



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estratégias preventivas da utilização do Serviço de Urgência por utentes não urgentes: perspetiva dos enfermeiros de Cuidados Saúde Primários

Olinda Maria Freitas Lemos Palricas

Coimbra, fevereiro de 2022



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estratégias preventivas da utilização do Serviço de Urgência por utentes não urgentes: perspetiva dos enfermeiros de Cuidados Saúde Primários

Olinda Maria Freitas Lemos Palricas

Orientadora: Professora Doutora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira, Professora
Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Mestre Cristina Maria Figueira Veríssimo, Professora Adjunta da Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, fevereiro de 2022

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos é apenas uma gota no oceano.
Mas o oceano seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer:

À minha orientadora Professora Doutora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira, e à coorientadora Mestre Cristina Maria Figueira Veríssimo, por toda a motivação, ajuda, compreensão e disponibilidade, pois só com colaboração de ambas foi possível a execução desta Dissertação.

Ao Conselho de Administração da ACeS do Baixo Mondego, às Unidades de Saúde Familiar e a todos os intervenientes destas unidades pela possibilidade de realização do estudo.

Gostaria também de agradecer aos meus familiares e ao meu marido, obrigada por todo o apoio e incentivo.

Obrigada a todos vós, por me ajudarem a crescer um pouco mais!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

ARS – Administração Regional de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Covid-19 – Coronavirus Disease 2019 ou “Doença por Coronavírus 2019”

CRREU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência

CS – Centro de Saúde

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Desvio Padrão

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IP – Instituto Público

LBS – Lei de Bases da Saúde

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MIMUF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

n – Tamanho da amostra

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPP – Parcerias Público-Privadas

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSE – Registo de Saúde Eletrónico

Rx – Radiografia (Raios X)

SA – Sociedade Anónima

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Setor Público Administrativo

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICISA: E – Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde:
Enfermagem

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WHO – World Health Organization

\bar{x} – Média

RESUMO

ENQUADRAMENTO: A nível mundial e nacional existe uma grande procura pelos serviços de urgência (SU). Portugal no contexto europeu é o país com maior recurso a este serviço. Cerca de 40 a 50% destas admissões são não urgentes e poderiam ser resolvidas noutra contexto de saúde.

OBJETIVO: Identificar as razões percecionadas, dificuldades sentidas e estratégias preventivas dos enfermeiros de cuidados de saúde primários (CSP) sobre o recurso ao SU por utentes não urgentes.

METODOLOGIA: Estudo exploratório, descritivo e transversal de natureza qualitativa. Amostra teórica de meio, constituída por 14 enfermeiros de CSP. A colheita de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada. Foi obtido consentimento informado dos participantes e autorização da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e das unidades de saúde em estudo.

RESULTADOS: Do processo de análise de conteúdo apurou-se como temas centrais: as razões do recurso ao serviço de urgência por utentes não urgentes; tipologia de utentes que recorrem ao SU em situação não urgente; sistema de identificação do recurso ao SU por utentes não urgentes; intervenções de enfermagem para a prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes; e sugestões de melhoria para prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes. Em cada tema emergiram um conjunto de categorias e subcategorias. As estratégias apontadas pelos enfermeiros como passíveis da minimização do problema foram: educação dos cidadãos sobre as melhores práticas no acesso aos CSP e SU, avaliação previa do utente nos CSP antes da sua deslocação ao SU, melhorar articulação entre CSP e o hospital, centrar os cuidados no cidadão, promover a acessibilidade aos CSP, desenvolvimento de tecnologias digitais, responsabilização do processo saúde/doença, identificação dos utentes não urgentes que utilizam o SU e aqueles que não frequentam os CSP e combater a solidão dos idosos com a colaboração das juntas de freguesias.

CONCLUSÕES: Foram encontradas condicionantes e estratégias preventivas da utilização do SU por utentes não urgentes, na perspetiva dos enfermeiros de CSP.

Palavras chave: Sobrelotação serviço de urgência, doentes não urgentes, cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

BACKGROUND: Worldwide and nationally, there is a great demand for emergency department. Portugal in the European context is the country with the greatest use of this service. About 40 to 50% of these admissions are non-urgent and could be resolved in another health context.

OBJECTIVE: Identify perceived reasons, experienced difficulties and preventive strategies of primary health care nurses regarding the use of the emergency department by non-urgent users.

METHODOLOGY: Exploratory, descriptive and cross-sectional qualitative study. Theoretical sample of medium, consisting of 14 primary health care nurses. Data collection was performed through semi-structured interview. Informed consent was obtained from the participants and authorization from the Ethics Committee of the Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) of the Coimbra Nursing School and the health units under study.

RESULTS: From the content analysis process, it was found a central themes: the reasons for resorting to emergency department by non-urgent users; typology of users who use the emergency department in a non-urgent situation; system for identifying the use of the universal service by non-urgent users; nursing interventions to prevent non-urgent users from using the emergency department; and suggestions for improvement to prevent non-urgent users from using the emergency department. In each theme, a set of categories and subcategories emerged. The strategies pointed out by nurses as likely to minimize the problem were: educating citizens on best practices in accessing primary health care and emergency department, prior assessment of the user in the primary health care before going to the emergency department, improving articulation between primary health care and the hospital, focusing care in the citizen, promote accessibility to primary health care, development of digital technologies, accountability of the health/disease process, identification of non-urgent users who use the emergency department and those who do not attend primary health care and combat the loneliness of the elderly with the collaboration of parish councils.

CONCLUSIONS: Conditions and preventive strategies were found for the use of the emergency department by non-urgent users, from the perspective of primary health care nurses.

Keywords: Overcrowding emergency department, non-emergency patients, primary health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma dos cuidados de saúde na comunidade..... 34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução do número de USF, UCC e UCSP.....	35
Tabela 2 – Sistema de Triagem de <i>Manchester</i> : cores (prioridade clínica), caracterização da situação e tempo recomendado/tempo-alvo/tempo de espera (esperado).....	43
Tabela 3 – Características sociodemográficas dos participantes.....	58
Tabela 4 – Temas e categorias resultantes da análise de conteúdo do <i>corpus</i> de análise.....	65
Tabela 5 – Categorias e subcategorias das razões do recurso ao SU por utentes não urgentes.....	66
Tabela 6 – Categorias de tipologia de utentes que recorrem ao SU em situação não urgente.....	70
Tabela 7 – Categorias e subcategorias referentes ao sistema de identificação do recurso ao SU por utentes não urgentes.....	71
Tabela 8 – Categorias e subcategorias relativas às intervenções de enfermagem para a prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes.....	72
Tabela 9 – Categorias e subcategorias relativas às sugestões de melhoria para prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes.....	76

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCETUAL	23
1 – CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL	25
1.1 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	29
1.1.1 – Enquadramento histórico dos cuidados de saúde primários	30
1.1.2 – O enfermeiro nos cuidados de saúde primários	38
1.2 – CUIDADOS DE SAÚDE SECUNDÁRIOS.....	40
1.2.1 – Serviço de urgência	41
1.2.2 – O recurso ao serviço de urgência por utentes não urgentes	44
1.2.3 – Estado da arte	50
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	53
1 – METODOLOGIA	55
1.1 – TIPO DE ESTUDO.....	55
1.2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	55
1.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	56
1.4 – INSTRUMENTO PARA RECOLHA DE DADOS.....	58
1.5 – TRATAMENTO DOS DADOS.....	60
1.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	61
PARTE III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	63
1 – RESULTADOS	65
1.1 – RAZÕES DO RECURSO AO SU POR UTENTES NÃO URGENTES.....	66
1.2 – TIPOLOGIA DE UTENTES QUE RECORREM AO SU EM SITUAÇÃO NÃO URGENTE.....	70
1.3 – SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO DO RECURSO AO SU POR UTENTES NÃO URGENTES.....	71
1.4 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DO RECURSO AO SU POR UTENTES NÃO URGENTES.....	72

1.5 – SUGESTÕES DE MELHORIA PARA PREVENÇÃO DO RECURSO AO SU POR UTENTES NÃO URGENTES.....	75
PARTE IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	85
CONCLUSÃO.....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
ANEXOS	
ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Instrumento de Recolha de Dados, Guião de Entrevista	
APÊNDICE II – Formulário de Consentimento Informado e Esclarecido	
APÊNDICE III – Pedido de Autorização para a Recolha de Dados	

INTRODUÇÃO

O uso excessivo do serviço de urgência (SU) é um problema mundial e nacional, em Portugal o acesso ao SU é livre, por parte do cidadão. O atendimento no SU é um bem culturalmente enraizado, conotado a valores de segurança, bem-estar, disponibilidade e acessibilidade (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência [CRRNEU], 2012).

Este acesso livre leva à sobrelotação dos mesmos, pois a sua utilização por utentes com problemas de saúde, considerados não urgentes, exige a alocação de recursos que poderiam ser melhor geridos para os utentes urgentes e emergentes. Pode dizer-se que tem consequências nefastas não só para o sistema de saúde, mas também para os cidadãos, já que leva à diminuição da qualidade dos serviços prestados e da satisfação do utente.

A realidade nacional revela um grave problema, pois somos, no contexto europeu, o país, em que os cidadãos mais recorrem aos SU, sete em cada dez portugueses visita anualmente um SU quando a média europeia é menos de metade deste valor. Destas admissões, 40 a 50%, são não urgentes e os problemas de saúde destes cidadãos poderiam ser solucionados noutra contexto de saúde (Campos, 2017).

As razões da utilização inadequada do SU são várias, entre elas, a sua utilização intensiva em detrimento dos cuidados de saúde primários (CSP). Importa destacar “que a baixa utilização dos CSP está associada com a maior utilização inadequada dos SU” (FitzGerald et al., Roberts & Mays, Simonet, e Stein et al., como citado em Borges, 2018, p. 10).

Conforme consignado por Nunes e Vala supõe-se “que os CSP resolvam cerca de 80 a 90% dos problemas de saúde dos cidadãos” (como citado em Vales, 2016, p. 1), tendo estes cuidados um papel importante não só pela dimensão de problemas de saúde que resolvem, como pela variedade de intervenções que asseguram (Vales, 2016).

Assim, é necessário educar a população portuguesa no sentido da utilização correta dos CSP e dos cuidados de saúde *secundários*. Se cada cidadão utilizasse racionalmente os serviços de saúde, este seria um passo para a otimização dos recursos em saúde.

Nos CSP, o enfermeiro procura a saúde da população, a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados de bem-estar. Os CSP deveriam estar presentes ao longo da vida do cidadão.

Reconhecendo-se que os enfermeiros de CSP têm um papel importante na educação das populações para a promoção da utilização racional do SU, é importante perceber o que pensam os enfermeiros de CSP sobre o recurso ao SU por utentes não urgentes e como é que pode ser revertida esta situação.

A conscientização desta problemática, desenvolvida ao longo do exercício profissional num SU levou a que se quisesse aprofundá-la. Esta é também uma preocupação dos órgãos de gestão da instituição de saúde onde a investigadora trabalha.

Seguramente todos têm direito a receber cuidados de saúde de que precisam, mas nos locais certos, e em função das suas necessidades. É importante que a população seja devidamente informada dos gastos associados ao SU, dos custos que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem com a saúde das populações e dos recursos que cada utente mobiliza quando recorre ao SU.

Assim, pretende-se com este trabalho responder à seguinte questão de investigação:

“Que estratégias os enfermeiros de CSP consideram importantes para prevenir a utilização do SU por utentes não urgentes?”

A partir desta questão enunciou-se como objetivos para orientação do estudo: identificar as estratégias que os enfermeiros de CSP consideram importantes para prevenir a utilização do SU por utentes não urgentes; identificar as razões percecionadas pelos enfermeiros de CSP sobre o recurso ao SU por utentes não urgentes; e identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de CSP na identificação dos utentes que recorrem frequentemente ao SU em situação não urgente.

Esta dissertação além da presente introdução, está estruturada em quatro partes: na primeira, o enquadramento teórico/concetual que aborda os referenciais teóricos e os conceitos chave inerentes à temática em estudo; na segunda, o estudo empírico com os procedimentos metodológicos inerentes ao mesmo; na terceira apresentam-se e analisam-se os resultados e na quarta parte, a discussão dos resultados obtidos mediante a literatura científica disponível.

Por último, fazem parte integrante deste documento, a conclusão da investigação, as referências bibliográficas consultadas e os apêndices elaborados para a obtenção da realização do estudo empírico. Este relatório, está redigido ao abrigo das normas de elaboração e apresentação da dissertação preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e de acordo com o estilo *American Psychological Association*, 7ª edição.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCETUAL

1 – CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

O estado de saúde de uma população verifica-se não apenas pela qualidade do setor da saúde, mas também pela forma como a sociedade evolui em termos económicos e sociais. A saúde resulta de um conjunto de determinantes sociais (por exemplo, educação, rendimentos, etc.) e não apenas do investimento na prestação dos cuidados de saúde (Cortes, 2016).

Nas últimas quatro décadas registou-se uma maior oferta de cuidados de saúde e uma melhoria das condições de vida dos cidadãos que visaram progressos na saúde dos portugueses.

Neste período, Portugal conseguiu um destacado lugar no desenvolvimento do seu sistema de saúde, de que é exemplo, a redução significativa da taxa de mortalidade infantil, passou-se de um valor de 55,5‰ em 1970, para 3,3‰ em 2018, e para 2,43‰ em 2020 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021a). Um outro indicador que merece destaque é a esperança média de vida à nascença, tanto no caso das mulheres como no dos homens, registou-se um acréscimo apreciável dos anos de vida (Lapão & Pisco, 2019; Lima, 2015). Este valor era de 67,1 anos em 1970, passando para 76,4 anos em 2000, e para 81,1 anos em 2019 (PORDATA, 2021a).

Em setembro de 1979 entrou em vigor a Lei nº 56/79 (Lei fundadora do SNS ou Lei Arnaut), garantindo o direito à proteção da saúde pelo Estado, nos termos da Constituição (Arnaut & Semedo, 2017; Lima, 2015; Pisco & Pinto, 2020), tendo, desde a sua origem um forte compromisso com a política de saúde voltada para os CSP (Gava & Dias, 2018; Lima, 2015, Pisco & Pinto, 2020).

Com a entrada de Portugal na União Europeia (1986), o financiamento europeu tornou possível a construção e a ampliação de infraestruturas de saúde por todo o país (Correia de Campos & Simões, 2011; Lapão & Pisco, 2019; Lima, 2015). Em 1989, o artigo 36º da Segunda Revisão da Constituição Portuguesa, de 8 de julho, altera o direito à proteção da saúde que passa a ser efetivado através de um SNS geral e universal, tendencialmente gratuito, atendendo às condições económicas e sociais dos utentes (Lei Constitucional nº 1/89, 1989).

A Lei nº 48/90 (1990), de 24 de agosto, anterior Lei de Bases da Saúde (LBS), com as alterações constantes na Lei nº 27/2002 (2002), de 8 de novembro, atualmente revogada pela Lei nº 95/2019 (2019), de 4 de setembro, surgiu devido à necessidade do alargamento do SNS. Pretendia-se o desenvolvimento do sistema de saúde como um todo, incluindo-se as entidades concorrentes públicas e privadas de prestação de serviços da área, responsável pela proteção de todos os cidadãos (Base IV, XII da Lei nº 48/90).

Ainda que alguns ajustes efetuados tenham mudado, em parte, a constituição do SNS, o apoio do Estado mantém-se voltado preferencialmente para a manutenção e evolução do serviço público, conservando os principais valores presentes na criação da Lei nº 56/79 (1979). Como salientam Arnaut e Semedo (2017), “O SNS é do povo, é uma exigência ética da civilização” (p. 16).

Com o fim de mostrar as delimitações da constituição do SNS, o Decreto-Lei nº 11/93 (1993), de 15 de janeiro, aprova o seu estatuto, e uma década mais tarde o Decreto-Lei nº 309/2003 (2003), de 10 de dezembro, cria a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) em Portugal que, com total autonomia no exercício das suas funções, regula, fiscaliza e monitoriza as entidades prestadoras de serviços de saúde, defende os interesses dos utentes e, a pedido do Governo, colabora na tomada de decisões políticas através de pareceres, estudos e informações no âmbito das suas atribuições.

Atualmente, e com a entrada em vigor da nova LBS, Lei nº 95/2019 (2019), o Estado diligencia e assegura o direito à proteção da saúde, da sua responsabilidade, primeiramente, através do SNS, dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais. Podendo, no entanto, em caso de necessidade fundamentada, e de forma suplementar e provisória, serem celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como, com profissionais em regime de trabalho independente (Base 1 e 6 da LBS).

O serviço público também passa a poder contar com o privado nas respostas às necessidades dos utentes, sempre que seja necessário, para a melhoria da sua saúde e com os necessários acordos celebrados entre entidades (Base 6, 25 da LBS, Lei nº 95/2019, 2019).

Desta forma, o sistema de saúde português consiste na articulação entre o SNS, os subsistemas e as entidades de saúde privadas e sociais, bem como com os profissionais livres, exigindo-se a todas as partes envolvidas a necessária fiscalização pelo Estado

português (a partir de 2003, responsabilidade atribuída à ERS) (Base 6, 34 da LBS, Lei nº 95/2019, 2019).

A organização do SNS segundo a Base 20 da LBS, qualifica o SNS como universal quanto à sua abrangência populacional, equitativo no seu acesso e tendencialmente gratuito, de modo a ser possível a proteção da população em geral, mas sobretudo dos grupos mais vulneráveis (crianças, idosos, desempregados e doentes crónicos). Confere ou garante a prestação de cuidados globais, tem organização regionalizada e procura uma gestão descentralizada e participada (Lei nº 95/2019, 2019).

As instituições do SNS, de acordo com o Estatuto do SNS, são um conjunto organizado de estabelecimentos e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a direção ou a tutela do Ministro da Saúde (Decreto-Lei nº 11/93, 1993). São estes, juntamente com os privados e com os profissionais em regime liberal com os quais o SNS formaliza acordos, que formam a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde e, por sua vez, garantem a prestação de cuidados de saúde aos utentes que recorrem ao serviço público (Base 6, 25 da LBS, Lei nº 95/2019, 2019).

Os cuidados de saúde conferidos pelo SNS podem ser distinguidos em primários, secundários, continuados e paliativos (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2011; Lei nº 95/2019, 2019). Os CSP são garantidos pelos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), criados pelo Decreto-Lei nº 28/2008 (2008), de 22 de fevereiro, formados por um ou mais centros de saúde (CS) e podem compreender ainda, de acordo com os artigos 4º e 7º do referido decreto-Lei: unidade de saúde familiar (USF), unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), unidade de cuidados na comunidade (UCC), unidade de saúde pública (USP) e unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) (ERS, 2011; Lapão & Pisco, 2019). Estas unidades funcionais são concebidas com o objetivo de aproximar o SNS da população.

Por sua vez, os cuidados de saúde secundários são garantidos pelas consultas externas de especialidade, intervenções cirúrgicas, internamentos e SU realizados em hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde (ULS). Por fim, os cuidados continuados integrados (incluem os paliativos), Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criados pelo Decreto-Lei nº 101/2006 (2006), de 6 de junho, são assegurados por unidades de ambulatório, internamento e equipas domiciliárias e hospitalares (ERS, 2011).

Ainda segundo, a Constituição da República Portuguesa, nos termos do disposto no artigo 13º e 64º, encontram-se consagrados direitos e deveres dos cidadãos, tais como, ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual. Tendo todos, o direito à proteção da saúde, bem como, o dever de a defender e promover (Almedina, 2019).

Atualmente há um aumento do sector privado na prestação de cuidados de saúde secundários, paralelamente assistimos ao crescimento da população idosa. Para manter um Estado social, há que equilibrar o orçamento, controlar os custos, melhorar a sustentabilidade, a eficiência e ter melhores *outcomes* para os utentes (Morais, 2016).

Para o autor anteriormente citado, em Portugal, o elevado número de urgências hospitalares é um problema, onde é difícil planear os cuidados. Estas unidades são mais caras relativamente aos CSP, sendo que estes serviços deviam e podiam fazer a diferença.

O Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020, em 2018, cumpriu um papel agregador e foi mentor das medidas consideradas mais apropriadas para a obtenção de mais e melhores ganhos em saúde para a população residente em Portugal (Ministério da Saúde, 2019).

Assim sendo ganha destaque o trabalho desenvolvido em 2018, em conformidade com o que se tinha verificado em 2017, na esfera dos programas de saúde prioritários, que se encontram incluídos em três plataformas de intervenção: a plataforma de prevenção e gestão das doenças crónicas, a plataforma para a prevenção e gestão das doenças transmissíveis e a plataforma inerente à saúde mental (Ministério da Saúde, 2019).

O SNS está cada vez mais comprometido e empreendedor no apoio e realização das ações de aproximação e aumento do conhecimento dos seus utentes. Exemplos disso, são os projetos “*SNS + Proximidade*”, que procura uma mudança centrada nas pessoas, e disponibiliza via *online*, entre outras ferramentas promotoras da autonomia do utente, uma biblioteca de literacia em saúde e um diário da minha saúde ou o “*Portal do Cidadão*”, a plataforma *online* que torna possível ao utente consultar a partir de casa, e a qualquer momento, a sua informação (receitas, internamentos, intervenções cirúrgicas, o seu boletim de vacinas), renovar medicação crónica, pedir isenção da taxa moderadora e fazer marcações de consultas (Ministério da Saúde, 2018, 2019).

O SNS oferece também o serviço *Saúde 24*. A linha *Saúde 24*, designada como *SNS 24*, é um serviço telefónico (808 24 24 24) e digital (site *SNS 24*: www.sns24.gov.pt) do Serviço Nacional de Saúde, criado para apoiar o indivíduo nas questões relacionadas com a sua saúde (Ministério da Saúde, 2019, 2020; Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2021a). Este serviço disponibiliza um conjunto de serviços que procuram resolver problemas, sem a necessidade de haver deslocação a um CS ou hospital. O *SNS 24* oferece serviços clínicos e não clínicos. Os serviços clínicos são prestados por profissionais de saúde, e os serviços não clínicos por administrativos (SNS, 2021a). Estes profissionais fazem a triagem da situação, aconselham os utentes sobre cuidados de saúde a seguir e se necessário encaminham para o serviço de saúde mais adequado, evitando o recurso ao SU.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2020), em 2019 o *SNS 24* atendeu 1.261.770 chamadas, cerca de 31,3% das chamadas foram reencaminhadas para os SU seguindo-se as situações menos problemáticas e passíveis de serem geridas através de autocuidados (24,4%), 16,7% incluiu chamadas em que o resultado final foi diferente, por exemplo, chamadas atendidas por enfermeiros sem necessidade de encaminhamento clínico, e 22% foram reencaminhados para os CSP.

1.1 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os CSP, como referido por Stanhope e Lancaster destinam-se a prevenir “o aparecimento de doenças através de atividades de promoção da saúde e proteção da doença; detetar precocemente a doença e tratá-la prontamente no sentido de reverter, curar, reduzir ou tratar a sua gravidade” (como citado em Guedes, 2012, p. 28; Guedes et al., 2016, p. 28); e prevenir “o avanço da doença ou da manutenção de qualidade de vida quando a situação é irreversível” (como citado em Guedes, 2012, p. 28; Guedes et al., 2016, p. 28).

Em Portugal, nos últimos trinta anos os CSP têm sido alvo de grandes mudanças. Em 2005, teve início o modelo de reforma dos CSP, com o objetivo de conduzir o projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USF, tendo em vista melhorar a acessibilidade aos CSP, servir melhor os cidadãos, tornando-os num verdadeiro alicerce do SNS (Carvalho, 2014; Lapão & Pisco, 2019; Pisco & Pinto, 2020).

Os CSP em Portugal, depois de 40 anos, procuram concretizar o objetivo do acesso universal à saúde, procurando reduzir os custos elevados e potenciar maior qualidade nos cuidados de saúde (Lapão & Pisco, 2019).

1.1.1 – Enquadramento histórico dos cuidados de saúde primários

A evolução dos CSP, em Portugal, contém um longo percurso, desde a criação dos CS de primeira geração até aos dias de hoje, com o marco do Decreto-Lei nº 28/2008 (2008), que criou os ACeS, constituídos por um ou mais CS (Guedes et al., 2016).

A primeira geração de CS surge com o Decreto-Lei nº 413/71 (1971), de 27 de setembro, que procurou revalorizar a prestação dos CS, com o objetivo de assegurar a todos os portugueses um nível de cuidados de saúde e de apoio social considerável, concebendo uma política de saúde assente no investimento prioritário nos serviços de prevenção da doença (Guedes, 2012; Pisco & Pinto, 2020). Este Decreto-Lei, no artigo 55º, define CS como serviços oficiais do Ministério da Saúde e Assistência, responsáveis pela inclusão e organização das atividades de saúde e assistência, assim como, pela prestação de cuidados médicos de base, de natureza não especializada, com o propósito de garantir a cobertura médico-sanitária da população da sua área geográfica (Decreto-Lei nº 413/71, 1971).

Em 1978, na conferência internacional de Alma-Ata, realizada na Rússia onde participaram 134 países incluindo Portugal, foi proposto como meta atingir um nível de saúde de forma a que todos os indivíduos tivessem uma vida produtiva (Guedes, 2012; Pisco & Pinto, 2020). Acrescentando que esta meta deveria ser materializada através do progresso dos CSP, tornando-se oficial para todos os países pertencentes à Organização Mundial de Saúde (OMS), e ficou célebre pela meta *Saúde para Todos no Ano 2000* (Guedes, 2012; Pisco & Pinto, 2020).

Nesta conferência, define-se assim os CSP como sendo, cuidados essenciais de saúde, apoiados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem alicerçadas e socialmente admissíveis, dispostas ao alcance geral dos indivíduos e famílias da comunidade (Declaração de Alma-Ata, 1978; Guedes, 2012; Pisco & Pinto, 2020). Os CSP devem representar o primeiro nível de contacto dos cidadãos, da família e da comunidade com o SNS e devem regular-se por serem cuidados de proximidade

desenvolvidos nos contextos onde as pessoas vivem, trabalham ou estudam (Declaração de Alma-Ata, 1978; Guedes, 2012; Pisco & Pinto, 2020).

