

Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes

Determinants of non-urgent emergency department use

Determinantes del acceso al servicio de urgencia por usuarios no urgentes

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe*; Rui Passadouro**; Teresa Peralta***; Carlos Ferreira****; Georgina Lourenço*****; Pedro Miguel Lopes de Sousa*****

Resumo

Enquadramento: A utilização dos serviços de urgência (SU) por situações não urgentes constitui uma preocupação a nível nacional e mundial.

Objetivos: Avaliar as características sociodemográficas e o acesso ao SU por utentes não urgentes e identificar os fatores que motivam a sua procura.

Metodologia: Neste estudo transversal recorreu-se a uma entrevista e à consulta dos processos clínicos eletrónicos de 357 doentes triados como não urgentes num SU de um hospital português seguindo-se uma amostragem accidental.

Resultados: Os utentes da amostra são maioritariamente do sexo feminino, de meia-idade, com reduzidas habilitações literárias, que recorrem ao SU, sobretudo no período diurno e por iniciativa própria. Os motivos mais referenciados foram: *A minha doença justifica a ida à urgência* (91,7%) e *Posso realizar os exames todos no mesmo dia* (65,6%). A maioria dos utentes (87,9%) teve alta clínica, sendo que 84,9% dos utentes tem acesso ao médico de família.

Conclusão: Foram identificados múltiplos determinantes do acesso ao SU, permitindo apontar sugestões que visam uma utilização racional dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: serviços médicos de emergência; serviços de saúde; assistência ao paciente; adulto

Abstract

Background: The use of the emergency department (ED) for non-urgent situations is a source of concern, both at the national and international levels.

Objectives: To assess the sociodemographic characteristics and ED use of non-urgent patients and to identify the reasons for non-urgent ED use.

Methodology: This cross-sectional study used patient interviews and the electronic medical records of 357 patients triaged as non-urgent at a Portuguese hospital ED, using an accidental sampling technique.

Results: The majority of patients were women, middle-aged, and had a low education level; most of them used the ED during the day and on their own initiative. The most common reasons were: *My disease justifies ED use* (91.7%) and *I can undergo all medical examinations on the same day* (65.6%). The majority of patients (87.9%) were discharged, and 84.9% had access to a family doctor.

Conclusion: Multiple determinants of non-urgent ED use were identified. Some recommendations were put forward to improve the rational use of healthcare services.

Keywords: emergency medical services; health services; patient care; adult

*Ph.D., Professora Coordenadora, cTechCare, Instituto Politécnico de Leiria, 2411-901, Leiria, Portugal [maria.dixe@ipleiria.pt]. Contribuição no artigo: conceção do trabalho de investigação, análise de dados e redação do artigo. Morada para correspondência: Escola Superior de Saúde de Leiria Campus 2 - Morro do Lena, Alto do Vieiro - Apartado 4157, 2411-901 Leiria.

**MSc., Consultor de Saúde Pública, Unidade de Saúde Pública, Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) Pínhel Litoral, 2400-157, Leiria, Portugal [ruiplonseca2@gmail.com]. Contribuição no artigo: conceção do trabalho de investigação e revisão final do artigo.

***MSc., Enfermeiro, Centro Hospitalar de Santo André, 2410-197, Leiria, Portugal [enf.teresa.peralta@chleiria.min-saude.pt]. Contribuição no artigo: conceção do trabalho de investigação e recolha de dados.

****MSc., Consultor de Saúde Pública, Unidade de Saúde Pública, Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) Pínhel Litoral, 2400-157, Leiria, Portugal [calferreira@acesleiria.min-saude.pt]. Contribuição no artigo: conceção do trabalho de investigação e revisão final do artigo.

*****RN., Enfermeira Chefe, Centro Hospitalar de Santo André, 2410-197, Leiria, Portugal [enf.georgina@chleiria.min-saude.pt]. Contribuição no artigo: conceção do trabalho de investigação e recolha de dados.

*****Ph.D., Professor Adjunto, cTechCare, Instituto Politécnico de Leiria, 2411-901, Leiria, Portugal [pedrosousa@ipleiria.pt]. Contribuição no artigo: conceção do trabalho de investigação, análise de dados e redação do artigo.

Resumen

Marco contextual: La utilización de los servicios de urgencias (SU) en situaciones no urgentes constituye una preocupación a nivel nacional y mundial.

Objetivos: Evaluar las características sociodemográficas y el acceso al SU de usuarios no urgentes e identificar los factores que motivan su demanda.

Metodología: En este estudio transversal se utilizó una entrevista y se consultaron los registros médicos electrónicos de 357 pacientes seleccionados como no urgentes en un SU en un hospital portugués, para lo cual se siguió un muestreo accidental.

Resultados: Los usuarios de la muestra son mayoritariamente del sexo femenino, de mediana edad, con reducidas cualificaciones literarias, que recurren al SU sobre todo en el período diurno y por iniciativa propia. Los motivos que más se indicaron fueron: *Mi enfermedad justifica ir a urgencias* (91,7%) y *Puedo realizar todos los exámenes el mismo día* (65,6%). La mayoría de los usuarios (87,9%) tuvo alta clínica, y el 84,9% de los usuarios tiene acceso al médico de familia.

