos de espera no SU?

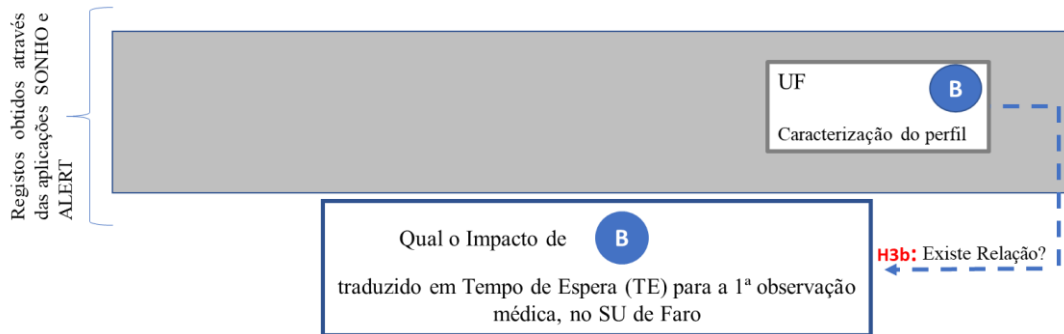


Uma vez que o tempo de espera médio para observação médica do doente não urgente está enviesado por não serem dadas as altas no sistema informático atempadamente, por abandono de parte dos doentes, optou-se por fazer o teste de igualdade de medianas para amostras independentes. Foi possível verificar a existência de relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o tempo médio de espera para a primeira observação médica entre o doente pouco urgente (verde) e o não urgente (azul). Resultado do teste de Igualdade de Medianas para amostras independentes.

Tabela 4.5.6 - Relação entre a Prioridade atribuída pelo STM, pouco urgente/não urgente e o tempo mediano de espera para a primeira observação médica.



4.5.4 H3b: Qual o impacto dos UF traduzido em tempos de espera no SU?



Através do teste de igualdade de médias *t-Student* para amostras independentes, foi possível verificar a existência de relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o tempo médio de espera para a primeira observação médica entre o UF e o utilizador não frequente (UNF).

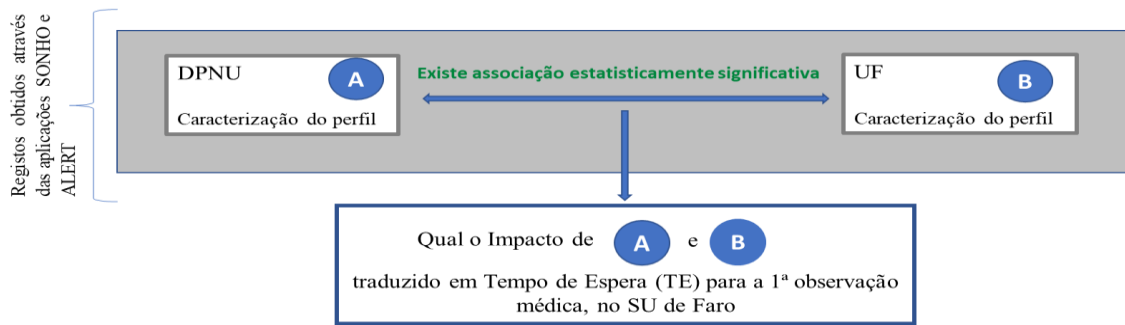
Tabela 4.5.7 - Resultado do teste de igualdade de médias de *t-Student* para amostras independentes. Associação entre o UF e o tempo médio de espera para a 1ª observação médica

Group Statistics				
Utilizador Freqüente	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tempo 1ª triagem - 1ª obs. médica	62262	1:52:50	7:26:48	0:01:47
UNF	9888	2:23:04	9:15:09	0:05:34

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tempo 1ª triagem - 1ª obs. médica	Equal variances assumed	44,825	,000	-6,030	72148	,000	-0:30:14	0:05:00	-0:40:03	-0:20:24
	Equal variances not assumed			-5,157	12005,680	,000	-0:30:14	0:05:51	-0:41:43	-0:18:44

Aferiu-se que o UF espera mais 26,7% de tempo para ser observado pelo médico do que o UNF, uma vez que: $\frac{\bar{x} TE do UF}{\bar{x} TE do UNF} = 1,267947$. Isto traduz, em média, que o UF espera mais 30 minutos de espera “real” do que o UNF para a primeira observação médica.

4.6 Análise complementar



Uma vez que se verificou anteriormente a existência de associação estatisticamente significativa entre DPNU e UF, pareceu pertinente a análise complementar entre esta associação e o impacto traduzido em tempo de espera para a 1ª observação médica no SU de Faro. Analisando descritivamente os tempos médios diferenciados por prioridade face ao UF, obtiveram-se as seguintes conclusões:

1. Aferiu-se que um UF verde espera mais 25% de tempo face ao tempo médio de espera de um UNF triado de verde uma vez que: $\frac{\bar{x}_e \text{ UF verde}}{\bar{x}_e \text{ UNF verde}} = 1,24355$. Isto traduz, em média uma espera “real” de mais 48 minutos.
2. Aferiu-se que um UF azul espera mais 50% do tempo face ao tempo médio de espera de um UNF triado de azul, uma vez que: $\frac{\bar{x}_e \text{ UF azul}}{\bar{x}_e \text{ UNF azul}} = 1,53168$. Isto traduz, em média uma espera “real” de mais 4 horas e 10 minutos.

Apesar de descritivamente o UF verde esperar menos em proporção face ao UF azul, (isto é ter de esperar 25% de tempo de espera face aos 50% apurados para o UF azul), é mais impactante (tornando-se significativo com $p < 0,05$) o menor tempo proporcional de espera da pouca urgência relativamente ao maior tempo, em proporção, da não urgência (50%)

Tabela 4.5.8 - Resultado do teste de igualdade de médias de t- Student para amostras independentes. Associação entre o UF verde e o tempo médio de espera para a 1ª observação médica.