Os CSP devem ser orientados para a resolução das necessidades e problemas de saúde da população, que devem ser tratados a partir de atividades coordenadas de promoção, prevenção, tratamento e participação da comunidade (Nunes & Matos, 2021). Estes cuidados, de acordo com a ERS (2009), pelo seu custo mais baixo e pela maior facilidade com que podem ser facultados, comparativamente aos cuidados de saúde secundários ou hospitalares, se estiverem distribuídos de forma apropriada, constituem o modo mais importante de cuidados de saúde para a manutenção da saúde da população e para a prevenção do desenvolvimento de doenças.

Em 1982, os CS anteriormente criados pelo Decreto-Lei nº 413/71 (1971), foram reformulados com a criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS) pelo Decreto-Lei nº 254/82 (1982), de 29 de junho, que substituíram as antigas Administrações Distritais dos Serviços de Saúde, criadas nos termos do Decreto-Lei nº 488/75 (1975), de 4 de setembro.

A segunda geração de CS teve início em 1983, com o Despacho Normativo nº 97/83 (1983), de 22 de abril, que regulamenta os termos da organização e funcionamento dos CS e recriados pelo Decreto-Lei nº 157/99 (1999), de 10 de maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos CS. Surge então, em 1999, a terceira geração de CS. Segundo o Decreto-Lei nº 157/99 (1999), cada CS dispõe de uma ou mais USF, uma unidade operativa de saúde pública, uma UCC, pode ainda incluir outras unidades funcionais (facultativo), designadamente, uma unidade de meios de diagnóstico e tratamento e de especialidades, uma unidade de internamento e uma unidade básica de urgência. Dispõe ainda, de serviços de apoio administrativo e apoio geral. Previa-se que a implementação deste novo modelo se realizasse em três anos, o que não sucedeu (Guedes, 2012; Pisco & Pinto, 2020).

Em 1993, com a aprovação do estatuto do SNS pelo Decreto-Lei nº 11/93, criaram-se as novas ARS e extinguem-se as de 1982. De acordo com o referido Decreto-Lei, o SNS passa a organizar-se em 5 regiões de saúde e respetivas ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), que por sua vez, se dividem em 18 sub-regiões de saúde, correspondentes às áreas dos distritos do continente e integradas por áreas de saúde (Decreto-Lei nº 11/93, 1993).

Em 2003, o Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril, cria um novo modelo de organização dos CSP, sem implementação efetiva, denominado por rede de prestação de CSP, mais próximo dos cidadãos, das suas famílias e comunidades, concomitantemente mais eficiente, socialmente mais solidário e justo. Esta nova rede de prestação de CSP, para além do seu objetivo específico de providenciar cuidados de saúde abrangentes à população orientados para o cidadão, a sua família e a comunidade em que se insere, deverá também compor-se e assumir-se, e articular-se com os cuidados de saúde secundários e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro primordial na promoção da saúde e na prevenção da doença (Decreto-Lei nº 60/2003, 2003).

Em 2005, são retomados para os CSP os princípios previstos no Decreto-Lei nº 157/99 (1999), através do Decreto-Lei nº 88/2005 (2005), de 3 de junho, atribuindo relevância à reestruturação dos CS, pela proximidade ao cidadão e pelo contributo que dão à melhoria dos níveis de vida aos portugueses, consagrada numa matriz organizativa com base em USF, delineando assim, uma nova forma de organizar a acessibilidade do cidadão à saúde.

Segundo o Decreto-Lei nº 88/2005 (2005), foi também criado um grupo técnico para a reforma dos CSP. Nesse mesmo ano, a Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 (2005), de 12 de outubro, determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários, a *Missão para os Cuidados de Saúde Primários* (MCSP).

Posteriormente, o Despacho Normativo nº 9/2006 (2006), de 16 de fevereiro, regulamenta a implementação das USF, com o objetivo de agilizar o seu funcionamento. Surge depois, o Decreto-Lei nº 298/2007 (2007), de 22 de agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das USF, atualmente, com algumas alterações resultantes do Decreto-Lei nº 73/2017 (2017), de 21 de junho.

Em 2006, a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de outubro, e reformulada pelo Decreto-Lei nº 234/2008 (2008), de 2 de dezembro, consagra no seu artigo 26º, que as sub-regiões de saúde, até 31 de dezembro de 2007, são objeto de extinção progressiva, por diploma próprio. Devido à extinção progressiva das sub-regiões, em 2007, nos termos do disposto no Decreto-Lei nº 222/2007 (2007), de 29 de maio, as ARS adotam um novo modelo, concentrado na simplificação da estrutura orgânica existente e no aumento dos seus poderes, no sentido de uma maior autonomia e de apropriação funcional exigida pela progressiva extinção das sub-regiões de saúde.

O Decreto-Lei nº 28/2008 (2008), estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos ACeS do SNS, integrados nas ARS. Segundo este Diploma, definem-se objetivos e competências para os ACeS e para cada uma das unidades funcionais que passam a integrar os CS. Os ACeS são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, compostos por várias unidades funcionais, que reúnem um ou mais CS (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008). Acrescenta, o referido Decreto-Lei, que faz parte da missão dos ACeS, o desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, de investigação em saúde e de controlo e avaliação dos resultados. Assim como, têm por missão garantir a prestação de CSP aos cidadãos e famílias adstritas à sua área geográfica (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008).

Nos termos do disposto no artigo 7º do Decreto-Lei nº 28/2008 (2008), os ACeS podem abarcar as seguintes unidades funcionais: USF, UCSP, UCC, USP e URAP. Cada ACeS tem somente uma USP e uma URAP e em cada CS integrante de um ACeS funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta.

Portanto, como se pode constatar pela figura 1, em cada ACeS existe uma USP, que funciona como um observatório de saúde da área geodemográfica do ACeS em que se integra e uma URAP, que presta serviços assistenciais e de ajuda técnica à população das USF, UCSP e UCC e que organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares (Mendes et al., 2017). A equipa da USP, é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária, técnicos de saúde ambiental e outros profissionais que possam ser necessários na área da saúde pública. Por sua vez, a equipa da URAP é composta por médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não agregados totalmente a outras unidades funcionais (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008).

Destas unidades funcionais, salienta-se a criação das USF, unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que são formadas por equipas multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo (Decreto-Lei nº 298/2007, 2007). Estas unidades são parte componente do CS, desenvolvendo a sua atividade com autonomia organizativa, funcional e técnica, incluída numa lógica de rede com outras unidades funcionais do CS ou da ULS. Tendo como missão, a prestação de cuidados de saúde personalizados aos cidadãos e famílias adstritas

à sua área geográfica, por forma a garantir a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (Decreto-Lei nº 298/2007, 2007).

As USF podem ser estruturadas em três modelos de desenvolvimento, A, B e C. Nos termos do disposto no nº 1, do anexo, do Despacho nº 24101/2007 (2007), de 22 de outubro, a diferenciação entre os modelos de USF, advém de três dimensões estruturantes: o nível de autonomia organizacional, a distinção do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais, e a forma de financiamento e respetivo estatuto jurídico. Estes 3 modelos adotam diferentes níveis de autonomia, aos quais correspondem diferentes graus de partilha de risco e de compensação retributiva (Despacho nº 24101/2007, 2007). Na atualidade apenas existem USF de modelo A e B.

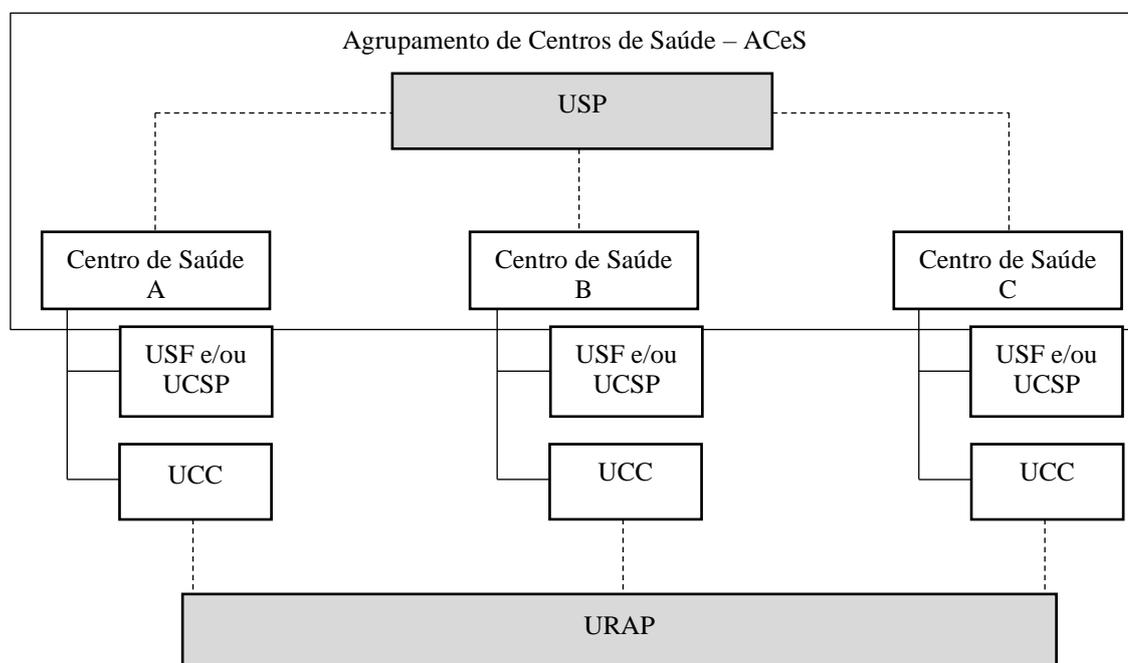


Figura 1 – Organograma dos cuidados de saúde na comunidade. Adaptado de Mendes et al. (2017, p. 842).

A UCSP tem uma estrutura idêntica às USF, equipa multiprofissional de profissionais não integrados em USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008).

Nos termos do disposto no artigo 11º do mesmo Diploma, a UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social do foro domiciliário e comunitário, particularmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que necessite de acompanhamento próximo. É uma unidade

funcional coordenada por um enfermeiro, composta por uma equipa multiprofissional, constituída por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, conforme as necessidades e a disponibilidade de recursos. Atua ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008).

A tabela 1 mostra a evolução do número de USF, UCC e UCSP entre 2011 e 2020. Sendo possível identificar o contínuo aumento do número de novas USF, em 2020, mais 17 USF que em 2019, mais 132 do que no final de 2015 e mais 261 que em 2011, bem como, das UCC que, em 2020, registaram um aumento de 0,8%, face ao ano de 2019 (Ministério da Saúde, 2021). A extração de dados efetuada pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), em novembro de 2021, revela que existem ativas à data, 592 USF, das quais, 298 são do modelo A e 294 do modelo B; 329 UCSP; e 268 UCC (SNS, 2021b).

Tabela 1 – Evolução do número de USF, UCC e UCSP

	Tipo de unidades										Variação 2020/2019	
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Valor	%
Total USF	320	357	394	418	449	479	495	532	564	581	17	3,0%
Modelo A	183	195	213	225	241	246	261	278	290	307	17	5,9%
Modelo B	137	162	181	193	208	233	234	254	274	274	0	0,0%
UCSP	503	470	464	442	419	397	393	376	345	335	-10	-2,9%
UCC	162	209	218	237	243	249	255	263	264	266	2	0,8%

Fonte: Ministério da Saúde (2021, p. 93).

Segundo o Decreto-Lei nº 28/2008 (2008), o ACeS participa, através da UCC, na RNCCI, integrando a equipa coordenadora local. À UCC compete constituir e coordenar a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), prevista no Decreto-Lei nº 101/2006 (2006) (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008). Desta forma, a RNCCI, criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 (2006), é incluída nos CSP através destas equipas domiciliárias, ECCI.

Em 2008, com a reestruturação dos CSP, resultante do Decreto-Lei nº 28/2008, estes cuidados são reconhecidos como o pilar central do sistema de saúde e o primeiro contacto dos cidadãos aos cuidados de saúde, tendo sido fortalecido o seu papel na promoção da

saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços na continuidade de cuidados, através da reforma dos CSP (Mendes et al., 2017).

A reforma dos CSP, com início em 2005, os CS de quinta geração, corresponde ao processo de criação da Missão para os CSP, que assenta numa reorganização funcional destes cuidados de saúde, extinguindo as sub-regiões de saúde, que até aqui estabeleciam a ponte entre os CS e as ARS, com funções essencialmente administrativas. Surgem assim, os ACeS e a reorganização dos antigos CS em USF, em que estas, assumem um papel de destaque (Gava & Dias, 2018; Lapão & Pisco, 2019). Esta reforma, tem ainda, como princípios fundamentais, assegurar a acessibilidade a todos os portugueses aos cuidados de saúde e a atribuição de um médico de família a todos os cidadãos (Lapão & Pisco, 2019; Mendes et al., 2017). Deste modo, este modelo de prestação de cuidados permite manter uma relação de maior proximidade com os cidadãos, através do contacto constante e personalizado.

Com esta reforma moderna e inovadora, o país promove importantes investimentos económicos e técnicos na procura por garantir melhores CSP para sua população (Gava & Dias, 2018). Preserva o essencial que já estava imbuído na cultura e na sociedade portuguesa, e aprimora o que havia a melhorar num sistema que tem dado muito bons resultados, mas que estava estagnado (Biscaia & Heleno, 2017). Esta reforma reorienta o plano assistencial de saúde, com o fortalecimento das ações de promoção e prevenção (Gava & Dias, 2018).

Moderna, porque se alia à tecnologia, à informatização completa, ao trabalho em rede, permanentemente ligados entre unidades e a população (Biscaia & Heleno, 2017). Inovadora, especialmente para um sistema público, porque fratura com o modelo vertical e hierarquizado habitual e aposta em equipas com organização própria e auto-selecionadas, com autonomia funcional e responsabilização, que podem focar-se nos cidadãos e comunidades que servem e concentra-se nas suas atividades fulcrais (Biscaia & Heleno, 2017).

A reforma de que têm sido alvo os CSP, tem implicado uma reorganização muito significativa, com ganhos evidentes na melhoria da sua qualidade, acesso, efetividade, eficiência e equidade (Ministério da Saúde, 2018).

Os CSP estão hoje mais próximos e resolutivos. Todas as mudanças efetuadas nos últimos anos colaboraram indubitavelmente para a melhoria da prestação dos CSP, com ganhos

significativos ao nível do acesso e da qualidade (Ministério da Saúde, 2018). Os CSP incluem a promoção da saúde, a prevenção e a gestão da doença, particularmente as crónicas e a referenciação de utentes para outros níveis de cuidados sobretudo para os hospitais, sempre que necessário (Lapão & Pisco, 2019).

Ao longo dos últimos anos, a cobertura de utentes com médico de família atribuído tem evoluído de forma muito positiva. Em 2017, é observável o aumento do número de portugueses com médico de família, 93%, resultado do esforço e expansão da rede de CSP. Portugal, nunca registou um tão elevado número de médicos de família, mais de 5.800, em 2017 (Ministério da Saúde, 2018).

Em 2018, a percentagem de população inscrita no SNS com médico de família atribuído (9.478.480 utentes), mantém-se nos correspondentes 93%, dos utentes inscritos nos CSP (Ministério da Saúde, 2019). Em linha com o ano anterior, em 2019 atingiu-se os 92,7% (9.551.178 utentes) (Ministério da Saúde, 2020). Em 2020, 91,6% da população inscrita no SNS tinha médico de família atribuído, o que corresponde 9.449.263 utentes inscritos nos CSP, verificando-se um decréscimo de cerca de 1 ponto percentual face a 2019 (Ministério da Saúde, 2021).

Constata-se que a relação entre os utentes com médico de família atribuído e a população residente no continente ascende a 96,9% em 2018, a 97,5% em 2019 e a 96,4% em 2020 (Ministério da Saúde, 2019, 2020, 2021). Acrescenta ainda, o referido ministério, que a diferença entre a população inscrita nos CSP e a população residente poderá dever-se a fatores como, a manutenção da inscrição ativa no SNS, por parte dos cidadãos nacionais residentes no estrangeiro, ou estrangeiros em estadias transitórias (Ministério da Saúde, 2019, 2020, 2021).

O número de consultas médicas é superior a 30 milhões por ano, com um acréscimo em 2019 de 1,2% face a 2018. Por sua vez, as consultas não presenciais têm aumentado, de 8.946 em 2018 para 9.241 em 2019, devido à introdução de novos sistemas de informação e à desmaterialização de processos, tais como a prescrição eletrónica de medicamentos ou a telessaúde. Sucedendo o mesmo com as consultas de enfermagem que passaram das 19.108 em 2018 para as 19.286 em 2019 e os domicílios médicos com um aumento de 2,2% em 2019 face a 2018, resultado da disponibilização de respostas de proximidade por parte do SNS (Ministério da Saúde, 2018, 2019, 2020).

Portugal sendo visto como um país com uma boa organização de saúde pública, segundo *standards* internacionais terá sofrido algum recuo de acordo com indicadores conhecidos e estando em curso uma reforma dos CSP, será importante maximizar os recursos e valorizar as pessoas de forma a conseguir-se ganhos em saúde (Cunha et al., 2019).

Quarenta anos após a histórica Declaração de Alma-Ata, que identificou os CSP como a chave para a saúde para todos, em Astana em 2018 assinou-se uma nova declaração para revitalizar os CSP para o século XXI. Metade da população mundial ainda não tem acesso a serviços essenciais de saúde. Isso significa que continua a ser necessário um fortalecimento e investimento nos CSP como a base da cobertura universal de saúde, mas também para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Pisco, 2018).

1.1.2 – O enfermeiro nos cuidados de saúde primários

A reforma dos CSP em Portugal, iniciada em 2005, com a estratégia de reconfiguração e reestruturação dos CS e a implementação das USF, dando-lhes particular destaque, considera também o enfermeiro como um elemento central das equipas multiprofissionais. A regulamentação das USF suporta como conceito organizativo o modelo de enfermeiro de família prestando cuidados de saúde individuais e familiares (Decreto-Lei n° 298/2007, 2007; Despacho Normativo n° 9/2006, 2006). Nas UCSP prestam cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Nas UCC os enfermeiros prestam cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, assumindo como unidade de contexto a própria comunidade (Decreto-Lei n° 28/2008, 2008). Refira-se ainda, que as UCC integram a RNCCI, através da equipa coordenadora local, coordenada por enfermeiro.

A relevância da enfermagem nos CSP para a promoção da saúde e prevenção da doença tem conduzido os sistemas de saúde de vários países europeus a criar a figura do enfermeiro de família (Ministério da Saúde, 2018). Em 2019, 85,6% dos utentes inscritos nos CSP tinham um enfermeiro de família atribuído (Ministério da Saúde, 2020). No final de 2020, 86,3% dos utentes inscritos nos CSP tinham um enfermeiro de família atribuído, verificando-se um crescimento de 0,7 pontos percentuais face a 2019 (Ministério da Saúde, 2021).

O enfermeiro de família deve estar munido de características como liderança, bom relacionamento, comprometimento e postura ética, particularidades imprescindíveis nas suas práticas multidimensionais do cuidado (Pedraza et al., 2018). Estes autores também defendem, que a atualização dos conhecimentos por parte dos enfermeiros melhora o atendimento e qualidade da prática no cuidado à família, e o relacionamento nas equipas (Pedraza et al., 2018). O envolvimento ativo dos utentes e das famílias no processo de cuidar e na tomada de decisão, contribui para responder às suas necessidades tendo em conta as suas escolhas (Kahl et al., 2019). Segundo estes autores, o vínculo criado entre enfermeiro e utente pode prevenir complicações e promove a saúde, facilitando igualmente as práticas de educação para a saúde ao utente/familiar e comunidade (Kahl et al., 2019).

É importante adotar a *classificação internacional para a prática de enfermagem* (CIPE) na plataforma eletrónica dos serviços de saúde pois, mostra ser uma estratégia com resultados positivos no fortalecimento da prática clínica do enfermeiro e subsequentemente contribui para maior qualidade no cuidado à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (Kahl et al., 2019).

Nos CSP, o trabalho do enfermeiro inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados de bem-estar. Procura-se que seja o ponto de encontro para os cuidados e a gestão da doença, ao longo do ciclo da vida. O enfermeiro nos CSP procura potencializar a saúde do indivíduo no contexto familiar, sendo um dinamizador da união entre a família, outros profissionais e os recursos da comunidade (Mendes et al., 2017).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 367/2015 de 29 de junho, 2015), o enfermeiro de família garante o acompanhamento especializado à família, enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital. Emprega um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar para interagir com as famílias; analisa as famílias para identificar os problemas; formula diagnósticos de enfermagem, de prognósticos, de objetivos; e o planeamento da intervenção (Regulamento nº 367/2015, 2015).

De acordo com o Regulamento nº 428/2018 (2018), de 16 de julho, o foco do enfermeiro de família está nas vivências e relações familiares do utente, bem como no relacionamento dos diferentes subsistemas com a família e com o meio envolvente, que geram mudanças nos processos familiares e na interação destas com a comunidade. O enfermeiro deverá

ter uma participação ativa, na capacitação dos utentes e familiares e nas intervenções com o objetivo principal de reduzir a sobrecarga na família e comunidade (Alves et al., 2018).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 428/2018, 2018) é imprescindível envolver a família no seu próprio cuidado, promovendo uma participação ativa no mesmo. Por vezes esta participação está condicionada pelos conhecimentos que possui, torna-se assim essencial incrementar as suas competências de literacia em saúde. Mediante este incremento de literacia, para além da competência na prestação de cuidados, a família poderá passar a procurar os serviços de saúde de uma forma consciente e mais responsável, e assumir a responsabilidade pela manutenção e promoção da saúde de cada um dos seus membros (Regulamento nº 428/2018, 2018).

A literacia em saúde é a capacidade de aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde através do conhecimento, motivação e competências inerentes a cada indivíduo. Ela está relacionada a ações no âmbito dos cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde. A literacia em saúde permite que a pessoa seja capaz de manter ou melhorar a sua qualidade de vida durante todo o ciclo vital (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019a, 2019b).

Segundo Pedro et al. (2016), os baixos níveis de literacia em saúde conduzem a muitos custos efetivos para os sistemas de saúde, colocando em causa se as políticas de saúde empregues serão as mais apropriadas à pessoa que o sistema serve.

1.2 – CUIDADOS DE SAÚDE SECUNDÁRIOS

Os cuidados de saúde secundários agregam os serviços de saúde que visam garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população de determinado território geográfico, como anteriormente mencionado, quer nas consultas externas de especialidade, intervenções cirúrgicas, em internamentos e SU realizados em hospitais, centros hospitalares e ULS (ERS, 2011).

Nos termos do disposto no artigo 2º da Lei nº 27/2002 (2002), que define a natureza jurídica dos hospitais integrados na Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, existe a possibilidade de quatro tipos diferentes de hospitais públicos, em função do modelo de gestão adotado (ERS, 2011).

Reconhece-se assim, os hospitais integrados no setor público administrativo (SPA), como instituições públicas, munidas de personalidade jurídica, autonomia administrativa e

financeira, com ou sem autonomia patrimonial. Os hospitais entidades públicas empresariais (EPE), como instituições públicas, munidas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial. Os hospitais sociedade anónima (SA), como sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos e os hospitais em regime de parcerias público-privadas (PPP), como instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, com os quais, sejam realizados contratos (ERS, 2011; Lei nº 27/2002, 2002).

Os centros hospitalares, são formas de articulação entre diversas unidades de saúde hospitalares que apresentam características complementares e as ULS, que são modelos inovadores de organização dos serviços prestadores de CSP e hospitalares (ERS, 2011).

1.2.1 – Serviço de urgência

O SU em Portugal toma esta designação ao inverso do que se passa em países anglo-saxónicos, em que este tipo de serviço é chamado de serviço de emergência. No âmbito da terminologia portuguesa é percecionado que o conceito de Urgência engloba o de Emergência, ou seja, todas as situações de emergência são urgentes, sendo que o contrário não é verdadeiro. Assim sendo é necessário definir os termos emergência e urgência, no âmbito da saúde.

A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (CRRNEU, 2012) distingue estes dois conceitos, definindo como urgência uma situação clínica que requiere uma intervenção de avaliação e/ou correção num curto espaço de tempo (curativa ou paliativa), e por emergência uma situação onde há risco de perda de vida ou de função orgânica, precisando de intervenção num curto espaço de tempo.

Importa também conhecer e interiorizar qual a missão dos SU. Estes têm como finalidade abordar todas as situações de emergência e urgência médicas onde há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais (Despacho Normativo nº 11/2002 de 6 de março, 2002). Deste modo, o Despacho nº 10319/2014 (2014), de 11 de agosto define que o SU tem como missão o atendimento e o tratamento de situações urgentes.

Outras situações, as não urgentes, são orientadas para as restantes estruturas do SNS, isto é, CSP e consulta externa dos hospitais. Porém, nem todos os SU dos hospitais nacionais têm as mesmas particularidades ou capacidade. Na requalificação dos SU, estruturada pelo Despacho nº 10319/2014 (2014), conforme artigo 2º, a rede de SU inclui por ordem

crescente de recursos e de capacidade de resposta, os seguintes níveis de resposta: Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

O Despacho nº 10319/2014 (2014), artigo 3º define que os SUB são o primeiro nível de acolhimento a situações mais simples e mais comuns de urgência, de maior proximidade das populações.

O mesmo Despacho no seu artigo 4º elucida SUMC, como sendo, o segundo nível de acolhimento das situações de urgência. Existe como forma de apoio diferenciado à rede de SUB e de referência para SUP das situações que exijam cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SMUC (Despacho nº 10319/2014, 2014).