Conclusión: Se identificaron varios determinantes del acceso al servicio de urgencias que apuntan a una utilización racional de la atención de la salud.

Palabras clave: servicios médicos de urgencia; servicios de salud; atención al paciente; adulto

Recebido para publicação em: 27.11.17

Aceite para publicação em: 29.01.18

Introdução

Os serviços de urgência (SU) têm vindo a ser reestruturados, não só pela despesa que acarretam para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), mas também porque cada vez mais é importante garantir a acessibilidade aos cuidados urgentes (Carret, Fassa, & Kawachi, 2007) havendo, a nível mundial, uma procura pelos SU que excede a disponibilidade de recursos (Unwin, Kinsman, & Rigby, 2016). A sua sobrelotação é 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 (Gentile et al., 2010; Uscher-Pines, Pines, Kellermann, Gillen, & Mehrotra, 2013).

Em Portugal, estima-se que cerca de 35% dos episódios de urgência sejam casos pouco urgentes ou não urgentes (Gomes, 2014) tendo ocorrido em 2012 cerca de 6 milhões de episódios de uso inapropriado dos SU em Portugal (Paiva et al., 2012).

O contexto internacional é semelhante, sendo apontada uma taxa de utilização inadequada dos SU entre 20% e 40% (Carret, Fassa, & Domingues, 2009). De salientar a elevada variabilidade da taxa de recorrências inadequadas ao SU devido à falta de consenso sobre os critérios a considerar (Santos, Freitas, & Martins, 2014). Face ao exposto este estudo tem como objetivo geral avaliar os determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes.

Enquadramento

Vários são os autores que se têm debruçado sobre o conceito de utilização inadequada do SU. Para Pereira et al. (2001) a utilização inadequada do SU pode ser definida como episódios de ida (acesso) ao SU que não resultem em transferência, hospitalização, morte no SU, necessidade de exames de diagnóstico ou procedimentos invasivos. Mais recentemente têm sido atribuídos outros conceitos que assentam na prioridade atribuída na triagem de Manchester. Perante a identificação do discriminador relevante determina-se a prioridade

clínica (Emergente = Vermelho; Muito urgente = Laranja; Urgente = Amarelo; Pouco Urgente = Verde; Não urgente = Azul; Santos et al., 2014).

Na revisão sistemática da literatura realizada por Uscher-Pines et al. (2013) foi verificada uma enorme heterogeneidade de critérios para definir os utentes não urgentes do SU. Em média, os estudos apontam para um acesso inapropriado ao SU de cerca de 37%. Os principais fatores determinantes incluem idade mais jovem, conveniência do SU comparado com as alternativas, referência para o SU por um clínico, e a existência de percepções negativas sobre alternativas como os cuidados de saúde primários (CSP). Outros estudos referem que o acesso dos utentes não urgentes ao SU prende-se com a oportunidade de ser atendido sem marcação, num local com tecnologias modernas e de alta qualidade, e tendo em consideração o horário de funcionamento (Gentile et al., 2010).

O estudo de Franchi et al. (2017) verificou que os indivíduos do sexo masculino, com mais de 85 anos, polimedicados, com internamentos e admissões no SU durante o ano anterior e que residem a cerca de 10km de um SU apresentaram um risco superior de aceder ao SU. Em geral, 83% dos acessos triados como pouco urgentes tiveram alta para o domicílio.

O estudo de McGuigan e Watson (2010) analisou os fatores que influenciam a tomada de decisão dos utentes para recorrer ao SU para tratamentos não urgentes. Os resultados mostraram que a maioria destes utentes considerou que a sua condição requeria atenção urgente e que o acesso ao SU era adequado. A maioria dos pacientes apresenta sobretudo lesões dos tecidos moles ou hematomas. O sexo feminino recorreu mais ao SU por sugestão de outros, como familiares e amigos, comparativamente com o sexo masculino. Face a estes resultados os autores sugerem uma campanha de marketing social, direcionada para promover o uso apropriado do SU, bem como a presença de enfermeiros para avaliar e reencaminhar os pacientes para serviços de saúde adequados.

Unwin et al. (2016) também verificaram que os processos de tomada de decisão dos utentes não urgentes do SU eram influenciados por conveniência, percepção de necessidade e a referência por um profissional de saúde. O custo

associado não se apresentou como um fator significativo. Uma elevada incidência de pacientes menores de 25 anos de idade foram identificados, assim como queixas músculo-esqueléticas. A maioria dos utentes não urgentes recorreu autonomamente ao SU (76%) e apenas um terço (31,8%) tinha consultado um médico. As principais razões para o usar foram a dificuldade para conseguir uma consulta com um médico de clínica geral (22,3%), sentimentos de dor (68,5%) e a disponibilidade de serviços médicos como exames laboratoriais e prescrição de fármacos (37,6%). Traumatismos e ferimentos foram as principais razões médicas para recorrer ao SU (43,5%) e a maioria dos sujeitos (68%) estava disposta a ser reorientada para os CSP (Gentile et al., 2010).