Prioridade pouco Urgente/UF		Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the	
Tempo 1ª triagem - 1ª obs. médica	Equal variances assumed	13,859	,000	-3,861	15514	,000	-0:49:42	0:12:52	-1:14:57	-0:24:28
	Equal variances not assumed			-3,359	2987,023	,001	-0:49:42	0:14:48	-1:18:44	-0:20:41

CAPÍTULO 5
5. CONCLUSÕES

5.1. Conclusões

1. **Os utentes típicos do SU de Faro** são homens e mulheres (em igual proporção) com moda e máximo de idades de 79 e 104 anos respetivamente. 71% dos utentes estão isentos do pagamento de taxas moderadoras e tendem a recorrer ao SU à segunda feira no período diurno, verificando-se um aumento de afluência no período de verão.
2. **Os DPNU** são normalmente adultos (entre os 35 e os 64 anos), com uma menor percentagem de isenção de taxas moderadoras e que recorrem menos ao SU nos meses de agosto e dezembro quando comparado com o total de doentes. Recorrem por iniciativa própria comprovada pela existência de associação estatisticamente significativa. As altas por “não respondeu à chamada” estão aumentadas neste grupo de doentes.
3. **O UF do SU de Faro** é maioritariamente homem, mais idoso (moda de 85 anos) e isento de taxa moderadora (85%). Segundo a classificação do STM, 23,7% foram classificados como muito urgentes e 48,2% como urgentes, contrastando com os 23,7% de doentes pouco urgentes. Estes doentes têm maioritariamente (48%) como destino o “exterior não referenciado”.
4. A aplicação de questionários a 377 DPNU que fizeram a sua admissão no SU de Faro permitiu caracterizar a população destes doentes: tratam-se na sua maioria de mulheres adultas, sem atividade profissional, com baixa escolaridade, residentes em Faro e com médico de família. Cerca de 84% pertence ao ACES Central e frequenta o seu CS 2 a 5 vezes por ano. Estes utentes tendem a dirigir-se ao SU por iniciativa própria e 62,2 % fizeram-no sem recorrer previamente aos CSP, motivados pela sensação de que no hospital se fazem todos os exames de que precisam. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a “especialidade” da alta (Equipa de Triagem Médica) e o destino (Exterior não referenciado).
5. Os resultados obtidos no presente estudo permitiram responder às questões de investigação formuladas:

- a. **H1:** Verificou-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre os DPNU e o UF. O doente triado de azul tem 3,5 vezes mais chances de ser UF do que um triado de verde;
- b. **H2:** A autorreferenciação ao SU e a perceção que os DPNU têm acerca da resposta dos CSP estão associadas na medida em foram encontradas significância estatística nos seguintes casos:
 - i. Os DPNU recorrem ao SU sem tentarem consulta (no episódio atual) nos CSP porque referem nunca conseguir consulta no CS e porque mencionam saber que no SU lhes fazem todos os exames de que precisam.
 - ii. Os DPNU que mais frequentam os CSP são também os que frequentam o SU, com as justificações descritas na alínea anterior, verificando-se um consumo global de cuidados de saúde;
 - iii. O facto dos DPNU terem médico de família não é razão suficiente para que estes doentes não recorram ao SU por iniciativa própria.
- c. **H3:** Relativamente ao impacto dos DPNU e dos UF no tempo médio de espera para observação médica verificou-se que o UF espera em média mais 30 minutos do que um UNF para a 1ª observação médica, o mesmo acontecendo com o doente não urgente quando comparado com o pouco urgente. A análise sugeriu também que um UF verde ou azul espera mais para ser observado pelo médico quando comparados com os doentes triados de verde ou azul que não são UF.

Conclui-se existirem indícios de padrões para que os grupos de utentes estudados (DPNU e UF) recorra de forma desadequada ao SU. Estes dados constituem importantes pontos de partida para a aplicação de medidas que visem uma utilização apropriada dos cuidados de saúde, nomeadamente:

- Criação de um circuito independente, com médico atribuído, para observação do DPNU no SU de Faro;
- Divulgação de campanhas que promovam a literacia em saúde;

- Divulgação da carteira de serviços das USF junto dos seus utentes visando prevenir o recurso inadequado ao SU, incluindo a disponibilidade diária de consulta aberta para doente agudo não urgente;
- Criação de equipas multidisciplinares (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social) para a implementação de estratégias de gestão de caso, para os UF;
- Elaboração de Normas e Protocolos de referenciação bilateral entre os CSP e o SU de Faro;
- Eventual alargamento do horário de alguns Centros de Saúde: deverá ser elaborado um estudo sobre a acessibilidade aos mesmos mostrando o perfil de utilização através de técnicas de georreferenciação, para fundamentação da tomada de decisão.

5.2. Limitações do estudo

Uma limitação deste estudo foi o facto da recolha dos dados ter sido efetuada unicamente no Serviço de Urgência Polivalente da Unidade de Faro do CHUA, impossibilitando a generalização dos resultados para a população Algarvia e Portuguesa. Esta era já uma limitação descrita por se tratar de um estudo de caso. Futuramente pretende-se alargar este estudo aos outros serviços de urgência do CHUA.

Uma vez que a caracterização do perfil dos utilizadores do SU de Faro foi feita retrospectivamente ao ano de 2017, não foi possível extrair desta população a amostra de DPNU a que se aplicaram os questionários, pelo que esta é também uma limitação do estudo.

Seria importante perceber qual o impacto nos tempos de espera dos doentes urgentes e muito urgentes, caso fosse possível retirar os DPNU e os UF ao modelo representativo da realidade do SU de Faro. Este impacto poderia ser analisado, por exemplo, por recurso a ferramentas de simulação discreta.

5.3. Transferência de conhecimento

Um dos objetivos associados à realização deste estudo no SU da Unidade de Faro do CHUA, foi o de aliar a academia ao contexto profissional da autora do trabalho permitindo com isto extrair lições que pudessem beneficiar este contexto. Algumas das propostas elaboradas têm efetivamente uma grande probabilidade de serem aplicadas no terreno, uma vez que este estudo fundamenta as tomadas de decisão e permite uma abordagem informada dos problemas junto da ARS Algarve, IP.