Nos termos do disposto no artigo 5º do Despacho nº 10319/2014 (2014), o SUP é o nível mais diferenciado que dá resposta às situações de urgência e emergência. Este SU possui uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, deve desenvolver ensino em matérias de urgência/emergência e possuir um centro de formação acreditado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), assim como, devem existir SUP dedicados ao doente politraumatizado, designados por Centro de Trauma (Despacho nº 10319/2014, 2014).

Ao longo do tempo, o SU tem sido a principal porta de entrada do cidadão no sistema de saúde, criando muitas vezes a sobrelotação nas unidades, conduzindo a uma necessidade de reestruturar estes serviços, com o propósito de estabelecer critérios onde o utente não sofra prejuízos resultantes do tempo de espera (Guedes et al., 2014). Foi sendo assumido que não era possível disponibilizar tudo a todos.

O excesso de procura, e a incapacidade consistente de responder atempadamente e com segurança às necessidades dos cidadãos, levou a que se ponderasse aplicar um tipo de modelo de hierarquização de atendimento. No âmbito do SU deveria ser privilegiado, quem clínica e manifestamente mais precisava.

Assim sendo, a implementação de um processo de triagem surge como crucial para garantir a boa gestão do SU hospitalar com grande afluxo de utentes, onde utentes com problemas de saúde menos complexos, se misturam com utentes com situações clínicas de grande urgência. O sistema de triagem surgiu para fazer face a este problema.

Em Portugal, foi adotado o Sistema de Triagem de *Manchester*, que foi inserido no Reino Unido em 1996 e desenvolvido por um grupo de especialistas em cuidados de urgência (Santos et al., 2013). Este sistema, surgiu da necessidade de garantir um atendimento no SU através de critérios, onde os utentes são priorizados em função da gravidade da sua situação clínica e não da ordem de chegada (Catarino, 2017). Este sistema de triagem é utilizado em SU de vários países, incluindo Portugal, desde 2000 (Santos et al., 2013). Este sistema encontra-se em prática na maioria dos SU dos hospitais do SNS, sendo aplicado por enfermeiros, embora também possa ser aplicado, por médicos (DGS, 2018). Na tabela 2 apresentam-se as cores resultantes do fluxograma (5 prioridades clínicas), a caracterização da situação a que se refere cada cor, assim como, o tempo recomendado ou tempo-alvo/expectável de espera entre a triagem e o atendimento. Não são mencionados na referida tabela, mas estão previstas no Sistema de Triagem de *Manchester*, outras situações que não são situações potenciais de urgência, isto é, as situações dos utentes que dão entrada no SU e que são triados com cor branca/“pulseira branca”. Refere-se que estas situações são, entre outras, a consulta programada numa especialidade médica, utentes com a indicação do médico do CS e com conhecimento do médico do SU (Gomes, 2014).

Tabela 2 – Sistema de Triagem de *Manchester*: cores (prioridade clínica), caracterização da situação e tempo recomendado/tempo-alvo/tempo de espera (esperado)

Cor (prioridade clínica)	Caracterização da situação	Tempo recomendado ou Tempo-alvo ou Tempo de espera (esperado)
Vermelho	Emergência	0 minutos (imediato)
Laranja	Muito Urgente	Até 10 minutos (atendimento praticamente imediato)
Amarelo	Urgente	Até 60 minutos (atendimento rápido, mas podem aguardar)
Verde	Pouco Urgente	Até 120 minutos (podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde)
Azul	Não Urgente	Até 240 minutos (podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde)

Fonte: adaptado de Grupo Português de Triagem (2021).

1.2.2 – O recurso ao serviço de urgência por utentes não urgentes

Os hospitais são um elo forte da cadeia do SNS, importantes para os cidadãos. Apresentam-se como sistemas complexos, cujas variadas áreas de atuação estão distribuídas por especialidades médicas e estão providos de equipamentos tecnológicos para a resolução dos problemas de saúde dos utentes (Vieira, 2016). O SU oferece um atendimento mais diferenciado, imediato 24h por dia, para a maioria das especialidades (World Health Organization [WHO], 2018).

O recurso às urgências hospitalares em Portugal continua a ser elevado, mas com valores muito idênticos ao longo dos anos, apesar de um acréscimo significativo a partir de 2016. Em 2013, o número de admissões no SU foi de 686,7 por mil habitantes, em 2014 registaram-se 698,3 admissões por mil habitantes, em 2015 verificaram-se 708,6 admissões por mil habitantes, em 2016 existiram 749,3 admissões por mil habitantes, em 2017 ocorreram 741,9 admissões por mil habitantes, em 2018, registaram-se, 761,6 admissões por mil habitantes e em 2019, valor provisório, 792,8 admissões por mil habitantes (PORDATA, 2021b).

Em 2019, segundo os dados extraídos do INE (2021b) foram realizados 8,2 milhões de atendimentos nos SU dos hospitais, o que representa um acréscimo de 322,7 mil atendimentos em relação a 2018 (mais 4,1%) e um aumento de 654,3 mil atendimentos em relação a 2009 (mais 8,7%). Em 2018, a procura dos SU foi de 7,8 milhões de atendimentos, mais 2,5% que em 2017 e mais 5,8% que em 2008 (INE, 2020). Segundo dados do INE (2020) pode constatar-se que, em 2018, a doença em Portugal representou cerca de 82,4% das visitas aos SU.

A procura do SU não está bem investigada quanto aos seus motivos, mas aponta-se algumas razões que poderão contribuir para esta procura, nomeadamente: a existência de utentes sem médico de família, a falta de acesso ao médico de família em tempo adequado, particularmente nas UCSP, que ainda não passaram pelos efeitos da reforma dos CSP, mas também a utilização dos SU como consultas de conveniência, numa altura em que as pessoas tentam não faltar ao trabalho (Campos, 2014).

Um elevado número de atendimentos nos SU verifica-se nas regiões geográficas abrangidas por UCSP, onde a proporção anual do número de episódios nos SU é superior quando comparado com as USF. As regiões abrangidas pelas UCSP, contêm uma proporção significativamente maior de idosos, de mortalidade (por diabetes, doenças do

sistema circulatório e doenças do sistema respiratório) e um nível considerável inferior de educação, de rendimentos e de poder de compra, relativamente à população residente na área de influência das USF (Pestana et al., 2019).

Entre as razões que levam os utentes a escolher os SU, as mais comuns podem ser reunidas em dois grupos, fatores institucionais e de gestão de utentes, que incluem as restrições e a gestão (disponibilidade de fontes alternativas de atendimento), do lado da oferta, e, também, as perceções do utente (preferências, necessidades de saúde ou particularidades socioeconómicas), no lado da procura (Botelho et al., 2019).

Em Portugal, num estudo que procurou confrontar a perceção e a real gravidade do estado de saúde da pessoa e qual o seu impacto no uso menos correto dos serviços de SU, 50% dos entrevistados ponderaram o nível de gravidade do seu problema de saúde acima do nível real (Botelho et al., 2019).

Coster et al. (2017) identificaram 6 motivos para os utentes procurarem os SU: acesso insuficiente e pouca confiança nos CSP, conveniência, influência de familiares e amigos na procura deste serviço, perceção da gravidade da doença, fatores pessoais, e apreciação de que o hospital dispõe de meios complementares de diagnóstico e terapêutica necessários.

A afluência excessiva ao SU é uma questão que transporta preocupações a nível económico. Concorre para este fato, a mentalidade e a crença dos portugueses que acreditam que este serviço oferece melhores cuidados de saúde, mais facilidades de acesso aos cuidados especializados e dispõe de mais recursos (Gomes, 2014).

Por sua vez, o funcionamento 24 horas por dia, a proximidade que muitas vezes tem com grandes áreas de residência, o fato de assegurar cuidados a utentes sem acesso a outras redes de cuidados de saúde, e, concomitantemente, a falta de confiança nos CSP, as altas hospitalares prematuras, a descontinuidade de cuidados, torna o serviço mais exposto a uma utilização abusiva (Gomes, 2014; Novo, 2010; Oliveira, 2006).

A oferta de meios, incluindo medicamentos, exames laboratoriais e radiografias, acesso a instalações técnicas e a oportunidade de realizar exames especializados num único local, são também considerados como motivos para os utentes recorrerem aos SU (Botelho et al., 2019; Campos, 2014).

As vantagens são visíveis: estão abertos 24h por dia, têm especialistas na hora, têm exames complementares de diagnóstico e, muitas vezes, até estão próximos do cidadão, e possuem uma localização central (Botelho et al., 2019; Campos, 2014).

Em 2016, houve uma revisão das taxas moderadoras, verificando-se um aumento de utentes isentos, podendo justificar uma utilização não correta dos SU e um incremento da sua procura (Ministério da Saúde, 2018). Segundo dados da ACSS em 2019 mais de 6 milhões de portugueses estavam isentos de taxa moderadora, o que representa 60% da população portuguesa (SNS, 2021c).

Convém identificar dois perfis de utilização do SU, considerados como inapropriados. Os utentes que recorrem ao SU por episódios não urgentes e os utentes que se deslocam excessivamente a estes serviços. Estes últimos, designam-se por hiperutilizadores e caracterizam-se por recorrer 4 ou mais vezes aos SU, por ano (Catarino, 2017).

Os hiperutilizadores fazem parte substancial dos utentes utilizadores do SU e não se conhece o impacto sobre o sistema de saúde. São parte substancial dos SU e consomem mais cuidados do que os outros utilizadores destes serviços, uma vez que apresentam mais comorbilidades. Consequentemente, este tipo de utilizadores origina consequências graves para o normal funcionamento dos SU (Catarino, 2017).

A sobrelotação do SU é um problema global inquietante e foi reconhecida como uma crise nacional em alguns países (Yarmohammadian et al., 2017). Sendo inclusivamente “descrita como um problema de saúde pública pelo impacto na degradação da qualidade dos cuidados de saúde (prolongados tempos de espera, atrasos no diagnóstico e tratamento, atrasos no tratamento de pacientes graves), e pelo aumento dos custos (exames e tratamentos desnecessários) e insatisfação dos pacientes” (Dixe et al., 2018, p. 42).

O impacto negativo da qualidade do serviço será sentido, tanto pelos utilizadores que se deslocam às urgências e que carecem efetivamente de cuidados de urgência, como pelos utilizadores que recorrem inadequadamente ao SU.

Segundo a DGS (2001), estes utentes que recorrem inadequadamente ao SU, recebem um atendimento inadequado ao esperado por uma maior dificuldade no controlo das doenças crónicas, por uma abordagem global do utente limitada, por uma não resolução do problema efetivo uma vez que se procura resolver a situação aguda, por impossibilidade

dos profissionais de saúde de seguirem e avaliarem as suas intervenções com o utente, e por dificuldade em abordar o doente com multipatologia.

Segundo Barros et al. (2015), a procura excessiva dos SU conduz ao aumento dos tempos de espera, à falta de espaço físico, à sobrecarga dos próprios profissionais de saúde, à diminuição da qualidade na prestação de cuidados de saúde e a um aumento dos custos.

A sobrelotação do SU pode ser definida como uma situação em que as necessidades do SU excedem os recursos disponíveis, surge quando há mais utentes que camas e os tempos de espera ultrapassam um período de tempo aceitável (Yarmohammadian et al., 2017).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em 2017 mostra num estudo publicado sobre desperdício da saúde nos países membros que, em Portugal, 20% das visitas ao SU não são coerentes com a missão dos SU, conduzindo a indicadores insatisfatórios em relação à utilização dos SU (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2017).

Van den Heede e Van de Voorde (2016) estudaram a sobrelotação do SU, analisaram diversas estratégias e políticas utilizadas em países desenvolvidos, para resolver este problema. As estratégias indicadas foram melhorar os CSP, determinar os cuidados pré-hospitalares (com uso de chamadas telefónicas), coordenação, suporte e formação para a autogestão e barreiras condicionantes no acesso aos SU.

Contudo, estes autores revelam que, apesar dos contributos dos diversos estudos que apontavam estratégias para reduzir a utilização do SU, continua a verificar-se um uso excessivo dos SU, fazendo mesmo menção a uma situação abusiva dos SU (Van den Heede & Van de Voorde, 2016).

Lobachova et al. (2014) estudaram as perspetivas dos utentes relativamente ao porquê da utilização do SU. Neste estudo, “os autores concluíram que a globalidade dos utentes que recorria ao SU acredita que a sua situação de saúde é grave, enquanto quase metade dos inquiridos recorre a este serviço a conselho de terceiros, inclusive de um profissional de saúde” (como citado em Brazão et al., 2016, p. 10). “Os profissionais dos CSP concordam que a razão mais frequente para os seus utentes recorrerem ao SU é terem a sensação de que estão demasiado doentes para serem vistos nos CSP” (Lobachova et al., 2014, como citado em Brazão et al., 2016, p. 10).

No estudo de Dixe et al. (2018), com utentes que procuraram o SU de um centro hospitalar português e que foram triados como pouco urgente ou não urgente na triagem de *Manchester*, a maioria destes utentes procuraram o SU por iniciativa própria, sendo que apenas 18,3% recorreram previamente aos CSP.

Este fenómeno social destabiliza o sistema de saúde pois a procura ultrapassa, em muito, a oferta. O custo é totalmente desigual entre um episódio de urgência, num SU e uma consulta programada, sendo que o primeiro tem custos funcionais muito superiores (Morais, 2016; Novo, 2010). De acordo com o relatório da CRRNEU (2012), a maioria dos profissionais de saúde acredita que quanto melhor for a relação entre os SU e os CSP, menor será a utilização do SU.

Existem diversos estudos realizados acerca desta temática, referentes a vários países, que incluem uma série de realidades distintas. Deste modo, Novo (2010) no seu estudo analisou 3 estudos realizados em Espanha, França e Itália. Existe, também, o estudo de Carret et al. (2009) que analisaram 8 estudos de países europeus, realizados em Espanha, Itália, Portugal, Reino Unido e Turquia. Analisando todos os estudos pode verificar-se que apesar das realidades em termos de sistemas de saúde serem completamente diferentes, foram encontradas muitas semelhanças com Portugal e outros países europeus, no que toca ao sobreuso dos SU. Na maioria destes estudos é defendido que, só com a responsabilização e consciencialização dos utentes, em termos do quanto custa um episódio de urgência e quando devem recorrer aos SU, se poderá combater este fenómeno.

Uma das razões apontadas pela sobrelotação do SU é o seu uso por utentes com doença aguda não urgente. Importa clarificar doença aguda não urgente. “A doença aguda é uma situação clínica que se apresenta de forma súbita ou em curto espaço de tempo e que pode ser emergente, urgente ou não urgente” (Campos, 2014, p. 8). A situação clínica não urgente, “não necessita de intervenção médica num curto espaço de tempo e, como tal, não necessita de ser abordada em SU” (Campos, 2014, p. 8).

Na realidade portuguesa, segundo a CRRNEU (2012), dados recolhidos em 2010, apenas 54% dos casos atendidos foram classificados como urgentes, muito urgentes ou emergentes. Segundo a comissão anteriormente referida, a população portuguesa criou certas expectativas e comportamentos face aos SU, que assentam em princípios e valores de segurança, bem-estar, disponibilidade, acessibilidade e atenção imediata.

Outro indicador que traduz o recurso excessivo às urgências é a percentagem de casos pouco urgentes ou não urgentes (cores verdes, azuis do sistema de triagem de *Manchester*), que no primeiro semestre de 2014, foi de 41,8% (Campos, 2014).

Contudo, o facto de o recurso ao SU manter uma permanência evidente, não significa que este é feito de forma correta. De acordo com a monitorização do SNS, a nível nacional, 40,6% das admissões do ano de 2015, dizem respeito a utentes com prioridade verde, azul ou branca, ou seja, utentes não urgentes. Valor que apresenta uma grande variação regional, ao nível da ARS do Centro regista-se, em 2015, uma percentagem de 34%, enquanto a ARS de Lisboa e Vale do Tejo regista 47,3% de admissões de utentes não urgentes (Catarino, 2017).

Uma consulta aos dados disponíveis no portal do SNS, *benchmarking* hospitais, no ano de 2019 relativa aos números das urgências por triagem e que indica o grau de prioridade clínica, mostra que os atendimentos que receberam pulseira verde, azul ou branca, sendo considerados pouco ou não urgentes, representam cerca de 41,8% do total dos 6,4 milhões (6.425.560) de atendimentos em SU em Portugal (Administração Central do Sistema de Saúde, IP [ACSS], 2021).

Facilmente se entende que estes utentes não urgentes, que esperam e são atendidos nos mesmos locais que utentes urgentes, poderiam ser encaminhados para outros serviços de saúde, como os CSP. Libertando os recursos do SU médico-cirúrgica ou polivalente para utentes em situação clínica urgente. Esta indevida utilização do SU, como já referido anteriormente, acarreta custos e diminui a eficácia da resposta àqueles que mais precisam.

Apesar de o conceito de urgência se referir a situações que necessitem de ser avaliadas num curto espaço de tempo, através dos dados referidos, é perceptível que grande parte dos utilizadores do SU, siga um perfil de utilização não coerente com a própria definição do serviço, ou seja, que o recurso ao SU é excessivo e procurado, basicamente, por utentes não urgentes (Catarino, 2017).

Recentemente têm sido atribuídas noções que assentam na prioridade atribuída na triagem de *Manchester* (Dixe et al., 2018) e será essa a utilizada neste estudo, uma vez que também é a utilizada pelo SNS.

Perante a identificação do discriminador selecionado determina-se a prioridade clínica como já mencionado anteriormente. Sendo assim, os utentes não urgentes que recorrem ao SU, serão aqueles triados com a prioridade clínica verde ou azul.

1.2.3 – Estado da arte

Tendo em conta o mencionado anteriormente realça-se um projeto desenvolvido pelos CSP, em parceria com um hospital em Portugal, que teve como resultados efetivos uma redução do número nas idas ao SU de um hospital e a um SUB.

Na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), o gestor de caso de doentes crónicos, complexos e com multimorbilidades é um enfermeiro de CSP. Esta ULS sentiu necessidade de alterar o atual padrão de cuidados. Em 2017 iniciou-se sob a forma de projeto-piloto, o *Programa de Gestão de Caso para Doentes Crónicos com Multimorbilidade*, envolvendo os serviços de Medicina e de Urgência do Hospital do Litoral Alentejano e os centros de saúde de Santiago do Cacém e de Odemira, a que foi adicionado, em 2018, o Centro de Saúde de Sines (Mendonça et al., 2019).

O projeto conta com enfermeiros de CSP e do hospital, internistas, médicos de Medicina Geral e Familiar e técnicos de Serviço Social, existindo, neste momento, quatro equipas de gestão de caso, uma hospitalar e as restantes nos CSP.

Identificaram um grupo de usuários frequentes do SU que eram respetivamente utentes crónicos, complexos, com multimorbilidades, polimedicados, que representavam 12% dos utilizadores, o que correspondia a 36% de todos os episódios na urgência num ano. Os utentes selecionados têm de ser adultos, com 4 ou mais episódios no SU da ULSLA ou ter 2 ou mais internamentos no ano anterior, 2 ou mais comorbilidades e com 6 ou mais medicamentos prescritos.

“Ficam excluídas pessoas em fim de vida, quem necessite de cuidados paliativos, quem tem apoio da rede nacional de cuidados continuados integrados, residentes em instituições particulares/ERPI e quem não aceite esta forma de assistência” (Mendonça et al., 2019, p. 1).

O enfermeiro gestor coordena os vários recursos, mas dando especial enfoque à capacitação dos doentes e dos seus familiares. “Os estudos indicam que, no internamento ou na consulta, as pessoas apreendem pouca informação, daí que a aposta na literacia em saúde aconteça no domicílio, de forma mais personalizada” (Mendonça et al., 2019, p. 2).

“Os utentes/familiares são estimulados e capacitados a aderir a um plano de ação personalizado para cada um, na base de uma participação ativa e dinâmica, baseado na comunidade e verdadeiramente adaptado às suas necessidades e problemas e não exclusivamente às suas doenças. São eles que estão no centro dos cuidados de saúde e sociais” (Mendonça et al., 2019, p. 2).

Nas visitas domiciliárias, os profissionais de saúde contam também com a ajuda das novas tecnologias. Têm utentes telemonitorizados. Os profissionais têm um telemóvel de serviço, um computador portátil com uma rede privada *virtual/private network* (VPN), para acederem, no domicílio, ao registo clínico eletrónico, permitindo uma visão integrada e facilitando os registos *in loco*.

Durante o acompanhamento destas pessoas os profissionais de saúde contam também com um suporte social comunitário adequado, exemplo disso, em Odemira “...o programa ‘Viver Ativo’, para promover o envelhecimento saudável; com o Cartão Abem – Rede Solidária de Medicamento; e com o ‘Cui (dar) + - Gabinete do Cuidador’, que dá apoio psicológico aos familiares” (Mendonça et al., 2019, p. 1).

Ao fim de 2 anos e meio, e ultrapassada a fase piloto, o projeto tem permitido diminuir as idas às urgências e os custos. Verificou-se uma redução de 61% nas idas ao SU do hospital do Litoral Alentejano e de 66% do SUB de Odemira. Com a implementação do programa, a ULSLA conseguiu uma poupança anual correspondente a um total de aproximadamente 170 mil euros (Mendonça et al., 2019).

PARTE II
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 – METODOLOGIA

Para serem obtidos conhecimentos válidos é importante determinar os pressupostos que melhor se adaptam ao estudo que se pretende efetuar, de modo a garantir a sua viabilidade científica. Procura-se estudar um fenómeno em que se pretende analisar as estratégias para prevenir a utilização do SU por utentes não urgentes, sob a perspetiva dos enfermeiros de CSP, tendo como objetivo obter informações relevantes sobre o mesmo. Nesta secção apresentam-se os pressupostos que nortearam o desenho do estudo desta investigação.

1.1 – TIPO DE ESTUDO

Tendo em conta a questão de investigação, optou-se por um tipo de investigação qualitativa, descritiva, exploratória e de natureza transversal. Como salienta Azeredo (2019), a investigação qualitativa é indutiva e descritiva, compreende uma visão holística do fenómeno, integrando os indivíduos no seu ambiente, sendo por isso, difícil a generalização de dados. Pelo facto de se querer identificar as estratégias dos enfermeiros de CSP promotoras da utilização adequada do SU por utentes não urgentes, considerou-se importante ouvir estes atores sociais, pois como defendem Streubert e Carpenter (2013), a participação ativa dos indivíduos nas ações sociais leva a que estes detenham um conhecimento profundo dos fenómenos.

Trata-se de um estudo descritivo, pois pretende-se descrever o fenómeno de interesse. É exploratório na medida em que se investiga um fenómeno pouco compreendido (Dias & Gama, 2019). A recolha de informação é feita num único momento, daí ser um estudo transversal.

1.2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

A problemática a ser estudada baseou-se na observação durante a prática clínica da investigadora e na constatação de que este era um problema da instituição onde exerce a sua atividade profissional. A sobrelotação e o uso excessivo do SU têm sido alvo de diversos estudos, neste sentido, Catarino (2017) refere que o recurso ao SU é excessivo e

procurado, basicamente, por utentes não urgentes. Partindo destas evidências definiu-se como questão de investigação:

“Que estratégias os enfermeiros de CSP consideram importantes para prevenir a utilização do SU por utentes não urgentes?”

Depois de elaborada a questão de investigação definiu-se como objetivos do estudo:

- identificar as estratégias que os enfermeiros de CSP consideram importantes para prevenir a utilização do SU por utentes não urgentes;
- identificar as razões percebidas pelos enfermeiros de CSP sobre o recurso ao SU por utentes não urgentes;
- identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de CSP na identificação dos utentes que recorrem frequentemente ao SU em situação não urgente.

1.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população selecionada para este estudo são os enfermeiros de CSP, de uma área geográfica, da região centro de Portugal.

Na impossibilidade de se aceder a todos os enfermeiros de CSP da zona centro utilizar-se-á a amostragem de meio para a construção da amostra. Segundo Poupart et al. (2014), a amostragem de meio utiliza-se quando se pretende escolher um meio como universo de análise, neste caso, a área geográfica de uma cidade da zona centro. Na pesquisa qualitativa a seleção dos participantes assenta nos que melhor ajudam o investigador a entender o problema e a responder à questão de investigação (Creswell, 2016). A seleção do meio em estudo assentou no facto dos enfermeiros que exercem a sua atividade profissional nas USF estarem mais próximos da comunidade. Esta unidade funcional suporta como conceito organizativo o modelo de enfermeiro de família, prestando cuidados de saúde personalizados aos cidadãos e famílias.

O número de enfermeiros a participar no estudo não foi inicialmente definido. O número de participantes que integram a amostra dependeu da saturação da informação, isto é, quando a informação fornecida pelos participantes começou a ter uma regularidade na apresentação. Com base nestes pressupostos, realça-se que integram a amostra catorze enfermeiros.

Como *critérios de inclusão* foram considerados: enfermeiros a exercer a atividade profissional nos CSP há mais de seis meses e como *critérios de exclusão*: enfermeiros a exercer a atividade profissional nos CSP há menos de seis meses.

Optou-se por contatar os enfermeiros a trabalhar nas USF porque para além de suportar o conceito de enfermeiro de família, todos os utentes inscritos nestas unidades têm atribuído médico de família.

Num primeiro momento a investigadora contactou por via telefónica e presencialmente os enfermeiros gestores destas USF, apresentando-se e disponibilizando informação sobre a natureza, objetivos e finalidades do estudo, bem como os procedimentos éticos. Estes gestores foram recetivos para colaborar no estudo referenciando à investigadora os enfermeiros das suas unidades e os seus respetivos contactos. Posteriormente, os enfermeiros foram contactados por via telefónica e presencialmente. Este contacto destinou-se a averiguar a disponibilidade para participar no estudo, tendo sido fornecida informação sobre a natureza do mesmo, objetivos e finalidades, bem como os procedimentos éticos. Neste segundo momento foram contactados 14 enfermeiros, não foi obtida disponibilidade para participar de 5 enfermeiros, o motivo apresentado foi não quererem participar no estudo.