A afluência desmedida aos SU é uma questão que acarreta preocupações a nível político e financeiro. Salienta-se o custo totalmente desproporcional entre um episódio de urgência num SU e uma consulta programada, sendo que o primeiro tem custos operacionais muito superiores (Novo, 2010), tornando-se, assim, necessário que se chegue ao perfil do utilizador inadequado (Gomes, 2014). No entanto, apesar das consequências do uso inapropriado do SU serem universais, as suas causas e soluções são específicas de cada país e região. Circunstâncias sociais e económicas únicas criam motivações específicas suscetíveis de influenciar o acesso adequado ao SU (Read, Varughese, & Cameron, 2014). Um estudo brasileiro (Dias et al., 2016) avaliou os resultados a longo prazo e a satisfação dos utentes não urgentes reencaaminhados do SU para os CSP, com base na triagem de Manchester. Verificou que 56,4% dos pacientes não urgentes foram classificados como verde, 34,3% como azul e 9,3% como branco. Dos utentes reencaaminhados para os CSP, apenas 62,7% efetivamente recorreu ao centro de saúde (CS), pois 14,4% recorreram a outros SU e 22,9% não procuraram qualquer serviço de saúde.

Questões de investigação

Quais são as características sociodemográficas e o acesso ao SU por utentes não urgentes?

Quais são os fatores que os motivam na procura do SU?

Metodologia

População e amostra

A população alvo deste estudo, descritivo-correlacional, é constituída pelos utentes que procuraram o SU de um centro hospitalar português e que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos e ter sido triado como pouco urgente ou não urgente na triagem de Manchester. Foram excluídos do estudo: utentes que apresentavam dificuldades de comunicação ou que não estavam conscientes e orientados (informação do estado de consciência do utente recolhida do processo do utente) e utentes incapazes de darem o seu consentimento informado.

Segundo os dados administrativos da instituição, a população elegível incluía 3002 utentes não urgentes. O recrutamento amostral foi efetuado em diferentes períodos do dia e em todos os dias da semana. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão esta amostra acidental ficou constituída por 357 utentes (11,9% da população elegível).

Instrumentos de colheita de dados

Na colheita de dados foram utilizadas três fontes de informação: a) Entrevista efetuada, após a triagem no SU, por enfermeiros e estudantes de enfermagem que não pertenciam ao serviço, com o objetivo de não influenciar as respostas dos pacientes, seguindo um protocolo estandardizado. As entrevistas foram realizadas em diferentes períodos do dia (das 8h às 19:59h e das 20h às 22h) em todos os dias da semana. Foram selecionados estes dois períodos do dia em virtude do primeiro horário corresponder ao momento da abertura das consultas abertas das unidades dos CSP. As variáveis investigadas foram: sexo, habilitações literárias, meio de acesso ao SU, referência para o SU, acesso a médico de família, informação sobre possibilidade de acesso à consulta aberta nos CSP, motivos/justificação para recorrer aos CSP, motivos/justificação para recorrer ao SU (pergunta de resposta fechada com 16 opções de resposta), tempo de evolução das queixas (em dias), perceção de urgência face à sua condição de saúde; preocupação face à sua condição de saúde, e perceção da adequação do SU para o tratamento da sua condição de saúde. Estas três foram avaliadas através

de resposta tipo Likert de 0 a 10; b) Consulta dos processos clínicos eletrônicos da instituição hospitalar, colhendo as seguintes variáveis: idade, estado civil, situação profissional, horário de admissão ao SU, data de admissão no SU, discriminador clínico de admissão ao SU resultante da triagem de Manchester, destino do doente, pagamento de taxas moderadoras e número de admissões prévias ao SU durante o último ano de 2014; c) Consulta dos processos clínicos dos CSP pertencentes ao utente, colhendo as seguintes variáveis: ter médico de família, número de consultas durante o ano de 2014 (período igual ao colhido durante a entrevista ao utente) tendo ou não médico de família.

Procedimentos éticos

Foi solicitado consentimento informado e esclarecido a todos os participantes. Foi sempre garantido um local apropriado para a recolha de dados e cumpridas as indicações constantes da Declaração de Helsínquia (2014). O estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética (Nº 31/14).

Tratamento de dados

Recorreu-se a técnicas de estatística descritiva e inferencial. Tendo presente o tamanho da amostra e subamostras e, de acordo com o teorema do limite central, usaram-se técnicas de estatística paramétrica, nomeadamente *t* de *student*, ANOVA e correlação de Pearson de acordo com o tipo de variáveis em estudo e o

teste não paramétrico do qui-quadrado sempre que as variáveis em estudo eram discretas.