Este estudo foi apresentado em forma de poster, na conferência anual da *European Health Management Association* em junho de 2018 (ANEXO XI) e nas 3^{as} Jornadas do Algarve Biomedical Center, em março de 2019 (ANEXO XII).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abir, M., Goldstick, J., Malsberger, R., Williams, A., Bauhoff, S., Parekh, V., Kronick, S. & Desmond, J. (2019). Evaluating the impact of emergency department crowding on disposition patterns and outcomes of discharged patients. *International Journal of Emergency Medicine*, 12(1), 4. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1186/s12245-019-0223-1>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2016). *Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2017*.
- Alele, F. O., Emeto, T. I., Callander, E. J. & Watt, K. (2019). Non-urgent paediatric emergency department presentation: A systematic review. *Journal of Paediatrics and Child Health*. Doi:10.1111/Jpc.14352. <https://doi.org/10.1111/jpc.14352>
- Andrews, H., & Kass, L. (2018). Non-urgent use of emergency departments: populations most likely to overestimate illness severity. *Internal and Emergency Medicine*, 13(6), 893–900. <https://doi.org/10.1007/s11739-018-1792-3>
- Backman, A. S., Blomqvist, P., Lagerlund, M., Carlsson-Holm, E., & Adami, J. (2008). Characteristics of non-urgent patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(3), 181–187. <https://doi.org/10.1080/02813430802095838>
- Bardelli, P., & Kaplan, V. (2013). Non-urgent encounters in a Swiss medical emergency unit. *Swiss Medical Weekly*. <https://doi.org/10.4414/smw.2013.13760>
- Behr, J. G., & Diaz, R. (2016). Emergency Department Frequent Utilization for Non-Emergent Presentments: Results from a Regional Urban Trauma Center Study. *PLoS ONE*, 11(1), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147116>
- Bernstein, S., Aronsky, D., Duseja, R., Epstein, S., Handel, D., Hwang, U., ... Asplin, B. (2009). The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Academic Emergency Medicine*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x>
- Birmingham, L. E., Cochran, T., Frey, J. A., Stiffler, K. A., & Wilber, S. T. (2017). Emergency department use and barriers to wellness: A survey of emergency department frequent users. *BMC Emergency Medicine*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0126-5>
- Birnbaum, A., Gallagher, E. J., Utkewicz, M., Gennis, P., & Carter, W. (1994). Failure to Validate a Predictive Model for Refusal of Care to Emergency-department Patients. *Academic Emergency Medicine*, 1(3), 213–217. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1994.tb02434.x>
- Bodenmann, P., Velonaki, V.-S., Griffin, J. L., Baggio, S., Iglesias, K., Moschetti, K., ... Daepfen, J.-B. (2016). Case Management may Reduce Emergency Department Frequent use in a Universal Health Coverage System: a Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med*, 32(5), 508–15. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3789-9>
- Breen, B. M., Nursing, H. E., Nurse, A., Mccann, M., & Hons, B. N. S. (2013). Healthcare providers attitudes and perceptions of ‘ inappropriate attendance ’ in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 21(3), 180–185. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.08.006>

- Burns, T. R. (2017). Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. *International Emergency Nursing*, 35, 51–55. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.06.001>
- Carter, E., Pouch, S., Larson, E. (2014). The Relationship Between Emergency Department Crowding and Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Nurs Scholarsh.*, 46(2), 106–115. <https://doi.org/10.1016/j.pestbp.2011.02.012>.Investigations
- Coscia, M., Pesaresi, A., Caredda, E., Legramante, J. M., Lucaroni, F., Di Lecce, V. N., ... Orlando, S. (2016). Frequent Use of Emergency Departments by the Elderly Population When Continuing Care Is Not Well Established. *Plos One*, 11(12), e0165939. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165939>
- Coster, J. E., Turner, J. K., Bradbury, D., & Cantrell, A. (2017). Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Academic Emergency Medicine*, 24(9), 1137–1149. <https://doi.org/10.1111/acem.13220>
- Cunha, M. (2011). *Hiper utilizadores das urgências: um estudo no Centro Hospitalar Cova da Beira*. Retrieved from <http://ubithesis.ubi.pt/handle/10400.6/1063>
- Derose, S., Gabayan, G., Chiu, V., Yiu, S., Sun, B. C. (2014). Emergency Department Crowding Predicts Admission Length- of-Stay But Not Mortality in a Large Health System. *Med Care*, 52(7), 602–611. <https://doi.org/10.1038/nm.2451.A>
- Despacho n.º 1788-B/2017. (2017). Despacho n.º 1788-B/2017. *Diário Da República I I Série N.º 41, Ministério Das Finanças e Da Saúde*, (6), 3532–(6).
- Despacho Normativo n.º 11/2002. (2002). Criação do serviço de urgência hospitalar. *Diário Da República, Série I - B - N.º 55 de 6 de Março*. Retrieved from www.dre.pt
- Direção Geral da Saúde. (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência. Direcção de Serviços de Planeamento*. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Diserens, L., Egli, L., Fustinoni, S., Santos-Eggimann, B., Staeger, P., & Hugli, O. (2015). Emergency department visits for non-life-threatening conditions: Evolution over 13 years in a Swiss urban teaching hospital. *Swiss Medical Weekly*, 145(April), 1–11. <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14123>
- Dixe, M., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C., Lourenço, G., & de Sousa, P. M. L. (2018). Determinants of non-urgent emergency department use TT - Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes Determinantes del acceso al servicio de urgencias por usuarios no urgentes. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 41–50. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV17095>
- Doran, K. M., Colucci, A. C., Wall, S. P., Williams, N. D., Hessler, R. A., Goldfrank, L. R., & Raven, M. C. (2014). Reasons for emergency department use: do frequent users differ? *The American Journal of Managed Care*, 20(11), e506-14. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25730349>
- Doupe, M. B., Palatnick, W., Day, S., Chateau, D., Soodeen, R. A., Burchill, C., & Derksen, S. (2012). Frequent users of emergency departments: Developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Annals of Emergency Medicine*, 60(1), 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.11.036>