Caracterização da amostra

Neste estudo participaram catorze enfermeiros que constituíram a amostra, dos quais a maioria, treze eram enfermeiras ($n = 13$) e somente 1 enfermeiro ($n = 1$).

Relativamente à caracterização dos participantes deste estudo através da análise da tabela 3, pode-se verificar que os catorze enfermeiros tinham **idades** compreendidas entre os 38 e os 61 anos de idade ($\bar{x} = 46,8$; $DP = 7,7$), existindo uma elevada percentagem de enfermeiros com idades superiores a 38 anos.

No que se refere ao **tempo de profissão** verificou-se que o enfermeiro que trabalha há menos tempo tem 16 anos de serviço e o enfermeiro que trabalha há mais tempo tem 40 anos de serviço ($\bar{x} = 24,9$; $DP = 7,7$).

Quanto ao **tempo de serviço na unidade de saúde** constatou-se que o enfermeiro que trabalha há menos tempo na unidade de saúde tem 18 meses de serviço e o enfermeiro que trabalha há mais tempo na unidade de saúde tem 35 anos de serviço ($\bar{x} = 13,6$; $DP = 8,9$).

Relativamente à **formação académica** dos enfermeiros entrevistados (Tabela 3), treze são licenciados em Enfermagem (n = 13), dos quais 1 tem o grau académico de Mestre (n = 1), com Mestrado em Sociopsicologia da Saúde; e 1 enfermeiro o Bacharelato em Enfermagem (n = 1), profissional que trabalhou no estrangeiro. Analogamente cinco enfermeiros possuem uma Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (n = 5), dois em Enfermagem Comunitária (n = 2), dois em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (n = 2), e um em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (n = 1).

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos participantes

		n	\bar{x}	DP	Mínimo	Máximo
Sexo	Feminino	13				
	Masculino	1				
	Total	14				
Idade (anos)			46,8	7,7	38	61
Tempo de profissão (anos)			24,9	7,7	16	40
Tempo de serviço na unidade de saúde (anos)			13,6	8,9	1,6	35
Formação Académica	Bacharelato	1				
	Licenciatura	13				
	Mestrado	1				
Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem	Especialização em Enfermagem Comunitária	2				
	Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	2				
	Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	1				
Mestrado	Mestrado em Sociopsicologia da Saúde	1				

1.4 – INSTRUMENTO PARA RECOLHA DE DADOS

O método de recolha de dados é a etapa mais significativa do processo de investigação, pois é a partir dos dados recolhidos que serão enunciadas as conclusões de investigação.

O instrumento de recolha de dados selecionado foi a entrevista. Esta seleção assentou na pergunta de investigação e na abordagem de investigação, como recomendam Streubert e Carpenter (2013). Optou-se pela entrevista, porque este é o método que permite ao pesquisador apreender as realidades do ponto de vista dos atores sociais, isto é, uma técnica facilitadora da expressão de opiniões e comportamentos (Dias & Gama, 2019; Poupart et al., 2014).

De entre os tipos de entrevista selecionou-se a entrevista semiestruturada, esta segue um guião, com questões já delineadas, desenvolvidas de forma a dar relevo ao pretendido (Dias & Gama, 2019). O guião era constituído por 4 partes, a primeira destina-se à legitimação da entrevista, a segunda à caracterização do entrevistado, a terceira parte centra-se nas questões sobre a temática em estudo e a quarta ao encerramento da entrevista (Apêndice I).

Segundo Dias e Gama (2019), este tipo de entrevista permite flexibilidade na enunciação das perguntas, em função dos diálogos do entrevistado, no sentido de explorar novas informações, o que pode levar a que sejam incluídas novas questões que inicialmente não tinham sido ponderadas. A realização da entrevista foi feita com suporte áudio, de maneira a serem preservadas todas as informações.

Como preconizado por Dias e Gama (2019), a entrevistadora apropriou-se de técnicas que facilitassem o relacionamento com o entrevistado, evitando, contudo, envolver-se para prevenir a indução das respostas. Neste sentido, foi realizado um pré-teste para desenvolver as habilidades da investigadora como entrevistadora e simultaneamente validar a compreensão das questões. Tal como preconizado por Dias e Gama (2019), o pré-teste ajudou a aprimorar os conteúdos do guião, a apurar a sua viabilidade, a duração da entrevista, a ordem das perguntas e a sua adequação, bem como, a testar aspetos logísticos como, o funcionamento do áudio e as condições do espaço físico. De referir que o enfermeiro entrevistado que participou no pré teste não fez parte da amostra.

As entrevistas decorreram no período de 20 de maio a 20 de julho de 2021. Após reunião com os enfermeiros gestores das USF, estabeleceu-se contacto prévio com o possível entrevistado em que foi explicado o motivo de realização das entrevistas e os objetivos do estudo, após a anuência da pessoa estabeleceu-se o local, dia e hora para a realização da entrevista, sempre fora do horário de trabalho. Neste encontro foi formalizado um pedido de consentimento informado entregue aos participantes que aceitaram participar

no estudo. As entrevistas foram realizadas em locais de conveniência das/o participante/s, garantindo a tranquilidade necessária para a sua consecução.

De seguida procedeu-se à realização da entrevista. A duração média de cada entrevista foi aproximadamente de cerca de 30 minutos, dependeu da receptividade dos entrevistados, fluidez do discurso e da necessidade de aprofundamento das respostas dadas e até estes perceberem que não tinham mais nada a acrescentar ao tema. Após a realização de catorze entrevistas percebeu-se que a saturação da variabilidade da informação fora alcançada, sem que surgissem novos argumentos no discurso dos enfermeiros participantes.

Após a transcrição das entrevistas, estas não foram enviadas para cada um dos participantes porque não o solicitaram. Todos os participantes autorizaram a sua transcrição, não alterando o conteúdo.

1.5 – TRATAMENTO DOS DADOS

O processo de tratamento dos dados iniciou-se após a realização de cada entrevista em que foi realizada a elaboração de uma ficha de documentação referente a cada gravação áudio, com a numeração, data, local, tempo de duração, bem como qualquer outra anotação que a entrevistadora considerou importante, ou seja, todo o material foi catalogado. Depois de reconhecido o material, realizou-se a sua transcrição no mesmo dia ou próximo da data da sua realização, para evitar que fossem esquecidos detalhes relevantes.

A técnica utilizada para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo porque sendo uma técnica de análise de textos, procura obter por processos organizados e objetivos a narração do conteúdo, o que permite alcançar uma compreensão dos significados da mensagem (Bardin, 2016). Este é um processo permanente que exigiu reflexão contínua.

Segundo Bardin (2016) a análise dos dados inicia-se com a transcrição das gravações áudio, pois o primeiro passo consiste em obter uma percepção geral das informações recolhidas e identificar as ideias gerais que os participantes expressam nas suas narrativas. Este processo envolve a escrita de anotações e o registo de pensamentos globais.

O passo seguinte consistiu na codificação do texto, isto é, durante a leitura dos dados, repetiram-se palavras, padrões de comportamento, ideias, e criou-se uma lista de categorias de codificação desses dados, de modo que cada codificação definisse o que se

quer transmitir (Bardin, 2016). Esta codificação permitiu classificar a informação em graus diferentes. Após terminar esta tarefa analisou-se os mesmos no sentido de reunir os tópicos similares e de se atribuir um código mais abrangente que os englobe. A atribuição de códigos e o estabelecimento de uma organização para os mesmos foi um processo contínuo de retorno aos dados para ver se emergiam novas categorias. Neste processo foram necessários os códigos serem recodificados.

Nesta fase foi sempre tido em conta os objetivos propostos para o estudo, assim como através da revisão da literatura científica disponível, foi possível à investigadora ir encontrando sustentabilidade para os dados resultantes das unidades de registo. Foi utilizado o software *ATLAS.ti 9 Qualitative Data Analysis™*, como ferramenta de apoio para os esquemas de categorização e codificação de segmentos de texto.

Foi elaborada uma grelha de pesquisa, onde foram relacionados os temas de análise com as categorias e subcategorias. A última fase da análise dos dados foi redigir os resultados e interpretá-los. Nesta fase procurou-se resumir os dados encontrados, em forma de textos descritivos, críticos e analíticos, dando realce ao que foi encontrado (Gil, 2019).

No tratamento dos resultados e interpretação, procura-se que os resultados sejam ordenados de maneira a obter significado ou expressividade. Criam-se quadros com resultados, diagramas, figuras e modelos, obtidas de operações estatísticas simples ou mais complexas, que posteriormente são compilados dando importância às informações facultadas pela análise (Bardin, 2016). No presente estudo recorreu-se à apresentação dos resultados através de tabelas.

1.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Neste estudo foram tidas em conta as normas de conduta próprias de uma investigação, com o objetivo de salvaguardar os direitos e o direito à autodeterminação dos enfermeiros entrevistados. Neste sentido, foi construído um documento de consentimento informado (Apêndice II) facultado aos enfermeiros no primeiro contacto.

A garantia de anonimato e a confidencialidade dos dados foi assegurada através da atribuição de um código a cada entrevistado/a, correspondendo à identificação (E1 até E14) e da anonimização das unidades de saúde através das siglas CSP, USF, enfatizando-se que o uso da informação recolhida se destinava exclusivamente para o presente trabalho. Na apresentação, análise e discussão da informação, as unidades de registo

foram atribuídas de forma codificada aos enfermeiros participantes que as produziram. Assim, as entrevistas dos enfermeiros foram codificadas com a letra E seguida do número respetivo, exemplo: E1, E2, E3, (...) e assim sucessivamente.

Para além do consentimento informado foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, cujo Parecer nº P751/02-2021, de 10 de março de 2021, que foi emitido como favorável ao estudo (Anexo I).

No sentido de assegurar a confidencialidade dos enfermeiros, o método de recolha de dados tem de estar devidamente autorizado, ou seja, por quem tem a responsabilidade e a representação da organização. Como tal, foi constituído um pedido formal de autorização para a recolha de dados ao conselho de administração do ACeS do Baixo Mondego, com a descrição do tema do estudo e dos procedimentos para a recolha de dados (Apêndice III). Com esclarecimento de que a participação no estudo seria voluntária, anónima e confidencial.

A investigadora assegurou que os dados obtidos não foram cedidos por pessoas, que não estejam envolvidas na investigação.

De forma a garantir a confidencialidade e a privacidade dos entrevistados, as gravações foram destruídas após a sua transcrição e posteriormente, após conclusão do estudo, também serão destruídas as transcrições das entrevistas, assim como, o consentimento informado assinado pelos participantes e a respetiva caracterização sociodemográfica e profissional.

PARTE III
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

1 – RESULTADOS

Neste item são expostos os resultados que emergiram da análise do *corpus* de dados resultante das entrevistas realizadas aos enfermeiros de CSP sobre as estratégias que estes consideram importantes para prevenir a utilização do SU por utentes não urgentes, as razões percecionadas por si sobre o recurso ao SU por utentes não urgentes e as dificuldades sentidas na identificação dos utentes que recorrem frequentemente ao SU em situação não urgente.

Do processo de análise de conteúdo apurou-se como temas centrais: as razões do recurso ao SU por utentes não urgentes; tipologia de utentes que recorrem ao SU em situação não urgente; sistema de identificação do recurso ao SU por utentes não urgentes; intervenções de enfermagem para a prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes; e sugestões de melhoria para prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes. Em cada tema emergiram um conjunto de categorias como se apresenta na tabela 4 e de subcategorias.

Tabela 4 – Temas e categorias resultantes da análise de conteúdo do *corpus* de análise

Tema	Categorias
Razões do recurso ao SU por utentes não urgentes	Utente
	Profissional
	Sistema de saúde
Tipologia de utentes que recorrem ao SU em situação não urgente	Utentes idosos, com doenças crónicas, sem apoio familiar e/ou com necessidades socioeconómicas e afetivas, e com necessidades de cuidados de saúde
	Utentes com baixa ligação ao médico/enfermeiro de família
Sistema de identificação do recurso ao SU por utentes não urgentes	Conhecimento de sistema de identificação
	Utilização
Intervenções de enfermagem para a prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes	Não desenvolvem
	Educação
	Avaliação
	Dificuldades
Sugestões de melhoria para prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes	Articulação CSH <i>versus</i> CSP
	Centrar os cuidados no cidadão
	Promover a acessibilidade aos CSP

	Desenvolvimento de tecnologias digitais
	Responsabilização do processo saúde, doença pelo utente e família/cuidador
	Combater a solidão dos idosos, com a colaboração das juntas de freguesias

1.1 – RAZÕES DO RECURSO AO SU POR UTENTES NÃO URGENTES

Relativamente às razões do recurso ao SU por utentes não urgentes, na ótica dos enfermeiros participantes, emergiram da análise do *corpus* das entrevistas realizadas três categorias, sendo elas: **utente**; **profissional**; **sistema de saúde** (Tabela 5).

Tabela 5 – Categorias e subcategorias das razões do recurso ao SU por utentes não urgentes

	Categorias	Subcategorias
Razões do recurso ao SU por utentes não urgentes	Utente	Literacia em saúde
		Resolução imediata dos problemas de saúde
		Acessibilidade ao SU
		Falta de apoio familiar
	Profissional	Informação dada pelos profissionais de saúde
		Relacionamento médico/enfermeiro de família/utente
		Conhecimento sobre o funcionamento dos CSP
	Sistema de saúde	Resposta dos CSP (recursos, horário de funcionamento, capacidade de resposta dos profissionais, indisponibilidade de meios complementares de diagnóstico, ausência de atribuição de médico/enfermeiro de família, falta de confiança)

Para os participantes entrevistados o facto de o **utente** recorrer ao SU em situação de doença não urgente está relacionado de alguma forma com a **literacia em saúde**, seja porque os utentes não têm conhecimentos sobre a sua doença e sobre a gestão dos sintomas, seja por desconhecimento dos custos de saúde que acarreta o funcionamento de um SU e dos próprios serviços de saúde. Inclusive emerge dos seus relatos o desconhecimento do propósito dos SU, da oferta de cuidados de saúde que os CSP proporcionam atualmente e da isenção de taxas moderadoras, tal como ilustram as palavras dos enfermeiros entrevistados:

“...depois também temos os utentes que têm como é que se diz (...) pessoas que não conseguem avaliar a importância da sua sintomatologia ...” (E1).

“...há muitos utentes não urgentes que efetivamente recorrem aos SU e tenho a ideia que eles recorrem por falta de conhecimento, a iliteracia, acho que é o primeiro ponto, ...” (E2, E3, E7).

“Olhe penso que a consciência da população no geral, eles não sabem bem o porquê da existência do SU, (...). Pronto, acho que o recurso ao SU é exagerado porque as pessoas não têm a mínima noção, qual é a diferença e o que se pode fazer num lado e noutro” (E12).

“...porque as pessoas vão lá, pagam a maior parte são isentas, não é? Eles não pagam taxas moderadoras, eles não pagam nada, portanto há que recorrer á vontade ...” (E9, E11, E13, E14).

Os entrevistados reconhecem também que os utentes recorrem ao SU porque querem uma **resolução imediata para os seus problemas de saúde**, nomeadamente neste serviço podem ser observados por especialistas, podem fazer exames de diagnóstico, são observados nas próximas 24h, como ilustram os excertos dos entrevistados:

“...forte necessidade de quererem resolver os seus problemas de uma forma urgente, rápida e sem passar por vários processos” (E2).

“...a consulta é feita logo, pode ser ao final do dia ou no dia a seguir, como não são coisas urgentes, mas as pessoas querem uma resposta imediata, chegar e serem atendidos, é o que acontece um pouco no SU, não é?” (E9).

“Agora a maior parte deles quer uma resolução logo imediata e se calhar no SU fazem logo eletrocardiograma, fazem logo uma série de exames, que ãh, como é que hei-de dizer se calhar, como é que eu devo dizer, eles para darem a volta à questão, contornarem questão de uma forma mais rápida ...” (E12, E14).

Outro motivo apontado para estas visitas é a **acessibilidade ao SU**, os utentes sentem que a acessibilidade aos CSP é insuficiente e o SU tem o que precisam, para a resolução dos seus problemas, como exames complementares de diagnóstico, médicos especialistas, está aberto 24h por dia, o que permite o acesso a qualquer hora do dia, o hospital está bem localizado considerando assim que este é o melhor recurso para resolver o seu problema de saúde de uma forma simples:

“...utentes que sentem que a acessibilidade nos CS não é suficiente para resolver o seu problema. Pode ser percecionada, pode ser verdadeira ou não, mas é percecionada por eles assim” (E2).

“...as pessoas estão lá, está aberto, é fácil o acesso, é fácil, ...” (E3, E14).

“...é lógico que depois o hospital está aqui muito á mão, não é? E as pessoas, se aquela hora saem do trabalho, deu-lhes uma dor de cabeça, ‘bem agora vou à urgência do hospital’, pronto, acho que o facilitismo que aquilo se tornou” (E11).

“..., mas vão diretamente ao hospital porque pensam que têm os especialistas. Os médicos do hospital, são todos especialistas, as análises, têm logo o Rx, o que é necessário e então vão e pura simplesmente não ouvem” (E13).

Também um dos entrevistados refere que a **falta de apoio familiar** nos utentes numa faixa etária mais idosa e o isolamento social podem contribuir para esta ida ao SU:

“...eu penso que o isolamento e o fato de as pessoas e a pirâmide etária da terra X caminha muito para esse sentido, que há cada vez pessoas mais idosas, não é? Que não têm apoio das famílias, que não conseguem ter apoio por parte das famílias, e que se veem-se sozinhos e não tendo apoio vão aonde? Vão ao SU, não é?” (E11).

Um enfermeiro expressa ainda que a **informação dada pelos profissionais de saúde** pode contribuir para esta procura do SU por utentes não urgentes, quando esta não é suficiente. Salienta que é importante o esclarecimento dos utentes por parte dos profissionais de saúde sobre os recursos de saúde que têm e como geri-los no seu processo de saúde/doença:

“...outro motivo que eu acho que também pode, contribui que também tem que ver com a pouca informação que é dada por parte dos profissionais” (E2).

Como também pelo **relacionamento médico/enfermeiro de família/utente**, que estabelecem com os utentes. Um dos enfermeiros entrevistado refere a importância do relacionamento do utente com o seu médico/enfermeiro de família, menciona que quando existe uma ligação entre o utente/médico/enfermeiro de família, este pode recorrer menos vezes ao SU.

É importante esta ligação de proximidade entre estes profissionais dos CSP e o utente, criando-se assim uma relação de confiança, podendo mesmo haver uma preferência dos CSP em detrimento do SU, quando são necessários cuidados de saúde:

“Alguns utentes, ãh não têm grande ligação com o médico de família, porque se o tiverem, preferem o médico de família e a enfermeira de família, a equipa, ou seja, nós começamos a ver agora até com a pandemia, que a gente diz, mas tem de ir à urgência, e muitas vezes o utente não quer ir e diz ‘mas eu prefiro vir aqui’, portanto quando há uma ligação eu acho que eles recorrem menos vezes, ...” (E7).

O conhecimento sobre o funcionamento dos CSP, segundo a percepção dos enfermeiros é importante na medida em que os utentes e os próprios profissionais dos hospitais desconhecem muitas vezes o funcionamento dos CSP:

“Nem os profissionais dos hospitais sabem como é que funciona, como é que os utentes podem saber” (E2).

Os entrevistados de uma forma geral avaliam o **sistema de saúde** com alguns constrangimentos como a **resposta dos CSP** devido aos **recursos**, ao **horário de funcionamento**, à **capacidade de resposta dos profissionais**, à **indisponibilidade de meios complementares de diagnóstico**, à **ausência de atribuição de médico/enfermeiro de família**, e à **falta de confiança**.

É abordada a necessidade de um horário mais alargado nos CSP. Os enfermeiros apontam ainda que, as unidades de saúde não têm ainda todas a mesma estrutura organizacional, nomeadamente as USF têm maior capacidade de resposta que as UCSP, por exemplo nestas últimas nem todos os utentes têm médico de família ao contrário das USF, onde tal situação já não se verifica, existem ainda outras faltas de recursos como exames complementares de diagnóstico:

“...as pessoas procurem o SU pois se não estamos abertos com horário alargado a pessoa sai do trabalho e não tem no imediato capacidade de resolver o problema procura os SU” (E1).

“...pessoas que vão de uma forma autónoma, tem a haver muitas vezes com as faltas de recursos dos próprios CSP, falta da resposta que alguns serviços dão, mesmo da capacidade que os profissionais que lá trabalham têm em resolver situações, e da maneira como algumas pessoas às vezes são atendidas e que não ficam satisfeitas com a situação que lhes é apresentada” (E3).

“..., mas nós temos várias unidades sobretudo UCSP, que apesar de estarem, têm a mesma obrigação de ter a mesma orgânica, não têm e o que é que acontece, ou

o utente não tem médico de família ou não tem isto ou não tem aquilo e a urgência é um escape, ...” (E7, E8).

1.2 – TIPOLOGIA DE UTENTES QUE RECORREM AO SU EM SITUAÇÃO NÃO URGENTE

No que concerne à tipologia de utentes que recorrem ao SU em situação não urgente, na perceção dos enfermeiros entrevistados, resultaram da análise do *corpus* das entrevistas basicamente duas tipologias de utentes: **utentes idosos, com doenças crónicas, sem apoio familiar e/ou com necessidades socioeconómicas e afetivas, e com necessidades de cuidados de saúde;** e **utentes com baixa ligação ao médico/enfermeiro de família** (Tabela 6).

Tabela 6 – Categorias de tipologia de utentes que recorrem ao SU em situação não urgente

	Categorias
Tipologia de utentes que recorrem ao SU em situação não urgente	Utentes idosos, com doenças crónicas, sem apoio familiar e/ou com necessidades socioeconómicas e afetivas, e com necessidades de cuidados de saúde
	Utentes com baixa ligação ao médico/enfermeiro de família

Para os enfermeiros os **utentes idosos, com doenças crónicas, sem apoio familiar e/ou com necessidades socioeconómicas e afetivas, e com necessidades de cuidados de saúde** são aqueles que recorrem mais ao SU porque têm mais necessidades de cuidados de saúde e menos recursos económicos. Já os utentes com outros recursos económicos recorrem ao sistema de saúde privado:

“..., mas parece-me daquilo que eu sei, daquilo que eu vejo são normalmente pessoas que tenham alguma dificuldade, que tenham um grau económico um bocadinho mais baixo do que os outros. Porque o outro tem sempre possibilidade de recorrerem a outras situações, não é?” (E3).

“São utentes que têm pouco suporte sociofamiliar e então recorrem ao SU, na tentativa de ter o apoio, que deveria ser prestado pelo suporte familiar” (E5).

“São utentes que já por si, são consumíveis dos recursos de saúde, sistematicamente, precisam, estão sempre a solicitar, ãh normalmente são utentes com patologia crónica, utentes idosos ...” (E6, E14).

Na percepção de um dos enfermeiros entrevistados a **ligação ao médico/enfermeiro de família** também poderá contribuir para aumentar ou diminuir a ida ao SU:

“Alguns utentes, ãh não têm grande ligação com o médico de família, porque se o tiverem, preferem o médico de família e a enfermeira de família, a equipa, ou seja, nós começamos a ver agora até com a pandemia, que a gente diz, mas tem de ir à urgência, e muitas vezes o utente não quer ir e diz ‘mas eu prefiro vir aqui’, portanto quando há uma ligação eu acho que eles recorrem menos vezes...” (E7).

1.3 – SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO DO RECURSO AO SU POR UTENTES NÃO URGENTES

No que se refere ao sistema de identificação do recurso ao SU por utentes em situação não urgente, mediante o que foi reportado pelos enfermeiros, surgiram da análise do *corpus* das entrevistas efetuadas duas categorias, nomeadamente: **conhecimento de sistema de identificação; utilização** (Tabela 7).

Tabela 7 – Categorias e subcategorias referentes ao sistema de identificação do recurso ao SU por utentes não urgentes

	Categoria	Subcategoria
Sistema de identificação do recurso ao SU por utentes não urgentes	Conhecimento de sistema de identificação	Conhece
		Desconhece
	Utilização	

Dos participantes entrevistados apenas um revelou que **desconhece** e não **utiliza** um sistema de identificação da ida do utente ao SU, para os restantes foi unânime que conhecem e utilizam.

Como referido só um dos entrevistados manifestou que desconhece a existência de um sistema que permita identificar os utentes que recorrem ao SU: *“Não, não”* (E1). Outro entrevistado manifestou inicialmente que desconhecia e não utilizava, mas mais adiante no seu discurso refere que consegue ir ao programa ver quem recorreu ao SU, pelo que a autora do estudo considerou como **conhecedor** e **utilizador** do *Sclínico*, como atesta o depoimento:

“Honestamente, não conheço. Não utilizo, não conheço (...) se tiver curiosidade de ver se aquela pessoa foi, normalmente não, não é uma coisa, consigo ir ver no programa, sim” (E5).

Todos os outros enfermeiros com alguma regularidade, **utilizam** ou o sistema de cuidados de saúde hospitalares (*Scĺnico*), ou o registo de saúde eletrónico (RSE), ou o módulo de informação e monitorização das unidades funcionais (MIMUF), seja porque o utente faltou a uma convocatória dos CS, seja para saber o que se passou no hospital, seja pelos indicadores estatísticos:

“...praticamente todos os dias, um utente que foi ao hospital e queremos saber qual foi a situação do hospital, um utente que faltou e que nós sabemos eventualmente possa ter adoecido, piorado a sua situação, nós consultamos o RSE” (E2).

“...tenho permissões de ir ao ACeS, ao MIMUF e perceber as estatísticas (...) fazemos monitorizações todos os 3 meses destes indicadores” (E3).