Resultados

Características sociodemográficas e acesso ao SU por utentes não urgentes

A amostra é constituída por 357 utentes não urgentes: 59,7% eram do sexo feminino; 58,5% eram casados, 25,2% solteiros, 9% viúvos, 6,2% separados/divorciados e 1,1% desconhecidos. Verificou-se que 36,2% dos indivíduos apenas possuíam o 1º ciclo como habilitações literárias; 6,8% não sabiam ler nem escrever; 18% tinham o 2º ciclo; 10,8% tinham o 3º ciclo; 18,8% tinham o ensino secundário completo, e 9,4% tinham o ensino superior completo. Relativamente à situação profissional, 45,7% estavam reformados, 33,8% estavam ativos, 8,4% estavam desempregados; 6,2% eram estudantes; 4,8% eram domésticas, e 1,1% estavam de baixa médica. As suas idades oscilaram entre os 18 e os 92 anos, para uma média de idades de 54,51, um desvio padrão de 20,9 e uma mediana de 56 anos.

Dos utentes não urgentes, foram admitidos no horário das 8h às 19h59 (84,6%) e das 20h às 07h59 (15,4%), sendo a terça-feira (28,0%) e a quinta-feira (26,6%) os dias com maior taxa de procura. A maioria dos inquiridos decidiu ir ao SU por iniciativa própria (61,8%) e apenas 18,3% procuraram primeiro os CSP. De salientar que, entre os que consultaram previamente os CSP ($n = 66$), apenas 36,4% trouxeram informação clínica (Tabela 1).

Tabela 1

Estatística descritiva das variáveis relativas à ida ao SU

Variáveis	Nº	%	
Dia da semana de admissão ao serviço de urgência ($n = 357$)	Segunda	54	15,1
	Terça	100	28,0
	Quarta	48	13,5
	Quinta	95	26,6
	Sexta	5	1,4
	Sábado	21	5,9
	Domingo	34	9,5

Referenciação para o serviço de urgência (n = 361)*	Sem referenciação, iniciativa própria	223	61,8
	Reencaminhado pelo CS	66	18,3
	Outra referenciação	20	5,5
	Recomendação de outras pessoas	15	4,2
	Referenciado por médico ou técnico de saúde (particular)	11	3,0
	Referenciado telefonicamente pelo CS	10	2,8
	Referenciado telefonicamente pela Saúde 24	8	2,2
	Fui previamente a uma farmácia	5	1,4
Telefonei previamente para o SU	3	0,8	
Acesso a médico de família (n = 357)	Sim	303	84,9
	Não	54	15,1
Informação sobre acesso à consulta aberta (n = 356)	Sim	265	74,4
	Não	91	25,6
Destino após SU (n = 357)	Abandono	5	1,4
	Alta contra parecer médico	2	0,6
	Clínica de retaguarda	1	0,3
	Desconhecido	1	0,3
	Internamento	26	7,3
	Transferência	8	2,2
	Alta para domicílio/ médico de família	314	87,9

Nota. *4 utentes referiram duas opções.

Os utentes que consultaram previamente os CSP antes de recorrerem ao SU, fizeram-no, sobretudo, por considerarem ser *a forma correta de atuar* (45,9%) e que *a sua situação não era urgente* (44,3%). Os dois motivos mais

referenciados pelos utentes para irem ao SU (Tabela 2) em vez de irem aos CSP foram: *A minha doença justifica a ida à urgência* (91,7%) e *Posso realizar os exames todos no mesmo dia* (65,6%).

Tabela 2

Motivos/justificação para recorrer ao SU

	Nº	%
A minha doença justifica a ida à urgência	264	91,7
Posso realizar os exames todos no mesmo dia	185	65,6
Queria ser observado(a) por um especialista	152	53,9
É difícil marcar uma consulta no CS	124	44,3
É mais rápido o atendimento no hospital	107	38,1
Uma questão de hábito	75	26,7
Fiquei insatisfeito(a) com a ida ao CS em situações idênticas	75	26,6
Agravamento de uma situação crónica seguida em consulta externa	59	21,0
O CS estava fechado e não sabia a que outro local se dirigir	58	20,7
Médico ausente no CS e não me deram alternativa	46	16,4

Sem vaga no CS e não me foi dada alternativa de consulta	44	15,7
Hora da consulta no CS incompatível com o horário de trabalho/escolar	43	15,4
Estava mais perto do hospital	43	15,4
Não tenho médico de família	42	14,7
Esperava ser internado/a	15	5,4
Tenho médico privado e não costumo ir ao CS	27	9,6

Referiram ter médico de família 84,9% de inquiridos e 74,2% assumiram ter conhecimento sobre a existência de consulta aberta no seu CS. Decorrente da consulta do Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e do Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários (SINUS) verificou-se que, apesar de alguns utentes não terem médico de família atribuído (41), os mesmos têm recorrido aos CSP em média $4 \pm 4,3$ vezes desde janeiro de 2014, sendo que os que têm médico de família atribuído recorreram $5,75 \pm 4,0$ vezes ($t = 1,937$; $p = 0,054$).