Referências Bibliográficas

- Durand, A. C., Gentile, S., Devictor, B., Palazzolo, S., Vignally, P., Gerbeaux, P., & Sambuc, R. (2011). ED patients: How nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *American Journal of Emergency Medicine*, 29(3), 333–345. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.01.003>
- Durand, A. C., Palazzolo, S., Tanti-Hardouin, N., Gerbeaux, P., Sambuc, R., & Gentile, S. (2012). Nonurgent patients in emergency departments: Rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Research Notes*, 5. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-525>
- Franchi, C., Cartabia, M., Santalucia, P., Baviera, M., Mannucci, P. M., Fortino, I., ... Nobili, A. (2017). Emergency department visits in older people: pattern of use, contributing factors, geographical differences and outcomes. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(2), 319–326. <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0550-5>
- Gentile, S., Vignally, P., Durand, A. C., Gainotti, S., Sambuc, R., & Gerbeaux, P. (2010). Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Services Research*, 10, 18–20. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-66>
- Gomes, M. M. de O. R. (2013). *O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses : um estudo no Hospital de São João*.
- Grover, C. A., Crawford, E., & Close, R. J. H. (2016). The Efficacy of Case Management on Emergency Department Frequent Users: An Eight-Year Observational Study. *Journal of Emergency Medicine*, 51(5), 595–604. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.06.002>
- Grupo Português de Triagem. (n.d.). Retrieved November 14, 2017, from http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- Guttman, N., Zimmerman, D. R., & Nelson, M. S. (2003). The many faces of access: Reasons for medically nonurgent emergency department visits. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 28(6), 1089–1120. <https://doi.org/10.1215/03616878-28-6-1089>
- Heede, K. Van Den, & Voorde, C. Van De. (2016). Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. *Health Policy*, 120(12), 1337–1349. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.10.002>
- Hesselink, G., Berben, S., Beune, T., & Schoonhoven, L. (2016). Improving the governance of patient safety in emergency care: a systematic review of interventions. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009837>
- Hoot, N. R., & Aronsky, D. (2008). Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Annals of Emergency Medicine*, 52(2), 126–36. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.03.014>
- IBM SPSS. (2017). Retrieved November 14, 2017, from <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>
- Jayashree, M., & Nadkarni, V. (2017). Urgent Care Centre 's : B Urgent Need of the Hour ? , 84(October), 774–776. <https://doi.org/10.1007/s12098-017-2458-2>

- Johnson, K & Winkelman, C. (2011). The Effect of Emergency Department Crowding on Patient Outcomes. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 33(1), 39–54. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00587.x>
- Kraaijvanger, N., Rijpsma, D., Willink, L., Lucassen, P., van Leeuwen, H., & Edwards, M. (2017). Why patients self-refer to the Emergency Department: A qualitative interview study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(3), 593–598. <https://doi.org/10.1111/jep.12680>
- Kraaijvanger, N., van Leeuwen, H., Rijpsma, D., & Edwards, M. (2016). Motives for self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 16(1), 685. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1935-z>
- LaCalle, E., & Rabin, E. (2010). Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications. *Annals of Emergency Medicine*, 56(1), 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.01.032>
- Lega, F., & Mengoni, A. (2008). Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*, 88(2–3), 326–338. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.04.005>
- Lehm, K. K., Andersen, M. S., & Riddervold, I. S. (2017). Non-urgent Emergency Callers: Characteristics and Prognosis. *Prehospital Emergency Care*, 21(2), 166–173. <https://doi.org/10.1080/10903127.2016.1218981>
- Leporatti, L., Ameri, M., Trincherò, C., Orcamo, P., & Montefiori, M. (2016). Targeting frequent users of emergency departments: Prominent risk factors and policy implications. *Health Policy*, 120(5), 462–470. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.005>
- Leung, A. K., Whatley, S. D., Gao, D., & Duic, M. (2019). Impact of process improvements on measures of emergency department efficiency, 19(2), 96–105. <https://doi.org/10.1017/cem.2016.382>
- Linden, M. C. Van Der, Lindeboom, R., Linden, N. Van Der, Brand, C. L. Van Den, Lam, R. C., Lucas, C., ... Goslings, J. C. (2014). Self-referring patients at the emergency department : appropriateness of ED use and motives for self-referral, 1–7.
- Machado, H. S., Nunes, C., Marques, A., Almeida, I., Barros, A. J., & Alves, E. C. (2018). Ten Years of Activity at a Portuguese University Hospital Emergency Department : A Retrospective Observational Study General Medicine : Open Access Ten Years of Activity at a Portuguese University Hospital Emergency Department : A Retrospective Observatio, (January). <https://doi.org/10.4172/2327-5146.1000309>
- Mandelberg, J. H., Kuhn, R. E., & Kohn, M. A. (2000). Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Academic Emergency Medicine*, 7(6), 637–646. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2000.tb02037.x>
- Mason, S., Mountain, G., Turner, J., Arain, M., Revue, E., & Weber, E. J. (2014). Innovations to reduce demand and crowding in emergency care ; a review study, 1–7.