“Nós, às vezes, quando queremos saber vamos ao Scĺnico, pronto se o utente foi, vamos muitas vezes, ao RSE, no nosso o próprio sistema também dá para perceber os episódios que eles têm” (E4).

“Normalmente é quando já vêm de lá referenciados para nós e depois vamos ver o que se passou no SU, através do Scĺnico e do RSE” (E8, E14).

1.4 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DO RECURSO AO SU POR UTENTES NÃO URGENTES

Em relação às intervenções de enfermagem, que na perceção dos enfermeiros entrevistados realizam para a prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes, emergiram da análise do *corpus* das entrevistas efetuadas quatro categorias: **não desenvolvem; educação; avaliação; dificuldades** (Tabela 8).

Tabela 8 – Categorias e subcategorias relativas às intervenções de enfermagem para a prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes

	Categorias	Subcategorias
Intervenções de enfermagem para a prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes	Não desenvolvem	
	Educação	Informação oral, escrita e campanhas
	Avaliação	
	Dificuldades	Falta de <i>interface</i> Responsabilização pelo processo saúde/doença Recurso autónomo dos utentes não urgentes

Quando questionados os enfermeiros entrevistados sobre se realizavam intervenções específicas para a prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes e se sim quais eram, um dos entrevistados referiu que não desenvolve. As intervenções que desenvolvem reportam-se à avaliação e educação do/s utente/s. Mencionam ainda algumas dificuldades.

Um dos entrevistados reconheceu que **não desenvolve** “*diretamente nenhuma intervenção*” (E2), embora referisse que o que sabe:

“...é que se os utentes que se reconhecem na equipa de saúde, médico de família e enfermeiro de família recorrem primeiro à sua equipa dos CSP e só depois é que vão à urgência” (E2).

Outros enfermeiros fizeram menção aos cuidados que têm ou têm tido relativamente à **educação** que fazem à pessoa, seja esta através de **informação verbal** no quotidiano, seja através de **informação escrita** e **campanhas** de sensibilização.

Foi notório nos seus discursos a ênfase que dão à educação permanente em saúde aos cidadãos, na procura mais correta pelos serviços de saúde e quais as medidas a tomar em caso de doença, na transmissão de medidas preventivas a terem presentes, nomeadamente explicar que os CSP deverão ser a primeira opção a ser solicitada em situação de doença não urgente:

“...explicar que pode vir cá primeiro, que há as consultas abertas, o que é que nós temos para oferecer com o intuito de que sejamos a primeira porta. É isso que tentamos, ãh digamos que educar os nossos utentes” (E1, E3, E14).

“...nós temos um guia de acolhimento na nossa unidade, da USF (...) que tem os nossos contactos telefónicos, nosso e-mail, e que dispomos, portanto, a informação das consultas abertas que são para situações de consultas agudas e também se os utentes quiserem a programação de uma consulta, não é? Uma consulta, de uma situação domiciliária, de um tratamento, para evitar que recorram ao SU, se não houver urgência, portanto é no sentido de desmobilizá-los do recurso ao SU, quando não é necessário. E, portanto, alertamos os utentes para os sinais de alarme, utentes e familiares, em caso de sinais de alarme naquele, naquela determinada situação, recorrer ao SU, é só nessas situações. De resto temos uma porta aberta ...” (E6).

“É assim normalmente na consulta tento referir sempre aos utentes quais são as probabilidades que possam acontecer, por exemplo na saúde infantil, caso haja febre as estratégias que têm que fazer para evitar ir ao SU. Estou a lembrar-me e outras situações, por exemplo, aliás em todas as situações, nos diabéticos, também, ou seja, apostamos sempre na prevenção e nos ensinamos para a prevenção de situações que possam levar ao recurso à urgência” (E8).

Também presente nos discursos dos enfermeiros, está a preocupação acrescida em fazer uma **avaliação** precisa das necessidades dos utentes em matéria de cuidados de saúde e se tiverem necessidade de os enviar para o SU. Os enfermeiros entrevistados salientam que quando o utente recorre aos CSP procuram fazer uma triagem da situação e explicar ao utente os sinais de alarme, para que em caso de necessidade recorram ao SU:

“...não mandamos ao SU sem primeiro ser avaliado ou se for uma situação de enfermagem é tratado por enfermeiro, no caso do enfermeiro pede-se sempre uma consulta médica antes, nós mandamos por regra um utente ir ao SU sem passar por uma consulta médica, (...) o encaminhamento é sempre feito pelo médico” (E2).

“É assim, o que nós fazemos na prática, no dia a dia é aconselhar, mas com determinados sinais e sintomas, ou seja, na nossa consulta de enfermagem, nós avaliamos, cuidamos e dizemos assim, ‘se for se acontecer isto e isto, na sua situação recorre ao SU, na nossa ausência, não é?’ Ou seja, no período de fim de semana á noite, isso tudo outra situação é pronto que nesse caso é por agravamento da situação, se precisar, ou agravamento, no período que nós estamos, (...) de agravamento da situação, independentemente de nós estarmos ou não, faço-me perceber?” (E7).

Contudo os enfermeiros de CSP entrevistados deparam-se também com **dificuldades** em gerir este fenómeno na procura do SU em situação de doença não urgente, nomeadamente pela **falta de interface** entre os CSP e os SU. Referem que deveria de haver uma comunicação mais eficiente e mais célere entre os CSP e o hospital, inclusive entre a equipe de enfermagem e seria útil um sistema de alerta que notificasse os utentes que vão ao SU:

“A falta de informação nalguns casos, não em todos, nem em todas pode ser uma dificuldade, eu sinto às vezes e é o que eu sinto, que o utente chega aqui e diz-nos

assim: o médico do hospital mandou fazer-me o penso assim. Neste processo não houve intervenção do enfermeiro e eu vejo isso muitas vezes” (E2).

“...porque eu não tenho nenhum sistema que me alerte que aquele senhor foi à urgência, não é?” (E3).

“...são os próprios utentes ou famílias que dizem que foram à urgência, porque num ficheiro de mil e tal utentes, ãh poderia aparecer, ãh mais facilmente, não é?” (E6).

Também alguns dos participantes entrevistados percecionam uma falta de **responsabilização pelo processo saúde/doença**, inclusive dos próprios familiares dos utentes, que atempadamente não proporcionam cuidados essenciais aos seus familiares, o que pode proporcionar a agudização de determinadas patologias e, conseqüentemente, a procura do SU:

“...também há uma desresponsabilização das próprias famílias nos cuidados, aos utentes, coisas que pressupõem vigilância, não é? Deixam as coisas se arrastarem e depois têm de recorrer ao hospital, não é?” (E6).

Outra dificuldade evidenciada pelos discursos é o **recurso autónomo dos utentes não urgentes** ao SU, sem primeiro recorrerem aos CSP, sendo assim inexequível uma triagem adequada da situação para evitar uma visita ao SU:

“..., mas acredito que os não urgentes vão, sem virem cá primeiro” (E1, E3).

“Sim muitas vezes recorrem por iniciativa própria, porque não têm noção que muitas vezes os CSP resolvem situações não urgentes, ...” (E4).

“É assim, como muitas vezes eles vão por opção deles, e até há aqueles que não sabem os serviços que têm nos CSP, não vêm cá e vão para lá, há os outros que sabem que estão informados, e até sabem que se viessem aqui, conseguiam uma consulta com o médico de família ou podiam falar com a enfermeira para orientar, mas na verdade há aquelas pessoas que querem sempre passar por cima disso e acham que ir à urgência que é a melhor opção” (E9).

1.5 – SUGESTÕES DE MELHORIA PARA PREVENÇÃO DO RECURSO AO SU POR UTENTES NÃO URGENTES

No que respeita às sugestões de melhoria para prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes, na perceção dos participantes, emergiram da análise do *corpus* das entrevistas realizadas seis categorias, sendo elas: **articulação CSH** (cuidados de saúde

hospitalares) *versus* CSP; centrar os cuidados no cidadão; promover a acessibilidade aos CSP; desenvolvimento de tecnologias digitais; responsabilização do processo saúde, doença pelo utente e família/cuidador; combater a solidão dos idosos, com a colaboração das juntas de freguesias (Tabela 9).

Tabela 9 – Categorias e subcategorias relativas às sugestões de melhoria para prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes

	Categorias	Subcategorias
Sugestões de melhoria para prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes	Articulação CSH <i>versus</i> CSP	Referenciação
		Encaminhamento
		Comunicação entre os CSP e SU
		Criação de estratégias para identificação dos utentes
	Centrar os cuidados no cidadão	
	Promover a acessibilidade aos CSP	Alargar o horário de atendimento
		Aumentar a resposta dos CSP
		Disponibilizar linha telefónica
		Informar sobre as melhores práticas no acesso aos cuidados de saúde (CSP e SU)
	Desenvolvimento de tecnologias digitais	Profissionais
Utentes		
Responsabilização do processo saúde, doença pelo utente e família/cuidador		
Combater a solidão dos idosos, com a colaboração das juntas de freguesias		

A **articulação CSH *versus* CSP**, foi valorizada por um dos enfermeiros entrevistados que mencionou o fato de haver necessidade de haver mais comunicação entre o hospital e os CSP, defendendo mesmo o contato telefónico, em alguns casos de utentes que necessitem de maior vigilância, de forma a haver entre os profissionais uma **referenciação** mais célere e personalizada:

“...tinha que haver alguma estratégia, do contacto, porque há uma referenciação, também, não é? Também a nível de computador, não é? Nós também vamos ao computador ao Sclínico e conseguimos saber, há uma referenciação interna, ãh mas se houvesse um contacto telefónico para aqueles utentes que necessitam de maior vigilância e maior continuidade dos cuidados, a nível do domicílio, e não só do SU, mas até ao nível de preparação para a alta, eu penso que haveria uma

continuidade dos cuidados mais efetiva, não havia perda de tempo quer dos familiares, quer dos utentes, e quer dos colegas, quer de um lado, quer do outro” (E6).

Também alguns enfermeiros defendem a necessidade de haver um **encaminhamento** baseado em acordos entre o hospital e os CSP, nomeadamente encaminhar os utentes do CS para o hospital para realizarem alguns exames de diagnóstico e um sistema de triagem no hospital para reencaminhar os utentes não urgentes para os CSP, se fosse o caso:

“..., mas se nós tivéssemos um acordo, uma forma de, ou mesmo de aqui, se pudéssemos encaminhar só utentes ao hospital para fazer determinado exame o resto estava salvaguardado, não é?” (E12).

“É assim, eu penso que já se falou nisso, tenho ideia que, não é urgente ser novamente encaminhado para o CS (...) mas dizer o Senhor não tem critérios para ser avaliado nesta unidade, tem que ir à sua unidade’ e o hospital entrar, pronto, haver aqui um acordo entre as 2 unidades ...” (E9).

Outra das sugestões apresentadas foi haver uma via verde, uma ligação direta, defendem uma **comunicação entre os CSP e SU**. Novamente privilegiam a comunicação direta entre os profissionais envolvidos, sentem necessidade de haver mais partilha, de haver elos de ligação entre o hospital e CSP, de haver maior interação entre os serviços:

“...penso que deveria haver uma via direta, até porque nós estamos aqui muito próximo, não é? Uma Via Verde, ãh de modo que houvesse, maior interação entre os colegas da urgência e os colegas dos CSP, ...” (E6).

“Ãh, o próprio curso de preparação para o parto, eu antigamente tinha ligação quase direta com a enfermeira (...) e conseguíamos. Eu acho que também se perdeu, um bocadinho, não sei se com o Covid, senão, talvez também poderá ter sido, mas acho que também perdemos também os elos de ligação que havia nos vários sectores. Pronto, estou a fugir agora aqui, com a urgência, nós aqui nunca tivemos muito isso, mas acho que se houvesse mais elos e mais partilha, porque eles às vezes preocupam-se muito em que as coisas sejam partilhadas informaticamente. Mas acho que às vezes nós conhecermos as pessoas, os serviços serem mais abertos e haver um livre trânsito cá e lá, nós podíamos fazer o que nos compete a nós e vocês faziam o que vos compete a vós e depois havia esta fusão, intercâmbio. Acho que isso era uma medida que se funcionasse de maneira diferente, talvez melhorasse todo o contexto, não sei se calhar tínhamos

à mesma as pessoas lá na urgência que não eram urgentes, não sei, é essa a ideia, não sei” (E12).

Outra das sugestões foi a **criação de estratégias para identificação dos utentes** da USF não urgentes que recorrem com regularidade ao SU, para tentar compreender porque não recorrem aos CSP e implementar medidas preventivas e identificar os utentes inscritos nos CSP que não são frequentadores, inclusive alguns nem residem em território nacional, assim seria possível disponibilizar mais médicos de família, tal como ilustram as palavras dos enfermeiros entrevistados:

“Eu acho, que para já, era identificar esses doentes, que grupo de utentes da nossa unidade é que recorrem a essas urgências, sem necessidade, que era para nós fazermos um trabalho, perceber, eles vêm cá, porque é que não vêm, se calhar não divulgamos bem, não é?” (E7).

“Lá está a alargar os médicos de família, limparem bem as listas, nós agora quando andamos a fazer as convocatórias para as vacinas do Covid, que nós fomos às listas dos utentes e ligamos, pessoas que estão no estrangeiro, pessoas que vivem não sei aonde, pessoas que estiveram cá como esporádicos que ficaram inscritos com médico de família e agora já não são nossos utentes” (E11).

Os participantes reconhecem que é necessário **centrar os cuidados no cidadão**. É importante que os CSP sejam resolutivos, próximos e que se adaptem às necessidades do cidadão:

“...era irmos adaptando as nossas consultas de forma a dar resposta aos utentes ...” (E1).

“Depois os serviços têm de ter uma abertura muito grande, muito grande, os serviços, os CSP têm de ter uma abertura muito grande. Nós estamos de estar aqui para resolver problemas, é para resolver problemas e não complicar situações ...” (E3).

“Nós não temos, utentes sem médico de família e nós tentamos de todas as maneiras dar sempre resposta, sempre e então nas semanas dos esporádicos, mesmo aos esporádicos que veem a gente tenta sempre dar resposta e depois e nós próprios temos esporádicos nossos, ou seja são os familiares (...) por exemplo, temos sempre esta política de qualquer utente que tenha um familiar direto aqui na unidade nós atendemos sempre, damos resposta sempre, nós temos aqui pensos que resolvemos todos os dias porque são pais de filhos que são nossos

utentes, ou filhos de pais que são nossos utentes, então nós damos sempre, tentamos sempre de alguma forma dar resposta desde que seja familiares nossos diretos e depois é as semanas dos esporádicos, nós tentamos, lá está, às vezes fora até das nossas (...), mas nós tentamos sim, até porque nós sabemos que dando resposta aqui eles já não vão entupir noutra sítio” (E11).

Os enfermeiros entrevistados revelam que **promover a acessibilidade aos CSP** é fundamental, particularmente por **alargar o horário de atendimento**:

“...todos os serviços de CSP tivessem um horário alargado de forma a dar a resposta a esses utentes, se nós tivéssemos um horário alargado mais facilmente retiraria esses utentes ao SU” (E1, E12, E14).

“Nós por acaso aqui estivemos e temos horários alargados de não presenciais em que o médico telefona e tenta dar resposta, quando o doutor não consegue dar resposta, depois manda vir cá, mas eu penso se todas as unidades trabalhassem neste sentido, ou houvessem horários para esse também dissuadia um bocadinho as pessoas de irem às urgências” (E11).

Consideram igualmente a necessidade de aumentar atempadamente **a resposta dos CSP**, inclusive com exames complementares de diagnóstico:

“...depois se calhar, se nós aqui também tivéssemos uma forma mais fácil de eles fazerem pequenos exames, que eu acho que isso também leva muitas pessoas à urgência” (E1).

“...aumentar tipo, a resposta atempada, que é o que nós pretendemos fazer, realmente, evita que eles recorram ao SU por motivos não urgentes, ...” (E6).

Como também **disponibilizar linha telefónica** ao utente, não apenas presencialmente:

“...disponibilidade de telefone, de poderem telefonar acho que é muito importante, ãh, a acessibilidade em todos os sentidos, presencialmente, telefonicamente ...” (E4).

e **informar sobre as melhores práticas no acesso aos cuidados de saúde (CSP e SU)**, de forma que o utente saiba o que esperar dos CSP e saiba gerir melhor o acesso ao SU. Reportam mesmo que essa informação deveria ser vinculada pela comunicação social aos portugueses e também mencionam a necessidade de educar a população, privilegiando também o ensino individual e pontual:

“Informação, muita informação. Que o utente consiga perceber que não tem necessidade de ir a um SU quando consegue encontrar os mesmos cuidados com a mesma acessibilidade, entendida por eles, não é? Precisa de ir ao SU e que os CSP dão resposta. Para isso é criar confiança” (E2).

“Ou seja, é informá-las, principalmente informar a comunidade, informar o país, porque isto não está a acontecer (...). A informação pode ser na comunicação social, pode ser nos telejornais” (E3, E10).

“...educação da população no geral para saberem para que é que a urgência realmente serve, não é? (...) pronto mais formação à comunidade, e aqui individualmente, claro, em cada situação, também, lá está, quando é realmente necessário e quando não é, fazer esse ensino, de uma forma individual ...” (E5).

“...informar os utentes tanto nos CSP, como no hospital, fazer algum trabalho de informação nos dois lados, para eles perceberem que eles são os principais prejudicados por não utilizarem bem os serviços, pronto, tanto de um lado como de outro, não é?” (E7).

Ainda relativamente às sugestões, os enfermeiros denotam ser necessário nos tempos atuais o **desenvolvimento de tecnologias digitais**, quer para os **profissionais** dos CSP para saberem quando enviar os utentes para o SU, quer para os **utentes**. No caso dos profissionais, apontam a importância de existir um sistema com algoritmos pré-definidos e um sistema de alerta que informasse que o utente foi ao SU:

“Nós deveríamos ter um sistema de classificação que permitisse (tom de voz mais agudo) que aquela pessoa com aqueles critérios fosse encaminhada para a urgência, estás a perceber o que eu quero dizer?” (E3).

“...porque eu não tenho nenhum sistema que me alerte que aquele senhor foi à urgência, não é?” (E3).

No que concerne aos **utentes**, sugerem as aplicações informáticas para saberem quando deveriam recorrer ao SU, usarem com mais frequência o *e-mail* e ainda, consultas não presenciais por telefone ou por vídeo conferência, de forma a disponibilizarem consultas num horário mais alargado:

“...por exemplo no sistema informático e há pessoas que já conseguem fazer isso e lhe desse uma classificação, eu devo ir à urgência ou não?” (E3).

“...e acho que neste caso esta situação do Covid, veio ajudar muito neste sentido, os meios de comunicação alternativos, nomeadamente e-mail e esse tipo de

resposta, portanto haver consultas não presenciais, eu acho, havia de ser aproveitado, pronto, pessoas que realmente, naquele horário não conseguem ir, e se nós se todas as unidades de saúde estabelecessem aquele horário para consultas não presenciais, consultas telefônicas, consultas por vídeo conferência, fosse o que fosse, mas que dê-se mais algum apoio aquelas pessoas que naquele momento ou não puderam ir ao serviço ou porque estão a trabalhar ou porque é um familiar que está doente e não podem cá trazer, penso que seria uma boa oportunidade de aproveitar” (E11).

Os enfermeiros defendem uma **responsabilização do processo saúde, doença pelo utente e família/cuidador**. Os enfermeiros defendem que os utentes deverão ser capacitados para serem responsáveis pela vigilância e cuidados com a sua saúde e de alguma forma responsabilizados pelo incumprimento desses cuidados. Outra ideia veiculada é que os utentes deveriam ter alguma penalização por usarem incorretamente os serviços de saúde, seja de uma forma monetária ou através de um *plafom* limitado quando usam os serviços de saúde, sem necessidade efetiva:

“Tem que e haver um investimento maior a nível nacional, a capacitação dos utentes e das famílias e responsabilização do seu processo da gestão da saúde e da doença, esse compromisso de realmente em assumir esta parte da gestão da doença, na parte crónica, não é? Porque eles às vezes faltam às consultas de seguimento, não é? E por isso, como faltam, depois recorrem ao SU, o que deveriam ter feito numa consulta de vigilância, recorrem ao SU, não é? E esta parte, de responsabilizar o utente e a família para saberem utilizar adequadamente os serviços de saúde” (E6).

“...apelar também á responsabilidade do utente, porque voltar a utilizar mal os serviços, está a prejudicar as outras pessoas, eu acho que isso tem de ser dito, não é? (...) por aí, mas tanto aqui, como no hospital, nós também temos má utilização dos serviços e pronto, eu nem quero ir para outro campo, que as pessoas não gostam muito que eu falo disto, mas as pessoas deveriam ser penalizadas, entre aspas, por uma má utilização dos serviços, nem que fosse, sei lá, se não se justificasse terem de pagar, haver aqui uma modalidade qualquer ou esgotou o plafom, havia de haver depois de isto estar tudo bem alinhado, havia de haver aqui alguma moderação, não é por nós, é porque estamos a prejudicar as restantes pessoas, ...” (E7).

Um dos entrevistados e no final da entrevista enfatizou *a necessidade de combater a solidão de algumas pessoas nomeadamente com a colaboração das juntas de freguesia. Deveriam ter esse cuidado, porque muitos utentes não têm suporte familiar que os auxilie no seu percurso de doença e sentem-se desamparados e também procuram os profissionais de saúde para desempenhar esse papel, nomeadamente nos SU (E6).*

PARTE IV
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta secção discutem-se os resultados procedendo-se à interpretação dos mesmos face ao conhecimento existente na literatura científica e ao conhecimento da investigadora. Com este estudo pretendeu-se identificar as razões percecionadas pelos enfermeiros de CSP sobre o recurso ao SU por utentes não urgentes, identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de CSP na identificação dos utentes que recorrem frequentemente ao SU em situação não urgente e identificar as estratégias que os enfermeiros de CSP consideram importantes para prevenir a utilização do SU por utentes não urgentes. Assim, no sentido de analisar o alcance dos objetivos organizou-se a discussão em torno dos mesmos.

Razões percecionadas pelos enfermeiros de CSP sobre o recurso ao SU por utentes não urgentes

Os enfermeiros foram unânimes, nos seus discursos, em apontar **a literacia em saúde** como determinante na utilização do SU por utentes com doença não urgente. A literacia em saúde é a capacidade de aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde através do conhecimento, motivação e competências inerentes a cada indivíduo. Ela está relacionada a ações no âmbito dos cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde. A literacia em saúde permite que a pessoa seja capaz de manter ou melhorar a sua qualidade de vida durante todo o ciclo vital (DGS, 2019a, 2019b).

Este conceito está relacionado com as práticas de literacia, como a prática da leitura e de uso de tecnologias de informação e comunicação. Portanto, literacia em saúde não pode ser dissociada do conceito de literacia (Espanha et al., 2016). É cada vez mais claro que o nível de literacia em saúde condiciona decisivamente os indivíduos a tomarem decisões acertadas sobre a sua saúde (Espanha et al., 2016).

Portugal, quando comparado aos países da União Europeia, apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de literacia em saúde (8,6%), visto que a média europeia é de 16,5%. Enquanto que a percentagem de portugueses com um nível

problemático de literacia em saúde é de 38,1%, maior que a média europeia (35,2%) (Espanha et al., 2016).

Num estudo de inquérito sobre literacia em saúde em Portugal realizado em 2016, reconheceram-se “grupos muito vulneráveis no campo da literacia em saúde na população portuguesa: grupos em que 60% das pessoas registam níveis de literacia ‘problemático’ ou ‘inadequado’” (DGS, 2019b, p. 6). Destes grupos vulneráveis fazem parte: “pessoas com 65 ou mais anos; com baixos níveis de escolaridade, com rendimentos até 500€ mensais; com uma autoperceção de saúde ‘má’; e que frequentaram, no último ano, 6 ou mais vezes, os CSP; com doenças crónicas; ...” (DGS, 2019b, p. 7).

Existem outros estudos que demonstram que a literacia em saúde diminuiu com a idade (Berens et al., 2016; Espanha et al., 2016; Guo et al., 2021).

A razão apontada pelos enfermeiros como conducente ao recurso ao SU em situação não urgente é corroborada pela literatura consultada. A DGS (2019a, 2019b) menciona que baixos níveis de literacia em saúde estão relacionados com um maior número de internamentos e maior utilização dos SU.

Também Oliveira (2020) estudou a procura do SU por utentes não urgentes, concluindo que a principal determinante pela procura do SU é a vontade do utente, determinada muitas vezes por iliteracia em saúde.

Cidadãos com baixos níveis de literacia em saúde e considerando que esta diminui com a idade, apresentam maior dificuldade na compreensão de informação relacionada com a saúde, na pesquisa no sistema de saúde e na avaliação de sinais e sintomas de possível agudização da doença crónica, recorrem mais aos serviços de saúde, particularmente àqueles aos quais têm mais acessibilidade, nomeadamente ao SU.

É sabido que o nível de literacia em saúde pode condicionar a procura pelos cuidados de saúde, assim sendo, os enfermeiros entrevistados demonstraram conhecimento relativamente ao problema em estudo. Neste sentido, os enfermeiros possuem um papel fundamental na avaliação precoce da literacia em saúde, permitindo orientar as suas ações de educação em saúde, ao utente e família/cuidador relativamente às melhores práticas no acesso aos cuidados de saúde. Estes profissionais têm ao seu dispor o *manual de boas práticas literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde* (DGS, 2019a).

Como referido pelos enfermeiros, este recurso ao SU pode dever-se também ao fato de os utentes quererem uma **resolução imediata dos problemas de saúde** e terem uma **boa acessibilidade ao SU**. Esta razão encontra expressividade na WHO (2018) que invoca que o SU oferece um atendimento mais diferenciado, imediato, 24h por dia, para a maioria das especialidades. Também os estudos realizados por Oliveira (2020) e Rodrigues (2017) apontam como uma das razões para os utentes não urgentes recorrerem ao SU a necessidade de um atendimento imediato.