Relativamente aos discriminadores atribuídos pelos profissionais que realizaram a triagem às queixas dos utentes não urgentes e pouco urgentes que procuraram o SU, os mais prevalentes foram a *indisposição no adulto* (23,7%), *dor (abdominal, torácica, garganta, lombar e testicular)* com 20,7%, *problemas nos membros* (10,2%), *dispneia* (8,3%), *vômitos* (5,5%), e *problemas urinários* (5,2%). Os restantes 26,4% distribuem-se por vários discriminadores com percentual inferior a 2% cada um. Foi possível apurar que a queixa que levou estes utentes ao SU já se manifestava em média há $18,8 \pm 70,8$ dias. Apenas 43 (12,4%) dos 350 utentes que responderam a esta questão referiram ter vindo no mesmo dia, e 11 utentes que referiram ter estado mais de 150 dias adoentados antes de virem à urgência. A maioria dos utentes (87,9%) teve alta clínica (para o domicílio, médico de família ou consulta externa). Os restantes 12,1% distribuíram-se por: internamento (7,3%); transferência (2,2%) e alta contra parecer médico e abandono (2,6%).

Relativamente ao número de admissões prévias no SU destes utentes, no decorrer do ano de 2014, foi em média de $1,71 \pm 4,8$ admissões, variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 75 admissões. Para 49,6% dos utentes esta foi a primeira admissão ao SU em 2014, para 21,3% foi a segunda admissão e

29,1% dos utentes não urgentes tinham tido duas ou mais admissões prévias ao SU.

Os utentes referenciaram, em média, o valor de $6,9 \pm 2,1$ para qualificar a urgência da sua condição de saúde, uma média de $8,1 \pm 2,1$ quanto à sua preocupação com a condição de saúde e de $8,6 \pm 2,0$ para o nível de concordância quanto ao considerar que o SU é o mais correto para tratar o seu caso.

Fatores que motivam a procura do SU em pacientes não urgentes

Procurou-se determinar se o horário de admissão ao SU seria influenciado pela idade, situação profissional ou sexo dos utentes. Não se verificou a existência de uma relação significativa com a idade ($t = 0,758$; $p = 0,576$), nem com a situação profissional (ativo vs não ativo; $\chi^2 = 0,111$; $p = 0,739$) estando, no entanto, relacionado significativamente com o sexo ($\chi^2 = 4,919$; $p = 0,027$). Os utentes do sexo masculino recorrem mais ao SU no período noturno (53,6%) e os utentes do sexo feminino no período diurno (62,3%).

Consultando os registos clínicos eletrónicos foi possível analisar se o acesso ao médico de família poderia limitar o acesso aos serviços de CSP. Verificou-se que, apesar de alguns utentes não terem médico de família atribuído (15,1%), os mesmos recorreram aos serviços de CSP em média $4 \pm 4,3$ vezes durante 2014, sendo que os utentes com médico de família atribuído (84,9%) recorreram $5,75 \pm 4,0$ vezes ($t = 1,937$; $p = 0,054$).

Procurou-se determinar se o número de admissões prévias ao SU estaria associado com a isenção de pagamento de taxas moderadoras. Verificámos que 41,2% dos utentes estavam isentos de pagamento, sendo estes os que apresentavam um maior número de admissões prévias ($t = 3,306$; $p = 0,01$).

A análise da Tabela 3 permite verificar que não foi possível confirmar a existência de uma relação significativa entre o número de

admissões prévias ao SU e o sexo ($t = 1,027$; $p = 0,305$) nem com o acesso ao médico de família ($p = 0,581$).

A situação profissional ($F_6 = 1,825$; $p = 0,107$), o estado civil ($F_5 = 1,487$; $p = 0,205$) e a proveniência do utente (iniciativa própria *vs* referenciado por um serviço de saúde; $t = 0,078$; $p = 0,938$) também não estavam relacionados com o número de admissões prévias. Ao agruparmos a situação profissional em dois grupos (ativos *vs* não ativos) verificámos que os ativos

tinham uma média de admissões ao SU mais baixa ($t = -2,576$; $p = 0,010$). Observou-se ainda que o número de admissões prévias ao SU aumentou com a idade ($r = 0,123$; $p = 0,021$).

De salientar que os utentes não urgentes com mais admissões prévias ao SU também tendem a ter um número mais elevado de admissões nos CSP ($r = 0,255$; $p < 0,001$), ou seja, os utentes que recorreram mais aos CSP também recorreram mais ao SU.

Tabela 3

Fatores determinantes do número de admissões prévias ao serviço de urgência

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t*</i>	<i>p</i>
Isenção da taxa de usuários	Isento	147	2,10	2,759	3,306	0,010
	Não isento	210	1,08	2,949		
Sexo	Feminino	213	2,03	6,965	1,027	0,305
	Masculino	144	1,49	2,603		
Situação profissional	Ativo	122	0,80	1,676	-2,576	0,010
	Não ativo	236	2,18	5,803		
Acesso a médico de família	Sim	303	1,77	5,167	0,552	0,581
	Não	54	1,37	2,413		

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão. *teste *t* de *student* para amostras independentes.