- Ministério da Saúde. (2016). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Relatório-Anual-sobre-o-Acesso-a-Cuidados-Saúde-no-SNS-2015-MS.pdf>
- Moe, J., Bailey, A. L., Oland, R., Levesque, L., & Murray, H. (2013). Defining, quantifying, and characterizing adult frequent users of a suburban Canadian emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.2310/8000.2013.130936>
- Moe, J., Kirkland, S. W., Rawe, E., Ospina, M. B., Vandermeer, B., Campbell, S., & Rowe, B. H. (2017). Effectiveness of Interventions to Decrease Emergency Department Visits by Adult Frequent Users: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*, 24(1), 40–52. <https://doi.org/10.1111/acem.13060>
- Morichi, V., De Tommaso, G., Salvi, F., Grilli, A., Giorgi, R., & Dessì-Fulgheri, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal and Emergency Medicine*, 2(4), 292–301. <https://doi.org/10.1007/s11739-007-0081-3>
- Norman, C., Mello, M., & Choi, B. (2016). Identifying Frequent Users of an Urban Emergency Medical Service Using Descriptive Statistics and Regression Analyses. *Western Journal of Emergency Medicine*, 17(1), 39–45. <https://doi.org/10.5811/westjem.2015.10.28508>
- Novo, L. S. M. (2010). *A Procura de Cuidados de Saúde no Distrito de Viana do Castelo*. Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45398/2/Lucia Novo Dissertao A Procura de Cuidados de Sade no Distrito de V.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45398/2/Lucia%20Novo%20Dissertao%20A%20Procura%20de%20Cuidados%20de%20Saude%20no%20Distrito%20de%20V.pdf)
- O’Keeffe, C., Mason, S., Jacques, R., & Nicholl, J. (2018). Characterising non-urgent users of the emergency department (ED): A retrospective analysis of routine ED data. *PLoS ONE*, 13(2), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192855>
- Oliveira, A. (2008). [Hyperusers and emergency]. *Acta Medica Portuguesa*, 21(November 2008), 553–558.
- Ondler, C., Hegde, G. G., & Carlson, J. N. (2014). Resource utilization and health care charges associated with the most frequent ED users. *American Journal of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2014.07.013>
- Pereira, S., e Silva, A. O., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., ... De Freitas, A. F. (2001). Appropriateness of Emergency Department visits in a Portuguese University Hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 580–586. <https://doi.org/10.1067/mem.2001.114306>
- Scherer, M., Lümann, D., Kazek, A., Hansen, H., & Schäfer, I. (2017). Patienten in Notfallambulanzen. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(39), 645–652. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0645>
- Shumway, M., Boccellari, A., O’Brien, K., & Okin, R. L. (2008). Cost-effectiveness of clinical case management for ED frequent users: results of a randomized trial {star, open}. *American Journal of Emergency Medicine*, 26(2), 155–164. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2007.04.021>

Referências Bibliográficas

- Silva, A. (2012). *Perfil dos utilizadores das urgências: um estudo no Centro Hospitalar Cova da Beira*. Retrieved from <http://ubithesis.ubi.pt/handle/10400.6/1063>
- SIMUL8. (2017). Retrieved November 14, 2017, from <https://www.simul8.com/healthcare/improving-emergency-department-processes-with-simulation>
- Soril, L. J. J., Leggett, L. E., Lorenzetti, D. L., Noseworthy, T. W., & Clement, F. M. (2016). Characteristics of frequent users of the emergency department in the general adult population: A systematic review of international healthcare systems. *Health Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.006>
- Stang, A. S., Crotts, J., Johnson, D. W., Hartling, L., & Guttman, A. (2015). Crowding measures associated with the quality of emergency department care: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 22(6), 643–656. <https://doi.org/10.1111/acem.12682>
- Ullman, R., & Stratmann, W. (1991). Primary Care and Emergency Department overcrowding. *Health (San Francisco)*, 83(3), 0–1.
- Unwin, M., Crisp, E., Rigby, S., & Kinsman, L. (2018). Investigating the referral of patients with non-urgent conditions to a regional Australian emergency department : a study protocol, 1–7.
- Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Deciding to visit the emergency department for non-urgent conditions: A systematic review of the literature. *American Journal of Managed Care*, 19(1), 47–59. <https://doi.org/10.1016/j.biotechadv.2011.08.021>. Secreted
- Yau, F. F., Tsai, T., Lin, Y., Wu, K., Syue, Y., & Li, C. (2018). American Journal of Emergency Medicine Can different physicians providing urgent and non-urgent treatment improve patient flow in emergency department? *American Journal of Emergency Medicine*, 36(6), 993–997. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.11.010>
- Yin, R. K. (2009). *CASE STUDY RESEARCH Design and Methods* (4th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

ANEXOS

ANEXO I – Consentimento Informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido Participação em estudos de Investigação



**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.
Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.
Este documento é feito em duas vias - uma para o processo e outra para ficar na posse do doente ou na posse de quem consente.**

Título do Estudo

Caracterização do perfil dos utilizadores do serviço de urgência de Faro e análise do impacto dos doentes não urgentes e dos utilizadores frequentes nos tempos de espera

Enquadramento

Estudo realizado no âmbito da conclusão do mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, pela Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, a realizar no Serviço de Urgência Polivalente da Unidade de Faro do CHUA, tendo como Orientadores: Prof. Doutor Sérgio Santos e Prof. Doutora Carla Amado (Faculdade de Economia).

Explicação do estudo

Pretendo caracterizar o perfil dos doentes não urgentes. Pretendo perceber qual o seu peso no total dos episódios de urgência do SU de Faro e qual o seu impacto nos elevados tempos de espera para observação médica.

Este questionário será aplicado aos doentes não urgentes (triados de verde, azul ou branco) admitidos no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) da Unidade de Faro e terá uma duração prevista de 5 minutos.

As respostas resultantes deste questionário permitirão perceber quais os principais motivos que levam os utentes a fazer a sua admissão no SUP em detrimento de uma primeira abordagem aos cuidados de saúde primários (CSP).

Confidencialidade e Anonimato

Garanto a confidencialidade e uso exclusivo dos dados para o presente estudo bem como o anonimato, uma vez que a identificação dos participantes nunca será tornada pública e o tratamento dos dados será feito de forma agregada.

Agradecimentos e Identificação da Investigadora

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração!