A oferta de meios, incluindo medicamentos, exames laboratoriais e radiografias, acesso a instalações técnicas e a oportunidade de realizar exames especializados num único local, são considerados como motivos para os utentes recorrerem aos SU (Botelho et al., 2019; Campos, 2014; Rodrigues, 2017).

Os cidadãos acreditam que o SU oferece mais facilidades de acesso e dispõe de mais recursos fornecendo, portanto, melhores cuidados de saúde. A proximidade dos SU, a realização imediata de exames, o acesso a especialidades médicas, e o acesso imediato e fácil aos tratamentos são fatores decisivos para a escolha do SU. Parece poder dizer-se que a perceção da necessidade de um atendimento imediato poderá está associada a uma escolha inadequada do serviço de saúde.

É importante esta análise que os enfermeiros fazem, pois, sendo estes detentores deste conhecimento poderão também contribuir para a minimização do problema da procura pelo SU por utentes não urgentes, seja através do seu relacionamento com os seus utentes, que uma vez mais passa também pela incrementação do nível de conhecimento, seja pela tomada de decisão em projetos de saúde.

A **falta de apoio familiar**, ao utente também é percecionada pelos enfermeiros como uma das razões da utilização inadequada do SU. A procura frequente pelo SU por pessoas idosas pode ser explicada por fatores, como múltiplas doenças, doenças crónicas, quedas, perda funcional combinada com a falta de apoio, entre outros (Gruneir et al., 2011; Van den Heede & Van de Voorde, 2016).

As famílias têm grande impacto nos cuidados de saúde dos idosos, quer na adesão ao regime terapêutico ou na progressão da própria doença (Saintrain et al., 2018). Este aspeto é particularmente importante pois, atualmente, uma grande parte dos agregados familiares das pessoas idosas é composto por apenas um elemento, decorrente da morte do conjugue, da distância física ou da ausência de outros familiares (Assunção, 2015). Esta tendência

para agregados familiares unipessoais pode explicar a falta de apoio familiar tão importante nos cuidados de saúde aos idosos. Constata-se também um número significativo de idosos que vivem sozinhos com o conjugue, geralmente um deles dependente, e sem rede de apoio de familiares, facto que dificulta o acesso aos serviços de saúde para a manutenção da vigilância de saúde, conduzindo assim a situações de procura do SU.

Este é um problema premente já que “segundo as projeções da Eurostat em 2040, Portugal será o país mais envelhecido da União Europeia. Até 2060, segundo projeções do INE, a população portuguesa poderá perder quase dois milhões de indivíduos” (Lapão & Pisco, 2019, p. 2).

Num estudo efetuado por Santos (2021) sobre as causas das readmissões hospitalares de pessoas com 65 e mais anos num SU de um centro hospitalar em Portugal, concluiu que entre as causas para readmissões hospitalares desta população são a insuficiência da rede de suporte formal, exaustão do cuidador familiar, isolamento social ou familiar, e recusa de alta hospitalar por parte dos utentes e familiares.

A falta de apoio familiar poderá condicionar o recurso ao SU, situação que também encontra expressividade em estudos nacionais e internacionais. Perante esta realidade, os enfermeiros poderão ser intermediários entre os utentes que revelam não ter apoio familiar e os serviços sociais existentes nos CS, podendo desta forma limitar a procura pelo SU por utentes não urgentes. Outro fator relevante e que pode minimizar esta situação é a implementação de bolsas de voluntariado/liga de amigos/associação de utentes nos CS/ACeS. A sua criação permitiria o apoio afetivo, mas também o apoio destas pessoas em várias atividades, tais como a supervisão e o acompanhamento a consultas, recolha e compra de receituário ou articulação com a equipa de saúde familiar em caso de necessidade. Estando prevista a sua criação e implementação nos serviços de saúde, com projetos bem-sucedidos nalguns CS ao nível local, seria uma mais valia a sua extensão a todos os CS e/ou municípios, visando assim contribuir para um melhor acompanhamento e vigilância de saúde dos utentes das várias unidades funcionais.

A pouca **informação dada pelos profissionais de saúde**, relativamente ao nível de diferenciação das unidades de saúde e ao acesso aos cuidados de saúde não aparece consignada na literatura consultada, como um dos motivos para o cidadão optar pelo SU em situação de doença não urgente.

A referência à pouca informação dada pelos profissionais de saúde é a primeira vez que aparece mencionada, permitindo assim a aquisição de novos conhecimentos para mapear a problemática estudada. O enfermeiro é um educador permanente nos serviços de saúde, compete-lhe também vincular a informação relativamente ao nível de diferenciação das unidades de saúde e às melhores práticas no acesso aos serviços de saúde.

O relacionamento médico/enfermeiro de família/utente e a baixa ligação dos utentes ao médico/enfermeiro de família foram igualmente razões mencionadas pelos enfermeiros para o utente não urgente preferir o SU, em vez de recorrer aos CSP. Contudo, e de acordo com a literatura consultada, estes aspetos não aparecem mencionados. Porém, Oliveira (2020, p. 37) durante o estudo que realizou num SU com utentes não urgentes, constatou que a maioria dos utentes estava satisfeito com o médico de família, no entanto cerca de 20% não estava satisfeito com o médico de família (“nada satisfeito 7,46%; pouco satisfeito 12,28%; satisfeito 48,25%; muito satisfeito 32,02%”), podendo esta franja populacional contribuir para a procura do SU em situações não urgentes, contudo é necessário realizar mais estudos.

É inequívoco que uma boa relação entre o médico/enfermeiro de família/utente poderá fomentar uma maior proximidade aos CSP. Será importante os enfermeiros de CSP terem esta conceção, de forma a que os CSP sejam o ponto de encontro com os utentes ao longo do seu ciclo de vida, por forma a que estes recorram aos CSP em primeiro lugar em situação de doença não urgente.

O conhecimento sobre o funcionamento dos CSP, poderá estar relacionado com a iliteracia em saúde, que leva o cidadão a não optar por estes serviços em detrimento do SU. Porém o relatório do grupo de trabalho – serviços de urgências (SNS, 2019), também faz alusão que as variadas nomenclaturas, designações e soluções ao nível dos CSP confundem o utente, podendo mesmo induzir em erro.

Em relação aos profissionais dos hospitais não terem conhecimento sobre o funcionamento destes cuidados, este dado não foi encontrado na literatura consultada como motivo para a procura do SU em situação não urgente podendo, no entanto, este resultado contribuir para a aquisição de novos conhecimentos para mapear a problemática em estudo.

Se o utente for conhecedor do funcionamento dos CSP, presume-se que mais correta será a utilização destes serviços. Neste ponto debate-se uma vez mais a literacia em saúde, que

pode envolver os utentes e os profissionais. É importante identificar e procurar minorar as dificuldades dos utentes e dos profissionais relativamente ao funcionamento dos CSP, podendo assim reduzir as visitas aos SU em situação de doença não urgente.

Os enfermeiros também fazem menção a algumas particularidades do **sistema de saúde** que podem contribuir para esta procura inadequada do SU, nomeadamente a **resposta dos CSP (recursos, horário de funcionamento, capacidade de resposta dos profissionais, indisponibilidade de meios complementares de diagnóstico, ausência de atribuição médico/enfermeiro de família e falta de confiança)**.

Neste âmbito, Coster et al. (2017) identificaram 6 motivos para os utentes procurarem os SU: acesso insuficiente e pouca confiança nos CSP; conveniência; influência de familiares e amigos na procura deste serviço; percepção da gravidade da doença; fatores pessoais; e apreciação de que o hospital dispõe de meios complementares de diagnóstico e terapêutica necessários.

Outros estudos também concluíram que os utentes em condição não urgente recorrem ao SU pela possibilidade de realizar exames de diagnóstico (Botelho et al., 2019; Campos, 2014; Dixe et al., 2018; Oliveira, 2020; Rodrigues, 2017).

A percepção da gravidade da doença como decisiva na procura pelo SU, é referida variadas vezes na literatura (Botelho et al., 2019; Coster et al., 2017; Dixe et al., 2018; Lobachova et al. (2014, como citado em Brazão et al., 2016); Oliveira, 2020; Rodrigues, 2017).

O mesmo se passa relativamente à influência de familiares e amigos na procura do SU apontada por alguns autores, nomeadamente Coster et al. (2017), Lobachova et al. (2014, como citado em Brazão et al., 2016) e McKenna et al. (2020), porém estas razões nunca foram mencionadas pelos enfermeiros participantes do estudo como determinantes na procura pelo SU em situação de doença não urgente.

Contudo mais e melhor informação ao nível da saúde para a população em geral poderá contribuir para uma verdadeira percepção do estado de saúde da pessoa e consequentemente uma utilização mais correta do SU.

No seu estudo, Oliveira (2020) não corroborou as hipóteses que apontavam para o facto de a afluência ao SU poder ter origem nas dificuldades de acesso aos CSP – horário de funcionamento. Este verificou que a maior procura do SU era entre as 8h e as 20h, horário em que os CSP estão a funcionar. Dos utentes que procuraram o SU fora deste horário,

811 utentes, apenas 315 eram pouco ou não urgentes. Por sua vez, o estudo de Dixe et al. (2018) também corrobora que a maior parte dos episódios inadequados de urgência ocorrem nos períodos da manhã e tarde.

Relativamente à variável fim-de-semana, Rocha (2020) concluiu que não era estatisticamente significativa observando que, os sábados e os domingos são tradicionalmente os dias da semana com menos episódios de recurso ao SU.

Relativamente à ausência de atribuição de médico/enfermeiro de família, a perceção dos enfermeiros revela que ainda existe escassez de médicos de família, o que implica o recurso ao SU. No estudo realizado por Rodrigues (2017), dos utentes não urgentes estudados que recorreram ao SU, 71,33% referiram que tinham médico de família atribuído, o mesmo verificou Dixe et al. (2018), já que 84,9% dos utentes que visitaram os SU, tinham acesso ao médico de família. Oliveira (2020) encontrou dados similares, os resultados evidenciaram que cerca de 98% dos utentes tinham acesso ao médico de família.

O Ministério da Saúde (2019) confere que a percentagem de população inscrita no SNS com médico de família atribuído (9.478.480 utentes), mantém-se nos correspondentes 93%, dos utentes inscritos nos CSP. Em linha com o ano anterior, a população inscrita no SNS com médico de família atribuído abrangeu, em 2019, os 92,7%, o correspondente a 9.551.178 utentes inscritos nos CSP (Ministério da Saúde, 2020). Contudo, em 2020 assistiu-se ao decréscimo de cerca de 1 ponto percentual face a 2019, da população inscrita no SNS com médico de família atribuído, 91,6%, o que corresponde 9.449.263 utentes inscritos nos CSP (Ministério da Saúde, 2021).

Verificando-se que o número de utentes sem médico de família registou o valor mais baixo de sempre, em 2018, com 690.232 utentes sem médico de família. Em 2019, assistiu-se à inversão do decréscimo do número de utentes sem médico de família, com o registo de 730.232 utentes sem médico de família. Em linha com o ano anterior, verificou-se um total de 835.658 utentes sem médico de família, em 2020 (Ministério da Saúde, 2019, 2020, 2021).

O número de utentes inscritos com enfermeiro de família atribuído aumentou em países da Europa e em Portugal. Em Portugal constatou-se um aumento de 15,7% no período de 2015-2019, permitindo uma cobertura de cerca de 86% dos utentes inscritos, ou seja, evoluiu-se percentualmente dos 69,9% de utentes com enfermeiro de família atribuído

em 2015, para os 85,6% em 2019 (Ministério da Saúde, 2020). No final de 2020, 86,3% dos utentes inscritos nos CSP tinham um enfermeiro de família atribuído. (Ministério da Saúde, 2021). Comparativamente com a cobertura pelos médicos de família, em 2020 (91,6 %), no caso da enfermagem, o valor da cobertura é menor (86,3%).

Perante os testemunhos dos enfermeiros entrevistados não é corroborado por estudos recentes, o horário de funcionamento dos CSP como condicionante pela procura do SU em situação de doença não urgente. A capacidade de resposta dos profissionais não foi encontrada na literatura consultada, podendo assim esta informação contribuir para mapear a problemática estudada.

A indisponibilidade de meios complementares de diagnóstico é corroborada por Botelho et al. (2019), Campos (2014), Dixe et al. (2018), Oliveira (2020) e Rodrigues (2017) e a pouca confiança nos CSP foi encontrada nos achados de Coster et al. (2017), como fatores contributivos pela procura do SU por utentes não urgentes.

Os enfermeiros entrevistados, fazem alusão à falta de médicos/enfermeiros de família, como potenciadores de uma procura pelo SU por motivo não urgente. Como mostram as evidências científicas, há um manifesto aumento de médicos e enfermeiros de família em Portugal. Porém as UCSP (como referido por um enfermeiro), ainda não passaram pelos efeitos de reforma dos CSP. Assim, os utentes destas unidades funcionais poderão ter falta de acesso ao médico de família em tempo adequado conforme corroborado por Campos (2014), o que pode contribuir para esta franja populacional recorrer ao SU em situação de doença não urgente.

Será fundamental os enfermeiros continuarem a mostrarem o seu valor e o seu papel como enfermeiros de família nos CSP. Caberá aos enfermeiros esclarecer os cidadãos que as suas necessidades são infinitas ao contrário dos recursos em saúde, assim sendo é importante otimizar o que de melhor os serviços de saúde oferecem e valorizar o seu capital humano.

É essencial que os enfermeiros de CSP interiorizem que o seu papel é determinante para acompanhar devidamente os utentes no seu percurso de saúde/doença e para isso é necessário criar confiança nos CSP. Contudo será sempre importante os enfermeiros apontarem as fragilidades do sistema de saúde a quem de responsabilidade e colaborarem em projetos de saúde no sentido do bem-estar do utente.

Tipologia de utentes que recorrem ao SU em situação não urgente

No que concerne à perceção que os enfermeiros entrevistados têm relativamente à tipologia de utentes que optam pelo SU em situação não urgente formaram-se duas categorias: **utentes idosos, com doenças crónicas, sem apoio familiar e/ou com necessidades socioeconómicas e afetivas, e com necessidades de cuidados de saúde; e utentes com baixa ligação ao médico/enfermeiro de família.**

Relativamente à primeira categoria, a perceção que os enfermeiros entrevistados têm relativamente à tipologia de utentes que optam pelo SU em situação não urgente, é referido que são **utentes idosos, com doenças crónicas**. Resultados semelhantes foram apresentados por Rodrigues (2017), no seu estudo foi observado que foram os idosos o grupo que mais afluíu ao SU em situação de doença não urgente. Neste sentido, Franchi et al. (2017) ao estudarem os idosos que recorrem ao SU, descrevem indivíduos do sexo masculino, polimedicados com historial de internamentos, com admissões prévias ao SU e que residem a cerca de 10 quilómetros deste serviço, como os que recorriam mais ao SU. A maioria destas visitas foi realizada por problemas não urgentes.

Contudo, nos estudos efetuados por Dixe et al. (2018) e Oliveira (2020) a maioria dos utentes não urgentes, que se dirigem ao SU são maioritariamente do sexo feminino, de meia idade com diminuídas habilitações literárias, o que indica que não são, somente os indivíduos idosos que recorrem ao SU em situação não urgente.

Os enfermeiros entrevistados ao indicarem os idosos como aqueles que mais recorrem ao SU por motivos não urgentes, vão apenas ao encontro de alguns estudos. Será assim necessário ter em conta outras faixas etárias, na sua missão educacional sobre a opção mais correta de utilização dos serviços de saúde em situação de doença não urgente.

Relativamente à referência **sem apoio familiar e/ou com necessidades socioeconómicas e afetivas**, já foi mencionado anteriormente a importância do apoio familiar nos cuidados de saúde e no apoio afetivo ao idoso, assim como a falta desse apoio pode condicionar uma visita ao SU. Relativamente às **necessidades económicas** do utente, essa razão é corroborada no estudo de Botelho et al. (2019), ou seja, a escolha do SU também poderá estar condicionada pelos aspetos socioeconómicos dos utentes. Quando em 2016 houve uma revisão das taxas moderadoras, surgiram mais utentes isentos e o próprio Ministério da Saúde (2018) reconheceu que pode ter conduzido, de uma forma menos correta, a um aumento na procura pelos SU. Segundo os dados extraídos do portal da transparência do

SNS verificou-se um acréscimo gradual dos utentes, isentos de taxas moderadoras, com o critério de isenção insuficiência económica, de cerca de 2.652.044 em 2016 para cerca de 2.825.274 em 2018 (SNS, 2021c).

Apesar de Portugal ter bons indicadores na esperança de vida, muitos idosos carecem de uma condição económica satisfatória para as suas necessidades, como ilustram Lapão e Pisco (2019), ao referirem que na União Europeia os idosos portugueses são um grupo vulnerável em situação de pobreza, sendo mais propensos a sofrer de saúde precária, desemprego e exclusão social.

No estudo desenvolvido por Rocha (2020), a autora chama a atenção para o facto da **insuficiência económica** dos utentes poder estar subestimada, pois quando o utente recorre ao SU e procede à sua inscrição, se o campo referente à isenção ou não de taxa moderadora não for preenchida no sistema informático, considera-se que o utente não está isento, o que pode não traduzir a realidade socioeconómica da pessoa.

A carência económica como relatado pelos enfermeiros poderá contribuir para a procura do SU em detrimento de outros serviços de saúde, nomeadamente os serviços de saúde particulares.

No que respeita à menção dos enfermeiros aos **utentes com necessidades de cuidados de saúde**, os estudos de Dixe et al. (2018) e Oliveira (2020) corroboram que os consumidores de cuidados não urgentes no SU são, muitas das vezes, também consumíveis de cuidados de saúde nos CSP.

Poderão ser utentes com doença crónica uma vez que a literatura evidencia que, as pessoas que vivem com doença crónica, expressam necessidades de um aumento de consumo global de cuidados de saúde (Dineen-Griffin et al., 2019). Neste sentido, também a DGS (2019a) alude que existe um elevado número de pessoas com multimorbilidades que utilizam os cuidados de saúde com frequência, sobretudo os SU.

No que concerne à segunda categoria, a percepção que os enfermeiros entrevistados têm relativamente à tipologia de utentes que optam pelo SU em situação não urgente é de que são **utentes com baixa ligação ao médico/enfermeiro de família**. Não foi encontrado na literatura este tipo de utentes, este dado poderá assim permitir a aquisição de novos conhecimentos para mapear a problemática estudada. Já anteriormente foi abordada que esta ligação poderá ser importante para os utentes estarem mais próximos dos CSP e consequentemente estes serem mais resolutivos numa situação de doença não urgente.

Contudo, Rocha (2020) conclui que a relação de proximidade, entre o utente e médico de família pode levar a uma situação de pressão do utente sobre o médico, que poderá conduzir a uma referenciação para o SU do hospital. Admitindo mesmo, que o próprio utente poderá mesmo exagerar na sua sintomatologia para obter exames complementares de diagnóstico, ou referenciação para um nível de cuidados mais diferenciado.

Sistema de identificação do recurso ao SU por utentes não urgentes

Os enfermeiros entrevistados já utilizam regularmente sistemas informáticos que lhes possibilitam visualizar o motivo da ida do utente ao SU, assim como a análise de outros dados importantes, nomeadamente: o MIMUF, o Scĺnico e o RSE.

O MIMUF, possibilita a obtenção de relatórios com as particularidades do utente, de forma a que o profissional de saúde possa aceder à análise dos dados dos seus utentes, da sua produção, da prescrição de medicamentos, dos exames de diagnóstico e medicação e cálculo de indicadores (ACSS, 2017).

O Scĺnico, permite aceder à informação clínica do doente e partilhar dados com profissionais de saúde de diversas áreas, bem como a sistematização dos mesmos, permitirão uniformizar as práticas levando a um melhor acompanhamento na prestação dos cuidados de saúde ao cidadão (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2021a).

O RSE, procura juntar informação fundamental de cada cidadão. O RSE é produzido por dados clínicos recolhidos eletronicamente para cada cidadão e gerados por entidades que prestam cuidados de saúde (SPMS, 2021b).

Os enfermeiros têm assim os seus sistemas informáticos que, de uma forma acessível, permitem o acesso ao historial clínico do utente, incluindo informação sobre os episódios de urgência. Indiscutivelmente será uma mais valia para os enfermeiros conseguirem trabalhar com os utentes no sentido de demovê-los de procurarem o SU com problemas de saúde não urgentes.

Intervenções de enfermagem para a prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes

Estratégias que os enfermeiros de CSP consideram importantes para prevenir a utilização do SU por utentes não urgentes e que os enfermeiros entrevistados já desenvolvem e promovem.

Educação, quando se referem à educação os enfermeiros fazem menção à informação oral, escrita e campanhas educativas, que já realizam ou já realizaram, mas consideram a educação permanente em saúde uma estratégia que tem de estar sempre presente de uma forma dinâmica. Esta intervenção dos enfermeiros encontra expressividade na DGS (2015), em Johnson (2017), Lemos e Silva (2018) e Shrank (2017).

Educação permanente em saúde é toda a prática realizada em âmbito laboral, que vise a alteração das práticas de trabalho para melhor atendimento dos utentes de um determinado serviço de saúde, tendo como foco a participação ativa dos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem (Lemos & Silva, 2018).

O Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020 propõe o desenvolvimento de programas de educação para a saúde. A política nacional dos cuidados primários reforça a importância da educação permanente em saúde e que esta deve estar incorporada na prática dos CSP, sendo assim possível identificar os problemas a serem resolvidos e desenvolver formas inovadoras no processo de aprendizagem (DGS, 2015).

Os enfermeiros têm de ter uma função didática para com os seus utentes e o dever de os ajudar a aprender. Ou melhor os CSP devem ser, antes de mais, locais de ensino e aprendizagem. O Consumerismo é um conceito emergente na educação para a saúde e na forma como os cidadãos se relacionam com os CSP (Johnson, 2017; Shrank, 2017). Este conceito está relacionado com o consumo consciente dos cidadãos, necessitando da ação coordenada dos governos, instituições de saúde e cidadãos individualmente. Neste sentido, os enfermeiros de CSP devem desenvolver ações de consciencialização dos utentes para um consumo racional e responsável dos serviços de saúde, permitindo a tomada de decisão informada no uso do recurso aos SU.

Na **Avaliação**, os enfermeiros mencionam que avaliam as situações saúde/doença procurando ser resolutivos no imediato, e que fazem um encaminhamento correto para o SU, quando os utentes procuram os CSP.

O enfermeiro desenvolve tarefas importantes, como: planejar, gerir e realizar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, gerir serviços de saúde, desenvolver educação em saúde (Lopes et al., 2020) e deverá também gerir a continuidade dos cuidados de saúde com outros serviços de saúde (Regulamento nº 428/2018, 2018).

Deste modo, as intervenções dos enfermeiros entrevistados vão ao encontro da generalidade da literatura sobre aquilo que se pretende de um enfermeiro no exercício da sua profissão, nomeadamente nos CSP.

As dificuldades sentidas pelos enfermeiros de CSP na identificação dos utentes que recorrem frequentemente ao SU em situação não urgente estão relacionadas com: a **falta de interface**; a baixa **responsabilização pelo processo saúde/doença** quer do utente, quer do familiar; e o **recurso autónomo por parte dos utentes não urgentes** ao SU.

Os enfermeiros participantes referem como dificuldades a **falta de interface**, seja pela falta de um sistema de alerta informático que notificasse os utentes que vão ao SU ou pela falta de comunicação entre os profissionais de CSP e do SU. Parece estar patente nos discursos dos enfermeiros a necessidade de proximidade entre os dois níveis de cuidados de saúde, pois só assim, se podem avaliar as razões que levaram as pessoas a recorrer ao SU e trabalhar com elas, no sentido da prevenção da ida por situações não urgentes e/ou assegurar a continuidade e acompanhamento dos cuidados de saúde nos CSP.

A DGS (2017) faz alusão à transição de cuidados de saúde: como “a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre os profissionais de saúde, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos. São exemplos, a transição de cuidados entre os CSP, os cuidados hospitalares ...” (p. 4). Essa transição de cuidados referenciada pelos enfermeiros, de fato faz parte da conduta profissional do enfermeiro.

A falta de *interface* nomeadamente, a falta de um sistema de alerta informático que notifique os utentes que vão ao SU, é a primeira vez que aparece referenciada, permitindo a aquisição de novos conhecimentos para mapear a problemática em estudo. Seria mais uma ferramenta informática precisa, pois no meandro do atendimento dos utentes em CSP, seria mais facilmente visualizado que aquele utente foi ao SU recentemente. Quanto mais profissionais estiverem envolvidos em tempo real nesta problemática das visitas inapropriadas ao SU, mais ganhos em saúde serão obtidos, permitindo assim otimizar os serviços de saúde.

Também os enfermeiros fazem menção à baixa **responsabilização pelo processo saúde/doença** quer do utente, quer do familiar. No Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020 é manifestado a importância de capacitar os cidadãos, “...através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do sistema do Sistema de Saúde, com base no

pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*)” (DGS, 2015, p. 21). A necessidade de promover um espírito crítico nas pessoas face às suas decisões de saúde é salientada também por Rocha (2020).

Esta opinião vai então de encontro à literatura consultada, sendo necessário os enfermeiros fazerem esta avaliação e trabalharem o nível de conhecimento destes utentes e respetivas famílias e/ou cuidadores, no sentido de estes serem mais proactivos e conscientes no seu processo de saúde/doença. Reconhece-se assim a importância de incrementar o nível de literacia em saúde da população.

Nesta área, os enfermeiros de CSP têm um papel fundamental, pela proximidade com o utente e família, pelo que devem desenvolver contextos promotores da literacia em saúde, influenciado para as melhores opções, de modo a permitir ao utente/família ter informação sobre o sistema de saúde e tomarem decisões em saúde informados, nomeadamente no que se refere ao uso do SU.