Não foi possível confirmar a existência de uma relação significativa entre o número de admissões prévias ao SU e a perceção de gravidade da situação ($r = 0,074$; $p = 0,162$), nem com a preocupação com a sua condição de saúde ($r = 0,051$; $p = 0,337$). No entanto, verificou-se que os utentes que tendem a considerar o SU como o mais adequado *para tratar o seu caso* são os utentes com um número mais elevado de admissões prévias ao SU ($r = 0,112$; $p = 0,036$).

Discussão

Com este estudo pretendeu-se avaliar os determinantes do acesso ao SU por utentes não urgentes. A análise dos dados evidenciou que a maioria dos utentes não urgentes é do sexo feminino, reformada, com reduzidas habilitações literárias e, com uma média de idades de $54,51 \pm 20,9$ anos. Franchi et al. (2017) concluiu, no seu estudo, que os indivíduos do sexo masculino, com mais de 85 anos, polimedicados, com historial de internamentos e admis-

sões prévias ao SU apresentavam mais acessos ao SU. Estudos prévios apontavam para um acesso inapropriado ao SU associado a idades mais jovens (Unwin et al., 2016; Uscher-Pines et al., 2013), o que não nos foi possível verificar.

Neste cenário, torna-se importante a avaliação do período de admissão no SU, comparando o mesmo com os horários de funcionamento dos CSP. Verificou-se que a maioria dos utentes não urgentes procurou o SU durante o período diurno, sobretudo os utentes do sexo feminino. Estes dados permitem corroborar as conclusões de outro estudo (Carret et al., 2007) onde é referido que a maior parte dos episódios inadequados de urgência ocorrem nos períodos da manhã e tarde, ao invés de Gomes (2014), que considerava que o utente, tendo a perceção de que a sua situação não seria urgente e que teria que aguardar, preferia ir durante a noite, quando a afluência é menor.

A maioria dos utentes procurou o SU por iniciativa própria, sendo apenas 18,3% os que recorreram previamente aos CSP. Novo (2010) refere que, apesar do aumento de médicos,

o SU continuava a ser utilizado como fonte de cuidados primários por parte dos utentes, principalmente por aqueles que não teriam sido referenciados anteriormente pelo médico de família. Também Uscher-Pines et al. (2013) apontava para um acesso inapropriado ao SU determinado pela conveniência do SU, comparado com as alternativas, referência para o SU por um clínico e a existência de percepções negativas sobre alternativas como os CSP. Outros estudos acrescentam ainda a oportunidade de ser atendido sem marcação, num local com tecnologias modernas e de alta qualidade, com horário de funcionamento alargado (Gentile et al., 2010). Grande parte dos utentes que recorrem ao SU não apresentava situações de urgência (Pereira et al., 2001), podendo, por isso, ter recorrido a outros serviços da rede do SNS (Carret et al., 2009; Oliveira, 2006; Santos et al., 2014).

Esta situação poderá configurar quer uma falta de informação por parte dos utentes relativamente ao nível de diferenciação e ao acesso aos cuidados de saúde, quer uma distorção da percepção do seu estado de saúde, uma vez que a maioria recorreu aos SU por uma opção expressa/deliberada. Estes resultados vão ao encontro das conclusões do estudo de Gentile et al. (2010) ao referirem que a maioria dos utentes não urgentes recorreu autonomamente ao SU (76%) e apenas um terço (31,8%) tinha consultado um médico.

De salientar que 7,3% dos doentes triados como pouco urgentes ou não urgentes foram internados e 2,2% foram transferidos. Estes números poderão dever-se a erros na triagem devido ao sistema ou falta de treino dos triadores, informações insuficientes, transmitidas numa primeira abordagem por parte dos utentes ou de quem os acompanhou ou ao agravamento da situação clínica após triagem (Rebimbas, 2013). Por esta razão seria importante realizar um estudo dos antecedentes e de seguimento destes utentes.

Já o estudo de Ng et al. (2016) tinha sublinhado este aparente paradoxo relacionado com um número substancial de internamentos em casos triados como não urgentes no SU. Neste estudo, a taxa global de hospitalização foi 12,47%. Entre os preditores de internamento subsequente ao acesso não urgente destacam-se: o sexo masculino, ter mais de 65 anos, che-

gar ao SU por ambulância, frequência cardíaca superior a 100 bat/min, febre e a presença de edema/eritema na pele. Os autores sublinham a importância de analisar criticamente o nível de acuidade da triagem do SU por poder conduzir a uma tomada de decisão inapropriada por parte da equipa clínica.