Cláudia de Sousa Santos Baptista
Administradora do Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE.
Telefone: 289002017 email: csbaptista@ch Algarve.min-saude.pt

Cláudia Baptista



Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Participação em estudos de Investigação

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome _____

Assinatura _____ Data ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE

Nome _____

BI/CC N.º: _____ Data ou validade: ____/____/____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Assinatura _____

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 (DUAS) PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, A OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

ANEXO II – Questionário



Autorreferenciação no Serviço de Urgência: motivações dos doentes Pouco Urgentes e Não urgentes

Caraterização do utente:

Sexo M F Idade _____ Profissão _____

Grau de escolaridade: 9º ano 12º ano Licenciatura
 Mestrado Doutoramento Outro _____

Nº elementos do agregado familiar _____ Localidade _____

1. Tem médico de família? Não Sim
 - 1.1. Se SIM, a que Centro de Saúde pertence _____
 - 1.2. Pertence a uma Unidade de Saúde Familiar? Não Sim
 - 1.3. Quantas vezes frequenta o Centro de Saúde por ano:
 ≤1 2 a 5 >5

Acessibilidade ao Serviço de Urgência:

2. Modo de referenciação ao Serviço de Urgência:

- Por iniciativa própria
- Recomendado por profissional de saúde
- Recomendado por família/amigo
- Linha Saúde 24
- Outro Qual _____

3. Antes de decidir vir para o Serviço de Urgência tentou obter consulta no Centro de Saúde? Sim Não

- 3.1. Se **SIM**, qual o(s) motivo(s) que o(a) fez decidir vir para o Serviço de Urgência:

- Não tive consulta no Centro de Saúde
- Falta de Segurança/confiança no Centro de Saúde
- O Serviço de Urgência está aberto 24h
- Moro perto do Serviço de Urgência
- Estou deslocado da minha área da residência
- Sei que aqui me fazem todos os exames que precisar
- Outro Qual _____

- 3.2. Se **NÃO**, porque não tentou obter consulta no Centro de Saúde:

- O Centro de Saúde está fechado neste momento
- O Serviço de Urgência está aberto 24h
- Nunca consigo consulta no Centro de Saúde
- Falta de Segurança/confiança no Centro de Saúde
- Moro perto do Serviço de Urgência
- Estou deslocado da minha área da residência
- Sei que aqui me fazem todos os exames que precisar
- Outro Qual _____



Autorreferenciação no Serviço de Urgência: motivações dos doentes Pouco Urgentes e Não urgentes

Situações relacionadas com o estado de saúde:

4. Caracterização do estado de saúde do utente:

4.1. Desde quando tem estes sintomas? _____

4.2. É a 1ª vez que tem estes sintomas? Sim Não

4.2.1. Se **NÃO**, já recorreu ao Centro de Saúde ou ao Serviço de Urgência com os mesmos sintomas? Sim Não

4.3. De acordo com os seus sintomas, acha que o seu estado de saúde é grave ou urgente? _____

4.4. A percepção do seu estado de saúde influenciou a sua admissão no Serviço de Urgência? Sim Não 4.4.1. Se **SIM**, em que medida?

- Ansiedade
- Aqui existem mais meios complementares de diagnóstico
- Preciso de cuidados de saúde mais diferenciados
- Sensação de que a minha situação clínica só pode ser tratada aqui no hospital
- Sou aqui seguido (a) em consulta externa
- Outro Qual _____

Gostaria de acrescentar alguma informação relativamente à sua visita ao Serviço de Urgência?

- Não
- Sim _____

OBRIGADA!

Anexos

ANEXO III – Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para a Associação entre os DPNU e a proveniência.

Prioridade * Referência Crossstabulation

			Referenciação													Total	
			ARS/CS	C.H.B. ALGARVIO	CENTRO HEMODIALI SE	CLINICA PRIVADA	CONSULT A EXTERNA	ENCAMIN HADO PELO SAU	EXTERIOR	HOSPITAL DIA	INEM	OUTRAS PROVENIE NCIAS	OUTRO HOSPITAL	SERVICO DE INTERNAME NTO	UNIDADE MEDIA DURACA		URGEN CIA
Prioridade	Pouco Urgente	Count	1137	10	4	139	49	209	13076	3	1713	1	229	1	1	1	16573
		% within Prioridade	6,9%	,1%	,0%	,8%	,3%	1,3%	78,9%	,0%	10,3%	,0%	1,4%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Prioridade	Não Urgente	Count	5	0	0	1	1	0	155	0	41	0	6	0	0	0	209
		% within Prioridade	2,4%	0,0%	0,0%	,5%	,5%	0,0%	74,2%	0,0%	19,6%	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		Count	1142	10	4	140	50	209	13231	3	1754	1	235	1	1	1	16782
		% within Prioridade	6,8%	,1%	,0%	,8%	,3%	1,2%	78,8%	,0%	10,5%	,0%	1,4%	,0%	,0%	,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	30,375 ^a	13	,004
Likelihood Ratio	31,045	13	,003
N of Valid Cases	16782		

a. 17 cells (60,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

ANEXO IV – Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para a Associação entre os UF e a Isenção do pagamento de taxa moderadora

UF * Taxa Crosstabulation

			Taxa		Total
			Não Isento	Isento	
UF	UNF	Count	21259	45605	66864
		% within UF	31,8%	68,2%	100,0%
	UF	Count	1570	9100	10670
		% within UF	14,7%	85,3%	100,0%
Total		Count	22829	54705	77534
		% within UF	29,4%	70,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1292,179 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	1291,357	1	,000		
Likelihood Ratio	1447,781	1	0,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	1292,163	1	,000		
N of Valid Cases	77534				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3141,66.

b. Computed only for a 2x2 table

ANEXO V – Outras nacionalidades minoritárias referidas na Tabela 4.4.3

<i>Nacionalidade (n=377)</i>	<i>Observações</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Ucrânia	4	1,1%
Angola	2	0,5%
Holanda	2	0,5%
Itália	2	0,5%
Nepal	2	0,5%
Venezuela	2	0,5%
Alemanha	1	0,3%
Bulgária	1	0,3%
Espanha	1	0,3%
França	1	0,3%
Gana	1	0,3%
Guiné	1	0,3%
Índia	1	0,3%
Inglaterra	1	0,3%
Marrocos	1	0,3%
Moçambique	1	0,3%
Polónia	1	0,3%
Senegal	1	0,3%