O Recurso autónomo dos utentes não urgentes ao SU é encarado pelos enfermeiros como uma dificuldade acrescida na sua esfera laboral, como é mencionado nos estudos de Dixe et al. (2018) e Oliveira (2020), a maioria dos utentes não urgentes procurou o SU por iniciativa própria.

O fato de o utente recorrer ao SU por doença não urgente por iniciativa própria, sem consultar previamente um profissional de saúde, poderá ser explicado pela falta de informação (iliteracia em saúde). O utente deverá ser responsável pelo seu processo saúde/doença, contudo poderá necessitar da capacitação por parte dos enfermeiros, pelo desenvolvimento da sua literacia em saúde.

Os enfermeiros entrevistados desenvolvem assim ações que vão de encontro ao esperado, no seu desempenho profissional, otimizando assim os CSP e contribuindo desta forma para que os utentes utilizem corretamente os serviços de saúde e conseqüentemente não recorrerem ao SU por motivo de doença não urgente. Contudo, debatem-se com algumas dificuldades que passam pela iliteracia em saúde dos utentes e também dos enfermeiros de CSP quando não se articulam corretamente com os seus parceiros nos CSP.

Sugestões de melhoria para prevenção do recurso ao SU por utentes não urgentes

Outras estratégias a implementar como preventivas da utilização inadequada do SU por utentes não urgentes e que os enfermeiros entrevistados consideram importantes.

Na perspetiva destes enfermeiros seria importante haver uma melhor **articulação CSH versus CSP** onde se destacam as subcategorias: **referenciação; encaminhamento; comunicação entre CSP e SU**. Esta ideia também é corroborada no relatório do grupo de trabalho, serviços de urgências (SNS, 2019), onde é reportada a necessidade de rever regionalmente a comunicação CSP-Hospital-CSP, promovendo a orientação adequada do utente, agilizando e melhorando a transição de cuidados e partilha de informação clínica. É também proposto “definir pontos de contacto nos SU e CSP para consultoria de casos com utilização de meios de telessaúde (telemóvel dedicado, telemedicina: exames complementares de diagnóstico), entre os CSP e os SU de uma área, para consultoria ou discussão de casos, estruturados regionalmente” (SNS, 2019, p. 19).

A boa resposta dos CSP em articulação com os serviços hospitalares é um dos objetivos de qualquer sistema de saúde (Nunes & Matos, 2021). Em Portugal, criaram-se as ULS, num estudo feito pelos autores supracitados, com a participação de vinte gestores, verificou-se que a articulação entre os serviços de saúde melhorou o acesso, aumentou a qualidade e a eficiência de ambos os níveis de cuidados, sendo o encaminhamento um dos principais pontos de melhoria, o que contribuiu para um acompanhamento próximo do utente e do seu estado de saúde e para a valorização dos CSP.

Estas estratégias defendidas pelos enfermeiros de CSP, que estão no terreno, são em parte já consideradas por entidades de saúde e pelos autores supracitados. Segundo a investigadora serão estratégias realistas para minimizar o uso excessivo de utentes não urgentes ao SU.

A outra subcategoria, **criação de estratégias para identificação dos utentes** quer os que recorrem ao SU em situação não urgente, quer os não frequentadores dos CSP. Em alguns estudos encontrados na literatura consultada identificou-se o perfil de alguns destes utentes, como já mencionados anteriormente. Relativamente aos utentes não frequentadores dos CSP, o Ministério da Saúde alude a que a diferença entre a população inscrita nos CSP e a população residente poderá dever-se a fatores como, a manutenção da inscrição ativa no SNS, por parte dos cidadãos nacionais residentes no estrangeiro, ou estrangeiros em estadias temporárias (Ministério da Saúde, 2019, 2020, 2021).

Uma estratégia a ser implementada seria estudar o perfil dos utilizadores não urgentes do SU na região geográfica onde se inserem as USF, nomeadamente para serem mais precisos poderiam estudar os utentes de uma USF específica, como mencionou um

enfermeiro. Outra estratégia seria atualizarem os ficheiros dos utentes inscritos nos CSP, para assim alargar a cobertura dos médicos de família aos utentes frequentadores dos CSP.

Estas estratégias, são possíveis de serem exequíveis e poderiam de alguma forma minimizar as idas ao SU por utentes não urgentes naquela zona geográfica.

Na perspetiva dos enfermeiros entrevistados seria pertinente **centrar os cuidados no cidadão**. A sociedade civil tem um peso importante nas decisões em cuidados de saúde. Este fato não implica que as políticas públicas devam ser conduzidas pelas exigências da sociedade, mas que estas considerem as expectativas e respondam às necessidades de saúde dos indivíduos considerando a sua situação socioeconómica, as suas condições de vida, nutrição, habitação, educação e poder de compra (Menezes et al., 2017). Sendo assim é importante que as autoridades de saúde promovam serviços centrados nos seus utentes.

Exemplo desta realidade, são os serviços partilhados do Ministério de Saúde, que visam metas e estratégias com visão centrada no cidadão, onde a colaboração dos profissionais de saúde é fundamental. Os serviços de saúde portugueses procuram assim adaptarem-se à complexidade do utente, exemplo disso é o trabalho diário dos enfermeiros entrevistados, numa das USF que entraram no estudo. A filosofia e a sua missão é resolver sempre que possível o problema do utente e do seu familiar direto, que em determinadas situações poderá não pertencer aquela USF. São exemplo, as pessoas idosas a viver temporariamente em casa dos filhos e que necessitam de cuidados de saúde. Esta estratégia permite assim minimizar o recuso ao SU de pessoas que esporadicamente estão deslocadas da sua zona geográfica e que face à sua vulnerabilidade podem recorrer mais frequentemente aos serviços de saúde.

Para aumentar a proximidade junto do utente e a transparência dos serviços prestados foi desenvolvido o novo Portal do SNS. A App *MySNS* é uma aplicação oficial do SNS e é a ligação móvel a este portal e aos serviços digitais da saúde (SNS, 2021a).

O *MySNS* permite consultar notícias do SNS, consultar informação de saúde, disponibilizar uma lista e mapa de instituições de saúde (hospitais, CSP e farmácias), avaliação da qualidade e satisfação do SNS pelo cidadão, e consulta de informação do centro de contacto *SNS 24*, igualmente envia notificações como alertas de calor, etc., relacionadas à localização do utente (SNS, 2021a). Nas entrevistas dos enfermeiros não foi nomeada esta ferramenta eletrónica.

Os enfermeiros entrevistados sugerem como estratégia uma visão centrada no cidadão para prevenir o recurso ao SU por utentes não urgentes e procuram colaborar na exequibilidade desta estratégia. A investigadora, contudo, denotou que os enfermeiros nunca fazem alusão aos sistemas digitais de saúde, que foram concebidos e estão disponíveis para aproximarem os serviços de saúde da população, contribuindo desta forma para centrar os cuidados de saúde no cidadão.

Promover a acessibilidade aos CSP, incluem-se nesta categoria, as três seguintes subcategorias de quatro, **alargar o horário de atendimento, aumentar a resposta dos CSP, disponibilizar linha telefónica** sendo assim possível corroborar os achados de Gunther et al. (2013) e Whitaker et al. (2016), que concluem que uma melhoria no acesso aos CSP e uma melhor continuidade de cuidados resultam numa menor utilização dos serviços, incluindo os SU. Por sua vez, Rocha et al. (2016) consideram que a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde deve ter em conta as necessidades de saúde da população, com a disponibilidade dos serviços de saúde em tempo e local apropriado.

Segundo as recomendações da CRRNEU (2012), compete aos CSP através de um atendimento rápido não programado, providenciar a acessibilidade necessária ao atendimento em situação aguda não urgente.

Os enfermeiros fazem menção para a necessidade de disponibilizar linha telefónica nos CSP. O SNS já disponibiliza o *SNS 24* que também é um serviço telefónico (808 24 24 24), que oferece um conjunto de serviços clínicos e não clínicos que possibilita resolver assuntos sem haver necessidade de se deslocar para os CSP ou hospital (Ministério da Saúde, 2019, 2020; SNS, 2021a).

Oliveira (2020) no estudo que realizou com utentes não urgentes que recorrem ao SU, em que analisa também os utentes nos CSP, observou que apesar dos utentes terem conhecimento da linha de saúde *SNS 24*, apenas cerca de 50% a tinha usado no passado, tendo ficado satisfeito com o serviço. Contudo apenas 11% das pessoas recorreram à linha antes de recorrer ao SU e 4% antes de recorrer aos CSP.

Segundo informação disponível nos relatórios anuais do Ministério da Saúde (2019, 2020) sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas confirmou-se um acréscimo na utilização da linha de saúde *SNS 24* entre

2018 e 2019 por parte da população portuguesa. No ano de 2018 foram atendidas 1.091.219 chamadas neste centro e em 2019, 1.261.770 chamadas.

Ainda de acordo com os dados divulgados no referido relatório do Ministério da Saúde (2020), das 1.261.770 chamadas atendidas em 2019 pelo SNS 24, cerca de 31,3% das chamadas foram reencaminhadas para os SU, seguindo-se as situações de menor risco e passíveis de serem geridas através de autocuidados (24,4%) e os encaminhamentos para os CSP (22%).

A linha SNS 24 ajuda os cidadãos a escolherem o local mais adequado às suas necessidades, oferece vários serviços, não só informativo, como de triagem clínica e avaliação do estado de saúde, e marcação de consultas, mas também referencia os cidadãos para os serviços do SNS que melhor se apropriam. Os enfermeiros entrevistados nunca fizeram menção a este serviço telefónico do SNS.

No que concerne à quarta subcategoria **informar sobre as melhores práticas no acesso aos cuidados de saúde (CSP, SU)**, os enfermeiros defendem que além de reforçar a educação e informação, seja a nível individual ou coletivo nos CSP e no hospital, os meios de comunicação social também podiam informar os cidadãos relativamente ao melhor acesso aos cuidados de saúde.

Estas estratégias vão em parte ao encontro do defendido por Dixe et al. (2018), que concluem a importância de se apostar na informação/divulgação das melhores práticas no acesso aos cuidados de saúde (CSP e SU), nomeadamente nas salas de espera das consultas externas dos hospitais e dos CSP. Por sua vez, Rodrigues (2017) também defende a criação de campanhas nacionais informativas de sensibilização de forma a que os cidadãos sejam responsabilizados pela utilização dos serviços de saúde.

O relatório do grupo de trabalho, serviços de urgências (SNS, 2019), também corrobora que é necessário melhorar a comunicação e divulgação, nomeadamente através da comunicação social de uma forma regular, de toda a informação relativa ao funcionamento dos CSP no que diz respeito ao atendimento de doença aguda.

A implementação destas estratégias de propagação orientadas para os consumidores de cuidados de saúde, relativamente ao nível de diferenciação e ao acesso aos cuidados de saúde, poderão contribuir para limitar o recurso ao SU por doença não urgente e permitir ganhos em saúde.

O Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020 propõe o desenvolvimento de programas de utilização racional e adequada dos serviços de saúde (DGS, 2015). Assim como, o portal *SNS 24* e a linha telefónica *SNS 24* informam os cidadãos relativamente ao melhor acesso de cuidados de saúde a ser utilizado. Como já referido, os enfermeiros entrevistados não fizeram menção ao portal *SNS 24* e à linha telefónica *SNS 24*.

Outra estratégia referida pelos enfermeiros participantes é o **desenvolvimento de tecnologias digitais**, quer para os profissionais de CSP, quer para os utentes. No seu estudo Rocha (2020) conclui que a saúde digital pode ter um papel determinante na mudança do sistema de saúde, possibilitando uma maior proximidade aos utentes, diagnósticos fiáveis e cuidados de saúde mais humanizados. Em Portugal, como exemplo, está implementado o *SNS 24* digital que entre outros serviços colabora na triagem, aconselhamento e encaminhamento na doença aguda não emergente. O *SNS 24* digital pode ser utilizado por profissionais de saúde e utentes. Os enfermeiros entrevistados não citaram esta ferramenta digital disponível.

Mediante uma crise pandémica, como a que ocorre com a Covid-19, a linha *SNS 24* foi fundamental na resposta do SNS, nomeadamente na gestão dos doentes ao SU e a outros serviços de saúde, constituindo uma verdadeira ferramenta de saúde pública para uma triagem precoce dos sinais de alerta (Rocha, 2020).

Como estratégia que poderia ser implementada, segundo os enfermeiros, seria um sistema de alerta informático que notificasse que aquele utente tinha recorrido ao SU e alargar as consultas não presenciais, por telefone ou recorrendo às novas tecnologias digitais.

As consultas não presenciais têm aumentado, de 8.946 em 2018 para 9.241 em 2019, devido à introdução de novos sistemas de informação e da desmaterialização de processos, como a prescrição eletrónica de medicamentos ou a telessaúde (Ministério da Saúde, 2018, 2019, 2020).

Responsabilização do processo saúde, doença pelo utente e familiar/cuidador. O Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020 propõe a promoção de uma cultura de cidadania que aponte a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de forma a serem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende, assim como mais conscientes dos custos em saúde (DGS, 2015).

Os enfermeiros quando defendem que é necessária uma responsabilização do utente e familiar/cuidador no seu processo saúde/doença vão ao encontro do defendido pela DGS, que uma vez mais passa pelo incremento da literacia em saúde.

O profissional de saúde de alguma forma avalia o grau de capacitação que o utente, familiar/cuidador tem ou adquiriu nos encontros com os serviços de saúde e procura que este, no momento da tomada de decisão, adote um comportamento salutogénico, o que nem sempre se verifica.

O enfermeiro deverá considerar todos os recursos do utente/família/cuidador, como o nível de literacia, rede social e autogestão da doença. Pessoas com mais recursos certamente gerem a sua condição de saúde/doença de uma forma diferente de pessoas com baixos recursos, as quais terão que ter apoio profissional.

Um enfermeiro fala mesmo em penalizar (coimas ou terem um *plafom* de utilização dos serviços de saúde) os utentes por incumprimento e/ou uma má utilização dos serviços de saúde. Esta sugestão não foi encontrada na literatura consultada, porém a investigadora considera-a um pouco utópica. Avaliar um utente/família/cuidador quando recorre aos serviços de saúde, pressupõe tempo, experiência profissional, necessidade de avaliar muitas *nuances*, pelo que seria difícil penalizá-lo, correndo o risco de uma avaliação enganosa, que em última instância poderia ser prejudicial para o utente.

É necessário ter em conta as características individuais de cada utente. Seriam necessários certamente muitos estudos, para aferição destas medidas.

Na perspetiva dos enfermeiros participantes outra estratégia a ser implantada seria **combater a solidão das pessoas, com a colaboração das juntas de freguesia**. O suporte social informal e formal é essencial para uma maior estimulação e um retardar do isolamento, solidão e dependência nas pessoas idosas. No suporte informal, incluem-se os familiares, amigos e vizinhança. O suporte formal diz respeito ao fornecimento de serviços comunitários, sociais ou de saúde (Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, 2019).

Exemplo dessa colaboração é o caso do projeto na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), o *Programa de Gestão de Caso para Doentes Crónicos com Multimorbilidade* (Mendonça et al., 2019), em que os profissionais de saúde contam também com um suporte social comunitário, conforme já referido anteriormente neste estudo.

Os enfermeiros podem desempenhar um papel na facilitação do acesso dos utentes aos serviços de suporte social, principalmente fornecendo orientação e aconselhamento aos utentes em famílias nucleares e que não têm suporte social suficiente (Ílhan et al., 2020).

Esta mediação feita pelos enfermeiros de CSP entre os utentes com pouco suporte social, familiar e a rede de suporte social, nomeadamente com a colaboração das juntas de freguesia, poderá ser uma sugestão importante para os utentes não recorrerem ao SU em situação de doença não urgente.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros de CSP desempenham um papel central na promoção da utilização racional do SU, pelo que foi importante ouvir os testemunhos destes atores relativamente à procura pelo SU por utentes em situação de doença não urgente.

Com esta investigação foi possível identificar as razões que levam os cidadãos a recorrer ao SU em situação não urgente, quem são estes cidadãos, que dificuldades sentem os enfermeiros e que estratégias preventivas podem ser mobilizadas para levar os utentes a não recorrerem ao SU em situações não urgentes, na perspetiva dos enfermeiros de CSP entrevistados.

As razões apontadas para o recurso ao SU em situação não urgente estão relacionadas com os utentes, os profissionais de saúde e o serviço de saúde. Relativamente aos utentes os enfermeiros apontaram: o baixo nível de literacia em saúde; a procura de resolução imediata dos problemas de saúde; e a acessibilidade ao SU, este está aberto 24h por dia e permite a realização imediata de exames complementares de diagnóstico. No que concerne aos profissionais de saúde está relacionado com a pouca informação dada por estes profissionais sobre a importância da utilização adequada do SU. Por último, neste domínio, os enfermeiros apontam ainda as características do próprio sistema de saúde nomeadamente, a resposta dos CSP às necessidades dos cidadãos, o horário de funcionamento, a capacidade de resposta dos profissionais, a indisponibilidade de meios de diagnóstico, a ausência de médico de família por parte de alguns utentes, assim como a relação entre o médico de família e enfermeiro de família com o utente.

Relativamente à tipologia de utentes que mais procuram o SU são sobretudo os utentes com doenças crónicas, idosos sem apoio familiar. São utentes já consumidores de cuidados de saúde, com necessidades socioeconómicas e com baixa ligação ao seu médico/enfermeiro de família.

Como dificuldades sentidas pelos enfermeiros para identificar os utentes que recorrem ao SU em situação não urgente para a resolução dos seus problemas de saúde apontam o recurso autónomo ao SU, falta de *interface* entre o hospital e os CSP e ainda a baixa responsabilização pelo processo saúde/doença.

Como estratégias preventivas da utilização do SU em situação não urgente, os enfermeiros defendem a educação dos cidadãos sobre melhores práticas no acesso aos CSP e SU, nomeadamente com campanhas de sensibilização inclusive nos meios de comunicação social para a aproximação do utente aos CSP, e fortalecimento de relações de proximidade e acompanhamento entre os profissionais de saúde dos CSP e os utentes. Preconizam ainda que seja realizada uma avaliação prévia do utente nos CSP antes da ida deste ao SU e uma melhor articulação entre os CSP e o hospital, seja através do encaminhamento e referência dos utentes, do estabelecimento de melhores canais de comunicação entre os profissionais dos CSP e dos hospitalares, seja promovendo uma melhor acessibilidade aos CSP.

Os enfermeiros entrevistados já utilizam regularmente sistemas informáticos que lhes possibilitam visualizar o motivo da ida do utente ao SU, assim como, a análise de outros dados importantes, nomeadamente: o MIMUF, o Sclínico e o RSE.

As tecnologias digitais em saúde, foi outra das sugestões apresentadas para prevenir o recurso ao SU em situação não urgente, pelo que os enfermeiros consideram que a disponibilização de uma ferramenta digital pode facilitar a aproximação entre os utentes e os profissionais de saúde. Chamam igualmente à atenção para a necessidade de responsabilizar o utente/familiar/cuidador pelo seu processo saúde/doença e para a utilização racional dos gastos em saúde. Alertam que é necessário identificar os utentes não urgentes que recorrem ao SU e realizar um trabalho de proximidade com estes, assim como identificar os utentes que não frequentam os CSP para haver mais médicos de família disponíveis. Evocam a necessidade de um trabalho de maior envolvimento das juntas de freguesia no combate à solidão dos utentes.

Perante as narrativas dos enfermeiros, pode-se concluir que para estes enfermeiros os serviços de saúde deverão sofrer algumas modificações ao nível da organização dos CSP e nos cuidados hospitalares, para o atendimento dos utentes não urgentes. Saliendam a importância do incremento da literacia em saúde e das tecnologias digitais. Os sistemas digitais, ainda que possam requer novas abordagens, conduzem à conectividade entre os cidadãos e os profissionais de saúde, sem limitação de tempo, permitindo cuidados centralizados nos cidadãos, que também deverão estar envolvidos e colaborar naquilo que diz respeito à proteção e promoção da sua saúde. Os recursos disponíveis também devem ser otimizados e é preciso valorizar as pessoas para se obterem ganhos em saúde.

Neste estudo ao ser mapeada a problemática do recurso ao SU pelo utente não urgente, obteve-se um conhecimento contextual, que poderá constituir um contributo importante para esta problemática. Assim, os resultados obtidos podem ajudar os enfermeiros e os gestores dos serviços de saúde implicados a traçar novas abordagens promotoras da minimização deste problema. A redução da incidência das admissões de utentes no SU, permite o desenvolvimento de cuidados urgentes e emergentes em tempo útil, promovendo assim ganhos em saúde e diminuindo a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde nos SU.

Uma das limitações do presente estudo poderá estar relacionada com a escassez de estudos que abordem estratégias preventivas da utilização do SU por utentes não urgentes, e tendo em conta as limitações de um estudo exploratório, destaca-se a necessidade de estudos com outras amostras e com novos delineamentos, de forma a obter, novas contribuições acerca do fenómeno investigado e poder comparar resultados.

Os objetivos propostos neste estudo foram alcançados permitindo dar resposta à questão de investigação previamente formulada.

Por último, salienta-se ainda como contributo deste estudo a reflexão que os enfermeiros realizaram aquando das entrevistas sobre o importante papel que podem ter na minimização do recurso ao SU por utentes não urgentes e inclusive poderem desenvolver mais estudos nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2017). *Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários para o ano de 2017*. Ministério da Saúde/Administração Central do Sistema de Saúde, IP. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2021, dezembro 02). *Benchmarking hospitais: Monitorização mensal dos hospitais*. Serviço Nacional de Saúde. https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard
- Almedina, E. (Ed.). (2019). *Constituição da República Portuguesa* (6ª ed.). Edições Almedina, S.A.
- Alves, J. F. M., Almeida, A. L., Mata, M. A. P., & Pimentel, M. H. (2018). Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: A sobrecarga familiar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 8-16. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0197>
- Arnaut, A., & Semedo, J. (2017). *Salvar o SNS: Uma nova lei de bases da saúde para defender a democracia*. Porto Editora.
- Assunção, A. S. M. (2015). *Readmissões entre os idosos nos hospitais públicos em Portugal Continental* [Trabalho final do curso de especialização em administração hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública]. Run, Repositório Universidade Nova. <http://hdl.handle.net/10362/20177>
- Azeredo, Z. (2019). *Teoria e prática em investigação qualitativa*. Edições Piaget.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (5ª ed.). Edições 70.
- Barros, P. P., Lourenço, A., Moura, A., Correia, F., Silvério, F., Gomes, J. P., Sousa, J., Matias, M. A., & Cipriano, R. (2015). *Políticas públicas em saúde: 2011-2014 Avaliação do impacto*. Nova Healthcare Initiative - Research/Universidade Nova de Lisboa.

https://www.unl.pt/data/noticias/2015/estudo_impacto_saude/politicas_publicas_e_m_saude.pdf

- Berens, E. M., Vogt, D., Messer, M., Hurrelmann, K., & Schaeffer, D. (2016). Health literacy among different age groups in Germany: Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, *16*(1151), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3810-6>
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, *22*(3), 701-711. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Borges, F. M. S. (2018). *Tratamento da doença aguda não urgente: Urgências ou cuidados de saúde primários? Análise comparativa da aplicação do projeto “SNS + Proximidade”* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Sigarra, Repositório da Universidade do Porto. https://sigarra.up.pt/reitoria/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=299154
- Botelho, A., Dias, I. C., Fernandes, T., Pinto, L. M. C., Teixeira, J., Valente, M., & Veiga, P. (2019). Overestimation of health urgency as a cause for emergency services inappropriate use: Insights from an exploratory economics experiment in Portugal. *Health and Social Care in the community*, *27*(4), 1031-1041. <https://doi.org/10.1111/hsc.12720>
- Brazão, M. L., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos serviços de urgência hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, *23*(3), 8-14. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf
- Campos, L. (2014). *Plano nacional de saúde 2012-2016: Roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência*. Direção-Geral da Saúde. http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emerg%C3%Aancia_e_Urg%C3%Aancia.pdf
- Campos, L. (2017). As mistificações à volta das urgências. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, *24*(1), 7-8. https://www.spmi.pt/revista/vol24/vol24_n1_2017_07_08.pdf

- Carret, M. L. V., Fassa, A. C. G., & Domingues, M. R. (2009). Inappropriate use of emergency services: A systematic review of prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 7-28. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100002>
- Carvalho, F. M. C. (2014). *A satisfação profissional dos enfermeiros no contexto dos cuidados de saúde primários* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/9467>
- Catarino, I. P. S. (2017). *Utilizadores frequentes das urgências do Serviço Nacional de Saúde* [Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. Run, Repositório Universidade Nova. <https://run.unl.pt/handle/10362/29984>
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: Relatório CRRNEU*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>
- Correia de Campos, A., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Edições Almedina.
- Cortes, M. (2016). Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (80), 117-143. <https://journals.openedition.org/spp/2117>
- 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>
- Creswell, J. W. (2016). *Projeto de pesquisa: Método qualitativo, quantitativo e misto* (3ª ed.). Artmed.
- Cunha, C., Costa, A., & Henriques, M. A. (2019). Competências e intervenções do enfermeiro de saúde comunitária e de saúde pública: Uma revisão de literatura. In A. P. Costa, C. Oliveira, E. Synthia, J. Ribeiro, H. Presado, & C. Baixinho (Eds.), *Atas do 8º congresso Ibero-Americano em investigação qualitativa (CIAIQ2019): Investigação qualitativa na saúde, volume 2* (pp. 361-370). Ludomedia. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2038/1974>

Declaração de Alma-Ata. (1978, setembro 06-12). *Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*. Nethis – Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde. <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>