O contexto socioeconómico dos utentes não urgentes poderá despoletar motivações suscetíveis de influenciar o acesso adequado ao SU (Read et al., 2014), uma vez que se constatou que a maioria dos sujeitos tinha acesso ao médico de família e que apresentavam queixas com evolução prolongada ($18,8 \pm 70,8$ dias). Estes dados não permitem corroborar as hipóteses que apontavam para o facto de existirem muitos utentes sem médico de família e que a procura de uma consulta programada em tempo útil seria bastante dificultada nos serviços CSP (Novo, 2010). No estudo de Gentile et al. (2010) apenas 68% dos utentes não urgentes estava disposta a ser reorientada para os serviços CSP, enquanto, num outro estudo (Dias et al., 2016) 62,7% dos indivíduos recorreram efetivamente ao CSP após serem reencaminhados do SU.

O elevado número de utentes com isenção de taxas moderadoras (41,2%) pode estar a contribuir para o recurso desadequado ao SU (Paiva et al., 2012).

Os utentes não urgentes consideraram, em média, que a sua condição de saúde era moderadamente urgente ($6,9 \pm 2,1$), mas muito preocupante ($8,1 \pm 2,1$), pelo que tendiam a considerar que o SU seria o serviço mais adequado para tratar o seu caso ($8,6 \pm 2,0$). Os utentes que consideravam o SU como o serviço mais adequado para tratar o seu caso apresentavam um maior número de admissões prévias. Por outro lado, os utentes que procuravam mais o SU também procuravam mais os CSP, ou seja, parece existir um padrão de elevado consumo global de cuidados de saúde e não só de uso inadequado dos SU, dados corroborados pelos do estudo de Franchi et al. (2017). De salientar que entre os utentes que consultaram previamente os CSP antes de irem ao SU, menos de metade, (36,4%) trouxeram informação.

Os três motivos mais referenciados pelos utentes para recorrer ao SU em vez dos CSP estão relacionados com a percepção de urgência da sua situação clínica, realização de exames complementares no mesmo dia e o facto de serem observados por especialistas. Estudos anteriores

acrescentam que os SU ficam expostos a uma utilização inapropriada, atendendo ao funcionamento 24 horas por dia, à proximidade com grandes áreas residenciais e ao facto de assegurarem cuidados a doentes sem acesso a outras redes de cuidados de saúde (Novo, 2010; Oliveira, 2006; Silva, 2009). Outros motivos que têm sido identificados, passam pela facilidade de acesso a cuidados de saúde e a meios complementares de diagnóstico, bem como a existência de casos sociais como idosos abandonados ou sem-abrigo, utentes com doenças crónicas e/ou terminais (Silva, 2009). A inadequada utilização dos SU não parece resultar apenas de um acesso facilitado, mas também da crença de que o tratamento recebido será de melhor qualidade (McGuigan & Watson, 2010; Unwin et al., 2016)

A maioria dos utentes não urgentes (74,6%) referiu ter conhecimento da existência de consulta aberta no seu CS, tendo muitos deles já utilizado esta opção. Mendes, Mantovani, Gemito, e Lopes (2013) salientam a elevada importância que os próprios utentes atribuem à existência de consulta aberta no seu CS, no entanto, parece existir ainda algum desconhecimento relativamente a este tipo de consulta, uma vez que os utentes continuam a recorrer ao SU por motivos não urgentes.

A disponibilização de informações de saúde por telefone ou pela internet está em franco crescimento, mas tal parece não ter reflexo na redução do uso inapropriado do SU. No estudo de Backman, Lagerlund, Svensson, Blomqvist, e Adami (2012) os utentes triados como não urgentes recorreram a mais fontes de informação de saúde que os utentes dos CSP, independentemente da urgência dos seus sintomas. Os autores salientam que o problema parece não estar na falta de informação sobre o uso adequado do SU, mas em encontrar estratégias para direcionar as informações para o grupo alvo certo.

A análise dos resultados obtidos e de estudos prévios (Carret et al., 2009; Gomes, 2014; Novo, 2010; Santos et al., 2014) permite-nos referir que, apesar das realidades serem distintas em termos de sistemas de saúde, foram encontradas semelhanças entre Portugal e outros países no que concerne à utilização inadequada dos SU.

Não obstante a sua relevância, o presente estudo não é isento de limitações. A definição de utentes não urgentes de um SU é controver-

sa, tendo sido definidos critérios de utilização inadequada do SU, com base na prioridade atribuída na triagem de Manchester, ao invés de critérios rígidos e muito restritivos (Pereira et al., 2001), que consideravam um episódio de urgência inadequado como aquele que não resulte em transferência, hospitalização, morte no SU, necessidade de exames de diagnóstico ou procedimentos invasivos, entre outros.

Optou-se pela estatística univariada para análise pormenorizada sobre os fenómenos e a população em causa, no entanto, em estudos futuros, poderá ser útil recorrer a modelos mistos ou multivariados para análises complementares. Neste estudo foram analisados dados de uma amostra limitada de utentes não urgentes, recrutados num período temporal delimitado, não podendo os resultados ser extrapolados para a população.

Recomenda-se ainda estudos com amostras de instituições análogas, que possam aprofundar os motivos da procura do SU em utentes não urgentes.