ANEXO VI – Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para a Associação entre ir ao CS antes de recorrer ao SU e o fato de ter ou não médico de família

Antes de vir ao SU, tentou obter consulta no centro de saúde? * Tem médico de família? Crosstabulation

		Tem médico de família?		Total	
		Não	Sim		
Antes de vir ao SU, tentou obter consulta no centro de saúde?	Não	Count 46	187	233	
		% within Antes de vir ao SU, tentou obter consulta no centro de saúde?	19,7%	80,3%	100,0%
	Sim	Count 23	118	141	
		% within Antes de vir ao SU, tentou obter consulta no centro de saúde?	16,3%	83,7%	100,0%
Total		Count 69	305	374	
		% within Antes de vir ao SU, tentou obter consulta no centro de saúde?	18,4%	81,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,687 ^a	1	,407		
Continuity Correction ^b	,478	1	,489		
Likelihood Ratio	,696	1	,404		
Fisher's Exact Test				,492	,246
Linear-by-Linear Association	,685	1	,408		
N of Valid Cases	374				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,01.

b. Computed only for a 2x2 table

ANEXO VII – Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para a Associação entre ir ao CS antes de recorrer ao SU e o fato de pertencer a uma USF

Antes de vir ao SU, tentou obter consulta no centro de saúde?* Pertence a uma USF? Crosstabulation

		Pertence a uma USF?		Total
		Não	Sim	
Antes de vir ao SU, tentou obter consulta no centro de saúde?	Não	Count 64	132	196
		% within Antes de vir ao SU, tentou obter consulta no centro de saúde? 32,7%	67,3%	100,0%
Sim	Count	33	93	126
		% within Antes de vir ao SU, tentou obter consulta no centro de saúde? 26,2%	73,8%	100,0%
Total	Count	97	225	322
		% within Antes de vir ao SU, tentou obter consulta no centro de saúde? 30,1%	69,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,522 ^a	1	,217		
Continuity Correction ^b	1,230	1	,267		
Likelihood Ratio	1,538	1	,215		
Fisher's Exact Test				,263	,133
Linear-by-Linear Association	1,517	1	,218		
N of Valid Cases	322				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 37,96.

b. Computed only for a 2x2 table

ANEXO VIII – Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para a Associação entre o modo de referência ao SU e:

- **pertencer a uma USF**

Pertence a uma USF? * Modo de referência ao SU Crosstabulation

		Modo de referência ao SU						Total	
		Por iniciativa própria	Recomendado por profissional de saúde	Recomendado por família/amigo	Linha saúde 24	INEM	Outro		
Pertence a uma USF?	Não	Count 73	17	4	2	0	1	97	
		% within Pertence a uma USF?	75,3%	17,5%	4,1%	2,1%	0,0%	1,0%	100,0%
Sim		Count 138	59	17	7	3	1	225	
		% within Pertence a uma USF?	61,3%	26,2%	7,6%	3,1%	1,3%	,4%	100,0%
Total		Count 211	76	21	9	3	2	322	
		% within Pertence a uma USF?	65,5%	23,6%	6,5%	2,8%	,9%	,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,337 ^a	5	,197
Likelihood Ratio	8,367	5	,137
Linear-by-Linear Association	3,841	1	,050
N of Valid Cases	322		

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,60.

- **ter médico de família**

Tem médico de família? * Modo de referência ao SU Crosstabulation

		Modo de referência ao SU						Total	
		Por iniciativa própria	Recomendado por profissional de saúde	Recomendado por família/amigo	Linha saúde 24	INEM	Outro		
Tem médico de família?	Não	Count 47	14	3	4	0	1	69	
		% within Tem médico de família?	68,1%	20,3%	4,3%	5,8%	0,0%	1,4%	100,0%
Sim		Count 202	71	19	9	3	2	306	
		% within Tem médico de família?	66,0%	23,2%	6,2%	2,9%	1,0%	,7%	100,0%
Total		Count 249	85	22	13	3	3	375	
		% within Tem médico de família?	66,4%	22,7%	5,9%	3,5%	,8%	,8%	100,0%

Chi-Square Tests	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,028 ^a	5	,696
Likelihood Ratio	3,367	5	,644
Linear-by-Linear Association	,027	1	,870
N of Valid Cases	375		

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,55.

ANEXO IX – Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para a Associação entre o modo de referência ao SU e:

- **Faixa etária**

Crosstab									
			Modo de referência ao SU						Total
			Por iniciativa própria	Recomendado por profissional de saúde	Recomendado por família/amigo	Linha saúde 24	INEM	Outro	
Faixa Etária	Jovens	Count	78	15	6	6	0	2	107
		% within Faixa Etária	72,9%	14,0%	5,6%	5,6%	0,0%	1,9%	100,0%
	Aultos	Count	115	39	5	4	2	1	166
		% within Faixa Etária	69,3%	23,5%	3,0%	2,4%	1,2%	,6%	100,0%
	Idosos	Count	58	31	11	3	1	0	104
		% within Faixa Etária	55,8%	29,8%	10,6%	2,9%	1,0%	0,0%	100,0%
Total		Count	251	85	22	13	3	3	377
		% within Faixa Etária	66,6%	22,5%	5,8%	3,4%	,8%	,8%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,635 ^a	10	,024
Likelihood Ratio	21,785	10	,016
Linear-by-Linear Association	,900	1	,343
N of Valid Cases	377		

a. 8 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,83.