Decreto-Lei nº 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: I Série-A, nº 109/2006. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Decreto-Lei nº 11/93 do Ministério da Saúde. (1993). Diário da República: I Série-A, nº 12/1993. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/11/1993/01/15/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 157/99 do Ministério da Saúde. (1999). Diário da República: I Série-A, nº 108/1999. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/157/1999/05/10/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 212/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: I Série, nº 208/2006. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/212/2006/10/27/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 222/2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I Série, nº 103/2007. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/222/2007/05/29/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 234/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: I Série, nº 233/2008. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/234/2008/12/02/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 254/82 do Ministério dos Assuntos Sociais. (1982). Diário da República: I Série, nº 147/1982. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/254-1982-395514>

Decreto-Lei nº 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: I Série, nº 38/2008. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 298/2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I Série, nº 161/2007. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/298/2007/08/22/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 309/2003 do Ministério da Saúde. (2003). Diário da República: I Série-A, nº 284/2003. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/309/2003/12/10/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 413/71 do Ministério da Saúde e Assistência. (1971). Diário do Governo: I Série, nº 228/1971. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/413-1971-632738>

Decreto-Lei nº 488/75 do Ministério dos Assuntos Sociais – Secretaria de Estado da Saúde. (1975). Diário do Governo: I Série, nº 204/1975. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/488-1975-307618>

- Decreto-Lei nº 60/2003 do Ministério da Saúde. (2003). Diário da República: I Série-A, nº 77/2003. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/60/2003/04/01/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 73/2017 do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República: I Série, nº 118/2017. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/73/2017/06/21/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 88/2005 do Ministério da Saúde. (2005). Diário da República: I Série-A, nº 107/2005. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/88/2005/06/03/p/dre/pt/html>
- Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). Diário da República: II Série, nº 153/2014. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho nº 24101/2007 do Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. (2007). Diário da República: II Série, nº 203/2007. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/24101-2007-1417164>
- Despacho Normativo nº 11/2002 do Ministério da Saúde. (2002). Diário da República: I Série-B, nº 55/2002. <https://data.dre.pt/eli/despnorm/11/2002/03/06/p/dre/pt/html>
- Despacho Normativo nº 9/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: I Série-B, nº 34/2006. <https://data.dre.pt/eli/despnorm/9/2006/02/16/p/dre/pt/html>
- Despacho Normativo nº 97/83 do Ministério dos Assuntos Sociais – Secretaria de Estado da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado. (1983). Diário da República: I Série, nº 93/1983. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-normativo/97-1983-311838>
- Dias, S., & Gama, A. (2019). *Introdução à investigação qualitativa em saúde pública*. Edições Almedina, S.A.
- Dineen-Griffin, S., Garcia-Cardenas, V., Williams, K., & Benrimoj, S. I. (2019). Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLoS ONE*, *14*(8), 1-29. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220116>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de referência hospitalar de urgência/emergência*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*.
Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017, fevereiro 08). *Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2018, janeiro 09). *Norma nº 002/2018: Sistemas de triagem dos serviços de urgências e referência interna imediata*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019a). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019b). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 - Portugal*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Dixe, M. A. C. R., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C., Lourenço, G., & Sousa, P. M. L. (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(16), 41-52. <https://doi.org/10.12707/RIV17095>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS*. Entidade Reguladora da Saúde. [https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/86/ERS -
_Estudo do Acesso aos Cuidados de Saude Primarios - Relatorio.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/86/ERS_-_Estudo_do_Acesso aos Cuidados de Saude Primarios - Relatorio.pdf)
- Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Relatório sobre "a carta dos direitos dos utentes": Draft preliminar*. Entidade Reguladora da Saúde. <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/CARTA%20DOS%20DIREITOS%20DOS%20UTENTES.pdf>

- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian. https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf
- Franchi, C., Cartabia, M., Santalucia, P., Baviera, M., Mannucci, P. M., Fortino, I., Bortolotti, A., Merlino, L., Monzani, V., Clavenna, A., Roncaglioni, M. C., & 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>
- Gava, G. B., & Dias, H. (2018). A reforma dos cuidados de saúde primários: Êxitos e desafios da experiência portuguesa. *Revista NAU Social*, 9(16), 19-39. <https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/31411/18738>
- Gil, A. C. (2019). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (7ª ed.). Editora Atlas.
- Gomes, M. M. O. R. (2014). *O perfil do utilizador abusivo dos serviços de urgência portugueses: Um estudo no hospital de São João* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico do Porto]. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. <https://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/4546>
- Gruneir, A., Silver, M. J., & Rochon, P. A. (2011). Emergency department use by older adults: A literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Medical Care Research and Review*, 68(2), 131-155. https://www.researchgate.net/publication/46191324_Review_Emergency_Department_Use_by_Older_Adults_A_Literature_Review_on_Trends_Appropriateness_and_Consequences_of_Unmet_Health_Care_Needs
- Grupo Português de Triagem. (2021, janeiro 22). *Sistema de triagem de Manchester*. Grupo Português de Triagem. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Guedes, H. M., Almeida, Á. G. P., Ferreira, F. O., Júnior, G. V., & Chianca, T. C. M. (2014). Classificação de risco: Retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1), 37-44. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832014000100005&lng=pt&nrm=iso

- Guedes, V. M. S. (2012). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais em cuidados de saúde primários* [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa/Porto]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20800>
- Guedes, V. M. S., Figueiredo, M. H. S., & Apóstolo, J. L. A. (2016). Competências do enfermeiro de cuidados gerais em cuidados de saúde primários: Da compreensão à concretização. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(8), 27-33. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15022>
- Gunther, S., Taub, N., Rogers, S., & Baker, R. (2013). What aspects of primary care predict emergency admission rates? A cross sectional study. *BMC Health Services Research*, 13(11), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-11>
- Guo, Z., Zhao, S. Z., Guo, N., Wu, Y., Weng, X., Wong, J. Y., Lam, T. H., & Wang, M. P. (2021). Socioeconomic disparities in ehealth literacy and preventive behaviors during the Covid-19 pandemic in Hong Kong: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(4), 1-12. <https://www.jmir.org/2021/4/e24577>
- Ílhan, N., Gencer, S., Özdemir, Ö., & Maviyildiz, S. (2020). The relationship between health literacy and illness self-care management in Turkish patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 47(3), E73-E85. <https://doi.org/10.1188/20.ONF.E73-E85>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas da saúde - 2018*. Instituto Nacional de Estatística, I. P. <https://www.ine.pt/xurl/pub/257793024>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021a, abril 27). *Taxa de mortalidade infantil (%o) por sexo: Anual*. Portal do INE, Instituto Nacional de Estatística, IP. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001389&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2021b). *Estatísticas da saúde - 2019*. Instituto Nacional de Estatística, I. P. <https://www.ine.pt/xurl/pub/257483090>
- Johnson, T. (2017). A pediatrician's perspective: Value-based care, consumerism, and the practice of Pediatrics: A glimpse of the future. *Pediatrics*, 139(Supplement 2), S145-S146. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2786I>

- Kahl, C., Meirelles, B. H. S., Cunha, K. S., Bernardo, M. S., & Erdmann, A. L. (2019). Contribuições da prática clínica do enfermeiro para o cuidado na atenção primária. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 371-376. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0348>
- Lapão, L. V., & Pisco, L. (2019). A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: O futuro e os desafios da maturidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(Suplemento 2), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042418>
- Lei Constitucional nº 1/89 da Assembleia da República. (1989). Diário da República: I Série, nº 155/1989 (1º Suplemento). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei-constitucional/1-1989-496551>
- Lei nº 27/2002 da Assembleia da República. (2002). Diário da República: I Série-A, nº 258/2002. <https://data.dre.pt/eli/lei/27/2002/11/08/p/dre/pt/html>
- Lei nº 48/90 da Assembleia da República. (1990). Diário da República: I Série, nº 195/1990. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/48-1990-574127>
- Lei nº 56/79 da Assembleia da República. (1979). Diário da República: I Série, nº 214/1979. <https://data.dre.pt/eli/lei/56/1979/p/cons/19931015/pt/html>
- Lei nº 95/2019 da Assembleia da República. (2019). Diário da República: I Série, nº 169/2019. <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>
- Lemos, F. M., & Silva, G. G. A. (2018). Educação permanente em saúde: O estado da arte. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, 1(3), 207-213. <https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12867>
- Lima, T. M. (2015). A história das políticas de saúde em Portugal: um olhar sobre as tendências recentes. *Research and Networks in Health*, 1(1), 1-11. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4430/1/61-Texto%20Artigo-349-1-10-20151120.pdf>
- Lopes, O. C. A., Henriques, S. H., Soares, M. I., Celestino, L. C., & Leal, L. A. (2020). Competências dos enfermeiros na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*, 24(2), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>
- McKenna, G., Rogers, A., Walker, S., & Pope, C. (2020). The influence of personal communities in understanding avoidable emergency department attendance:

- Qualitative study. *BMC Health Services Research*, 20(887), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05705-5>
- Mendes, F. R. P., Gemito, M. L. G. P., Caldeira, E. C., Serra, I. C., & Casas-Novas, M. V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 841-853. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0841.pdf>
- Mendonça, H. F., Gomes, V., Matos, S., & Belo, A. (2019, outubro 14). *Doentes crónicos mais complexos com enfermeiros gestores de caso na ULS do Litoral Alentejano*. JustNews. <https://justnews.pt/noticias/doentes-cronicos-mais-complexos-com-enfermeiros-gestores-de-caso-na-uls-do-litoral-alentejano#.YdIHC2jP3IU>
- Menezes, E. L. C., Scherer, M. D. A., Verdi, M. I., & Pires, D. P. (2017). Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 888-903. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170497>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde 2018, Portugal*. Ministério da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Ministério da Saúde. (2019). *Relatório anual: Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2018*. Ministério da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio_Acesso_2018-v.final_.pdf
- Ministério da Saúde. (2020). *Relatório anual: Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2019*. Ministério da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf
- Ministério da Saúde. (2021). *Relatório anual: Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2020*. Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf
- Morais, L. (2016). Redefinição dos cuidados de saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 197-198. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-

90252016000300001

- Novo, L. S. M. (2010). *A procura de cuidados de saúde no distrito de Viana do Castelo* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/112835>
- Nunes, A. M., & Matos, A. A. (2021). Articulação entre a atenção primária e hospitalar em Portugal: Desafio para a gestão da saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 10(1), 61-83. <https://doi.org/10.5585/rgss.v1i1.322>
- Oliveira, A. (2006). Urgência básica. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 269-274. https://www.researchgate.net/publication/6477429_Basic_emergency
- Oliveira, F. C. D. (2020). *Fatores que contribuem para a afluência de casos não urgentes nos serviços de urgência: Um estudo no hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E.* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. RepositóriUM da Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/69643>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *Tackling wasteful spending on health*. Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>
- Pedraza, D. F., Queiroz, D., Sales, M. C., & Menezes, T. N. (2018). Caracterização do trabalho de enfermeiros e profissionais do núcleo de apoio à saúde da família na atenção primária. *ABCS Health Sciences*, 43(2), 77-83. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v43i2.993>
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pestana, J., Dimitrovová, K., Charondière, P., Broeiro, P., & Cardoso, S. (2019). Necessidade de um novo impulso na reforma dos cuidados de saúde primários: Contrariar as desigualdades, integrar os contextos da prática e os determinantes sociais na análise dos desempenhos. In F. Mendes, F. Duarte-Ramos, H. Barros, P. L. Ferreira, & R. S. Gaspar (Eds.), *Saúde um direito humano. Relatório de primavera 2019* (pp. 35-70). OPSS, Observatório Português dos Sistemas de Saúde. <http://hdl.handle.net/10174/27551>

- Pisco, L. (2018, dezembro 10). *Declaração de Astana: Revitalizar os cuidados de saúde primários para o século XXI*. JustNews. <https://justnews.pt/artigos/declaracao-de-astana-para-revitalizar-os-cuidados-de-saude-primarios-para-o-seculo-xxi#.Yb6vAGjP3IX>
- Pisco, L., & Pinto, L. F. (2020). De Alma-Ata a Astana: O percurso dos cuidados de saúde primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da medicina familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1197-1204. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>
- PORDATA. (2021a, maio 28). *Esperança de vida à nascença: Total e por sexo (base: triénio a partir de 2001)*. PORDATA, Base de Dados Portugal Contemporâneo. [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%c3%a7a+de+vida+%c3%a0+nascen%c3%a7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%c3%a9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%c3%a7a+de+vida+%c3%a0+nascen%c3%a7a+total+e+por+sexo+(base+tri%c3%a9nio+a+partir+de+2001)-418)
- PORDATA. (2021b, dezembro 13). *Estabelecimentos de saúde: Consultas, internamentos e urgências por mil habitantes*. PORDATA, Base de Dados Portugal Contemporâneo. <https://www.pordata.pt/Portugal/Estabelecimentos+de+sa%C3%BAde+consultas+internamentos+e+urg%C3%AAscias+por+mil+habitantes-3324>
- Poupart, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (2014). *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos* (4ª ed.). Editora Vozes.
- Regulamento nº 367/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II Série, nº 124/2015. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, nº 135/2018. <https://dre.pt/home/-/dre/115698616/details/maximized>
- Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 da Presidência do Conselho de Ministros. (2005). Diário da República: I Série-B, nº 196/2005. <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/157/2005/10/12/p/dre/pt/html>
- Rocha, P. A. (2020). *A procura de cuidados de saúde urgentes em Portugal* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/131380>
- Rocha, S. A., Bocchi, S. C. M., & Godoy, M. F. (2016). Acesso aos cuidados primários de saúde: Revisão integrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(1), 87-111.

<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>

Rodrigues, M. M. (2017). *Os cuidados de saúde primários como reguladores do acesso às urgências hospitalares: A perspetiva do utilizador* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/7218>

Saintrain, M. V. L., Bandeira, C. B., Nobre, M. A., & Sandrin, R. L. P. (2018). Idosos com depressão: Uma análise dos fatores de institucionalização e apoio familiar. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(4), 1-7. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8763>

Santos, A. P., Freitas, P., & Martins, H. M. G. (2013). Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 1-5. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Artigo-Cienti%CC%81fico-Manchester-Triage-System-Version-II-and-Resource-Utilisation-in-Emergency-Department.pdf>

Santos, A. R. R. (2021). *Readmissões hospitalares de pessoas com 65 e mais anos no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO)* [Trabalho de projeto para obtenção de grau de Mestre em Gerontologia Social, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/21542>

Serviço Nacional de Saúde. (2019, novembro 29). *Relatório grupo de trabalho: Serviços de urgências*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/11/29/servicos-de-urgencia/>

Serviço Nacional de Saúde. (2021a, janeiro 07). *SNS 24: O que é o SNS 24*. SNS 24. <https://www.sns24.gov.pt/o-que-e-o-sns24/>

Serviço Nacional de Saúde. (2021b, novembro 30). *BI-CSP: Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*. Serviço Nacional de Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Serviço Nacional de Saúde. (2021c, dezembro 18). *Utentes isentos taxas moderadoras*. Serviço Nacional de Saúde. https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-isentos/table/?disjunctive.criterio_de_isencao&sort=periodo

- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2021a, novembro 30). *Sclínico/Cuidados de saúde hospitalares (CSH)*. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2021b, novembro 30). *Registo de saúde eletrónico*. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/registo-de-saude-eletronico/>
- Shrank, W. H. (2017). Primary care practice transformation and the rise of consumerism. *Journal of General Internal Medicine*, 32(4), 387-391. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3946-1>
- Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. (2019). *A geriatria e a gerontologia no século XXI: “Da clínica à integração, participação social e cuidados globais às pessoas idosas”*. Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (5ª ed.). Lusodidacta.
- Vales, J. I. S. M. S. (2016). *Influência da organização dos cuidados de saúde primários na utilização do serviço de urgência : Evidência econométrica da região do Tâmega e Sousa* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/90860>
- Van den Heede, K., & Van de Voorde, C. (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>
- Vieira, M. R. F. S. P. (2016). *Satisfação no trabalho e absentismo dos enfermeiros de um ACeS* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/14212>
- Whittaker, W., Anselmi, L., Kristensen, S. R., Lau, Y-S., Bailey, S., Bower, P., Checkland, K., Elvey, R., Rothwell, K., Stokes, J., & Hodgson, D. (2016). Associations between extending access to primary care and emergency department visits: A difference-in-differences analysis. *PLOS Medicine*, 13(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002113>
- World Health Organization. (2018). *Health system review: Portugal (phase 1, final report)*. World Health Organization. <https://www.sns.gov.pt/wp->

[content/uploads/2018/04/PortugalReviewReport Printers 03April2018-2.pdf](#)

Yarmohammadian, M. H., Rezaei, F., Haghshenas, A., & Tavakoli, N. (2017). Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. *Journal of Research in Medical Sciences*, 22(23), 1-9. <http://dx.doi.org/10.4103/1735-1995.200277>

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde:
Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

COMISSÃO DE ÉTICA
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)**

Parecer Nº P751/02-2021

Título do Projecto: Estratégias para prevenir a utilização do SU por utentes não urgentes: perspectiva dos enfermeiros de CSP.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Olinda Maria Freitas Lemos Palricas.

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

A proponente apresenta estudo com o objetivo de "*Identificar que estratégias os enfermeiros de CSP consideram importantes para prevenir a utilização do SU por utentes não urgentes*". Os objetivos específicos são "*... identificar as razões percecionadas pelos enfermeiros de CSP sobre o recurso ao SU por utentes não urgentes, e identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de CSP na identificação dos utentes que recorrem frequentemente ao SU em situação não urgente.*"

O estudo é justificado pelo facto de Portugal ser, no contexto europeu, o país com maior recurso ao serviço de urgência, sendo que cerca "*... de 40 a 50% das admissões no SU são não urgentes e os problemas destes cidadãos poderiam ser solucionados noutro contexto de saúde (Campos, 2017)*".

O estudo é definido como "*Estudo qualitativo, descritivo-exploratório e transversal*".

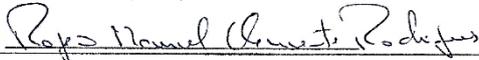
Os participantes serão enfermeiros de duas Unidades de Saúde Familiar (██████████), do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) Baixo Mondego, dependendo o número da saturação da informação. Aguardam a resposta dos responsáveis das USF ao pedido de autorização para contacto com os participantes.

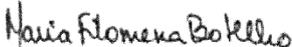
Com base nos documentos submetidos:

- É justificada a pertinência e utilidade do estudo;
- Estão definidos os critérios de inclusão e exclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados (Guião de entrevista);
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes sendo apresentado termo de consentimento informado;
- As entrevistas serão gravadas, com o consentimento dos participantes, garantindo a proponente a sua destruição após a transcrição;
- Os dados obtidos serão tratados pela proponente;
- São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos não existindo recolha de qualquer dado que permita identificar os participantes na apresentação dos resultados;
- Não são identificados danos para os participantes.

Na recolha de dados, efetuada pela proponente, solicitamos que seja tida em consideração a atual situação pandémica.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo tal como apresentado, salientado que este parecer não dispensa a autorização formal das instituições onde serão recrutados os participantes.

O relator: 

Data: 10/03/2021 O Presidente da Comissão de Ética: 



APÊNDICES

APÊNDICE I

Instrumento de Recolha de Dados

Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Local: Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego, Centro de Saúde X
Entrevistadora: Olinda Maria Freitas Lemos Palricas
Período de tempo: maio a julho de 2021
Tema: <i>“Estratégias preventivas da utilização do SU por utentes não urgentes: perspetiva dos enfermeiros de CSP”.</i>
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">• Identificar que estratégias os enfermeiros de cuidados de saúde primários (CSP) consideram importantes para prevenir a utilização do serviço de urgência (SU) por utentes não urgentes;• Identificar as razões percecionadas pelos enfermeiros de CSP sobre o recurso ao SU por utentes não urgentes;• Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de CSP na identificação dos utentes que recorrem frequentemente ao SU em situação não urgente.
Definição de utente não urgente: Definiu-se neste estudo que os utentes não urgentes seriam utilizadores do serviço de urgência, triados com cor verde (pouco urgente) e cor azul (não urgente).
Entrevista nº:
Data:
Hora de início: _____:_____
Hora do fim: _____:_____
LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA
<ul style="list-style-type: none">• Apresentação do entrevistador (nome e profissão).• Apresentação do estudo (tema e objetivo geral).• Justificação da finalidade da entrevista.• Informação sobre o processo de confidencialidade e anonimato do tratamento dos dados.• Pedido de consentimento informado, livre e esclarecido (solicitar a assinatura do participante).• Solicitação de autorização para gravação da entrevista em suporte áudio.

<i>CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Idade. • Tempo de profissão. • Tempo de serviço na unidade de saúde. • Formação académica.
<i>QUESTÕES</i>
<ul style="list-style-type: none"> • O que pensa sobre o recurso ao SU por utentes não urgentes? • Quais são, no seu entender, os utentes que recorrem frequentemente ao SU em situação não urgente? • Conhece algum sistema que lhe permita identificar quais os utentes que recorrem ao SU? Utiliza-o? Em que situações? • Que dificuldades sente no acompanhamento dos utentes na gestão do recurso ao SU? • Que intervenções desenvolve com os seus utentes no sentido da prevenção da utilização do SU, em situação não urgente? • Que medidas seria importante implementar para a promoção da utilização adequada do SU por utentes não urgentes? • O que considera que deveria ser feito ao nível dos CSP para diminuir a utilização do SU por utentes não urgentes?
<i>ENCERRAMENTO DA ENTREVISTA</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Informação ao participante de que a entrevista terminou. • Quer acrescentar alguma informação que considere importante para este estudo ou colocar alguma questão? • Validação da informação recolhida em suporte áudio pelo entrevistado. • Acordo da data para validar a informação transcrita. • Agradecimento pela disponibilidade e colaboração.

APÊNDICE II

Formulário de Consentimento Informado e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento informado, e livre para participação em estudos de investigação nos termos da norma nº 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo).

Está a ser convidado(a) a participar num estudo intitulado “*Estratégias preventivas da utilização do SU por utentes não urgentes: perspetiva dos enfermeiros de CSP*”, desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este estudo tem como objetivos identificar que estratégias os enfermeiros de cuidados de saúde primários (CSP) consideram importantes para prevenir a utilização do serviço de urgência (SU) por utentes não urgentes; identificar as razões percecionadas pelos enfermeiros de CSP sobre o recurso ao SU por utentes não urgentes; e identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de CSP na identificação dos utentes que recorrem frequentemente ao SU em situação não urgente.

A sua participação no estudo consiste na resposta a um conjunto de questões através de uma entrevista que deverá ser gravada para permitir uma melhor compreensão dos factos. Esta inclui questões relativas aos seus dados sociodemográficos, profissionais e académicos, que intervenções desenvolve com os utentes no sentido da prevenção da utilização inadequada do SU em situação não urgente, que medidas seria importante implementar para a promoção da utilização adequada do SU por utentes não urgentes e o que considera que deveria ser feito ao nível dos CSP para diminuir a utilização do SU por utentes não urgentes. Dos dados recolhidos não constará o seu nome ou qualquer outro dado que o permita identificar.

O anonimato e confidencialidade dos dados serão assegurados através da atribuição de um código com um número a cada entrevista. Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros e os dados obtidos serão usados exclusivamente para a realização deste estudo. Será assegurado que todos os registos, áudios e escritos, serão destruídos no final do tempo previsto para a realização do estudo. Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. A sua participação é voluntária e pode retirar-se a qualquer momento, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Se desejar ter acesso aos resultados envie a solicitação para [REDACTED].

Autora do estudo: Olinda Maria Freitas Lemos Palricas. **Telefone:** [REDACTED].

Orientadora da investigação: Professora Doutora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira (ESEnfC).

Coorientadora da investigação: Professora Mestre Cristina Maria Figueira Veríssimo (ESEnfC).

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Declaro ter lido este formulário e ter compreendido as informações que me foram fornecidas sobre a natureza e os objetivos do estudo, bem como do que é esperado da minha parte. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar no estudo “*Estratégias preventivas da utilização do SU por utentes não urgentes: perspetiva dos enfermeiros de CSP*” 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 fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE III

Pedido de Autorização para a Recolha de Dados

Exma. Senhora Presidente do
Conselho de Administração do
ACeS do Baixo Mondego

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados para estudo de investigação

Olinda Maria Freitas Lemos Palricas, Enfermeira no Serviço [REDACTED], no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, está a iniciar o desenvolvimento de uma investigação intitulada “*Estratégias preventivas da utilização do SU por utentes não urgentes: perspetiva dos enfermeiros de CSP*”.

O estudo tem como principal objetivo identificar que estratégias os enfermeiros de cuidados de saúde primários (CSP) consideram importantes para prevenir a utilização do serviço de urgência (SU) por utentes não urgentes. Como objetivos específicos: identificar as razões percecionadas pelos enfermeiros de CSP sobre o recurso ao SU por utentes não urgentes e identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de CSP na identificação dos utentes que recorrem frequentemente ao SU em situação não urgente. É um estudo descritivo-exploratório e transversal. A recolha de dados será realizada por entrevista aos enfermeiros das USF a exercer funções há mais de 6 meses em CSP. A amostragem será de meio. Os dados serão tratados através da análise de conteúdo segundo Bardin.

Na perspetiva de poder vir a desenvolver este estudo de investigação, considera-se que o mesmo poderá contribuir para identificar estratégias que possam ser implementadas de modo a minimizar a utilização do SU pelos utentes em situação não urgente. Assim, vimos por este meio solicitar autorização para a realização do estudo nas unidades de saúde familiar que Vossa Excelência coordena.

Certos da melhor atenção aguarda-se parecer com a brevidade possível, disponibilizando-nos para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Com os melhores cumprimentos

Olinda Maria Freitas Lemos Palricas (Tel. [REDACTED])

Orientadora: Professora Doutora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira (ESENfC)

Coorientadora: Professora Mestre Cristina Maria Figueira Veríssimo (ESENfC)