- **Atividade profissional**

Crosstab									
			Modo de referência ao SU						Total
			Por iniciativa própria	Recomendado por profissional de saúde	Recomendado por família/amigo	Linha saúde 24	INEM	Outro	
Atividade Profissional	Ativos	Count	121	36	5	3	0	3	168
		% within Atividade Profissional	72,0%	21,4%	3,0%	1,8%	0,0%	1,8%	100,0%
	Não Ativos	Count	100	43	17	8	3	0	171
		% within Atividade Profissional	58,5%	25,1%	9,9%	4,7%	1,8%	0,0%	100,0%
Total		Count	221	79	22	11	3	3	339
		% within Atividade Profissional	65,2%	23,3%	6,5%	3,2%	,9%	,9%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,409 ^a	5	,004
Likelihood Ratio	20,185	5	,001
Linear-by-Linear Association	5,883	1	,015
N of Valid Cases	339		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,49.

• **Isenção do pagamento de Taxa Moderadora**

Crosstab									
			Modo de referência ao SU					Total	
			Por iniciativa própria	Recomendado por profissional de saúde	Recomendado por família/amigo	Linha saúde 24	INEM		Outro
Doente Isento do Pagamento de Taxa Moderadora	Não	Count	157	55	8	9	0	2	231
		% within Doente Isento do Pagamento de Taxa Moderadora	68,0%	23,8%	3,5%	3,9%	0,0%	,9%	100,0%
	Sim	Count	87	28	14	3	3	1	136
		% within Doente Isento do Pagamento de Taxa Moderadora	64,0%	20,6%	10,3%	2,2%	2,2%	,7%	100,0%
Total		Count	244	83	22	12	3	3	367
		% within Doente Isento do Pagamento de Taxa Moderadora	66,5%	22,6%	6,0%	3,3%	,8%	,8%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,123 ^a	5	,022
Likelihood Ratio	13,734	5	,017
Linear-by-Linear Association	1,892	1	,169
N of Valid Cases	367		

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,11.

Anexos

ANEXO X– Resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson para a associação entre o especialidade e destino da alta

Especialidade consultada_SONHO * Destino_SONHO Crosstabulation

			Destino_SONHO					Total	
			Exterior não referenciado	ARS Centro de Saúde	Consulta Externa	Abandono	Não respondeu à chamada		Serviço de Internamento
Especialidade consultada_SONHO	Equipa de Triagem Médica	Count	188	31	21	4	7	0	249
		% within Especialidade consultada_SONHO	74,7%	12,4%	8,4%	1,6%	2,8%	0,0%	100,0%
	Medicina Interna	Count	2	0	1	0	0	3	6
		% within Especialidade consultada_SONHO	33,3%	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	Otorrino	Count	23	0	0	1	1	0	25
		% within Especialidade consultada_SONHO	92,0%	0,0%	0,0%	4,0%	4,0%	0,0%	100,0%
	Ortopedia	Count	10	2	6	0	1	0	19
		% within Especialidade consultada_SONHO	52,6%	10,5%	31,6%	0,0%	5,3%	0,0%	100,0%
	Urologia	Count	3	0	0	0	0	3	6
		% within Especialidade consultada_SONHO	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	Nefrologia	Count	0	0	0	0	0	1	1
		% within Especialidade consultada_SONHO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Psiquiatria	Count	1	0	5	0	0	0	6
		% within Especialidade consultada_SONHO	16,7%	0,0%	83,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Ginecologia	Count	9	3	0	0	0	0	12
		% within Especialidade consultada_SONHO	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Cirurgia	Count	14	7	7	1	0	6	35
		% within Especialidade consultada_SONHO	40,0%	20,0%	20,0%	2,9%	0,0%	17,1%	100,0%
	Estomatologia	Count	3	0	0	0	0	0	3
		% within Especialidade consultada_SONHO	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Oftalmologia	Count	6	0	0	0	0	0	6
		% within Especialidade consultada_SONHO	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Pneumologia	Count	0	0	1	0	0	1	2
		% within Especialidade consultada_SONHO	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	Gastro	Count	0	0	0	0	0	3	3
		% within Especialidade consultada_SONHO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Count	257	43	41	6	9	17	373
		% within Especialidade consultada_SONHO	68,9%	11,5%	11,0%	1,6%	2,4%	4,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	252,766 ^a	60	,000
Likelihood Ratio	155,914	60	,000
Linear-by-Linear Association	32,242	1	,000
N of Valid Cases	373		

a. 69 cells (88,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

ANEXO XI – Certificado de apresentação de Poster – EHMA 2018 Annual Conference



CERTIFICATE OF ATTENDANCE

The European Health Management Association certifies that

Cláudia Baptista

presented the poster

”Characterisation of the users of an Emergency Department in a Portuguese Hospital: Analysis of the impact of non-urgent patients and frequent users on waiting times”

during the
EHMA 2018 ANNUAL CONFERENCE “MAKING IT HAPPEN”
20-22 JUNE, BUDAPEST, HUNGARY

Dr. Usman Khan
EHMA Executive Director

June 2018

ANEXO XII – Certificado de apresentação de Poster – III Jornadas ABC



28º29 MAR'19
Albufeira - Hotel Alísios



Certificado

Certifica-se que Cláudia Santos, apresentou nas **3ªs Jornadas do ABC**, que decorreram nos dias 28 e 29 de março de 2019, no Hotel Alísios em Albufeira, um Poster com o seguinte título:

"Characterisation of the users of an Emergency Department in a Portuguese Hospital: Analysis of the impact of non-urgent patients and frequent users on waiting times"

Faro, 29 de Março de 2019

O Presidente do Conselho Executivo do ABC,


(Dr. Nuno Marques)

ANEXO XIII– Nomeação como Administradora do Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE



CIRCULAR

INFORMATIVA

Nº. **275/17**

De: **28.11.2017**

ASSUNTO: Substituição temporária da Administradora do DEUCI.

Face à ausência por baixa prolongada da Dra. Teresa Pinto, Administradora do Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, deliberou o Conselho de Administração, em reunião de 23.11.2017, proceder à sua substituição temporária pela Dra. Cláudia de Sousa Santos Baptista, Técnica Superior.



Ana Paula Gonçalves
Presidente do Conselho de Administração