Conclusão

A evidência gerada por este estudo permite identificar os principais determinantes do acesso ao SU por utentes não urgentes: maioritariamente do sexo feminino, de meia-idade, com reduzidas habilitações literárias, e que recorrem ao SU sobretudo no período diurno. A vontade do doente é a principal determinante da ida à urgência, considerando que a sua doença o justifica. A utilização inapropriada do SU parece ser acompanhada de um elevado padrão de consumo de cuidados globais de saúde (incluindo os CSP), uma vez que a maioria dos utentes assumiu que tinha acesso ao médico de família e utilizava os dois níveis de cuidados. Adicionalmente concluiu-se que, em média, os utentes aguardaram em casa mais de 18 dias antes de se deslocarem ao SU, período este superior ao estipulado para a marcação e atendimento nos CSP.

No futuro será importante comparar os utentes não urgentes com o grupo de utentes urgentes, pois permitirá discriminar as características associadas a um consumo inadequado de cuidados de saúde. Seria igualmente importante a criação de estruturas/estratégias que permitissem a identifi-

cação atempada dos hiperutilizadores dos SU e assegurassem o acompanhamento das situações com a implementação de medidas direcionadas para a adequação do acesso e da resposta das diferentes unidades de saúde.

Outro pilar importante na estratégia de atuação que se propõe passará pela aposta na informação/divulgação das melhores práticas no acesso aos cuidados de saúde (CSP e SU), de forma a promover uma crescente consciencialização da população para utilização adequada das estruturas de saúde. A implementação de estratégias de divulgação criativas direcionadas para o consumidor de cuidados de saúde, nomeadamente nas salas de espera das consultas externas dos hospitais e dos CSP, poderá contribuir para a obtenção de importantes ganhos em saúde.

Referências bibliográficas

- Backman, A. S., Lagerlund, M., Svensson, T., Blomqvist, P., & Adami, J. (2012). Use of healthcare information and advice among non-urgent patients visiting emergency department or primary care. *Emergency Medicine Journal*, 29(12), 1004-1006. doi:10.1136/emmermed-2011-200464
- Carret, M. L., Fassa, A. G., & Kawachi, I. (2007). Demand for emergency health service: Factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 7, 131. doi:10.1186/1472-6963-7-131
- Carret, M. L., Fassa, A. G., & Domingues, M. R. (2009). Inappropriate use of emergency services: A systematic review of prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 7-28. doi:10.1590/S0102-311X2009000100002
- Dias, R. D., Rios, I. C., Canhada, C., Fernandes, M., Lettaif, L., Bonfá, E., & Perondi, M. B. (2016). Using the Manchester triage system for refusing nonurgent patients in the emergency department: A 30-day outcome study. *Journal Emergency Management*, 4(5), 349-364. doi:10.5055/jem.2016.0300
- Franchi, C., Cartabia, M., Santalucia, P., Baviera, M., Mannucci, P. M., Fortino, I., ... Nobili, A. (2017). Emergency department visits in older people: Pattern of use, contributing factors, geographical differences and outcomes. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(2), 319-326. doi:10.1007/s40520-016-0550-5
- Gentile, S., Vignally, P., Durand, A.-C., Gainotti, S., Sambuc, R., & Gerbeaux, P. (2010). Nonurgent patients in the emergency department? A french formula to prevent misuse. *BMC Health Services Research*, 10, 66. doi:10.1186/1472-6963-10-66
- Gomes, M. (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, Portugal. Recuperado de http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4546/1/DM_Mafalda-Gomes_2014.pdf
- Mendes, F., Mantovani, M., Gemito, M., & Lopes, M. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista Enfermagem Referência*, 3(9), 17-25. doi:10.12707/RIII1281
- McGuigan, T., & Watson, P. (2010). Non-urgent attendance at emergency departments. *Emergency Nurse*, 18(6), 34-38. Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=00ff3412-b148-48bb-ba48-9489e168d382%40sessionmgr101>
- Ng, C. J., Liao, P. J., Chang, Y. C., Kuan, J. T., Chen, J. C., & Hsu, K. H. (2016). Predictive factors for hospitalization of nonurgent patients in the emergency department. *Medicine*, 95(26), e4053. doi:10.1097/MD.00000000000004053
- Novo, L. (2010). *A procura de cuidados de saúde no distrito de Viana do Castelo* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Portugal. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45398/2/Lucia%20Novo%20Dissertao%20A%20Procura%20de%20Cuidados%20de%20Sade%20no%20Distrito%20de%20V.pdf>
- Oliveira, A. (2006). Basic emergency. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 269-273.
- Paiva, J., Silva, A., Almeida, A., Seco, C., Gomes, C., Ribeiro, E., ... Silva, R. (2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: Relatório CRRNEU*. Recuperado de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACB-C8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia.pdf>
- Pereira, S., Silva, A. O., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., ... Freitas, A. F. (2001). Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 580-586. doi:10.1067/mem.2001.114306
- Read, J., Varughese, S., & Cameron, P. A. (2014). Determinants of non-urgent emergency department attendance among females in Qatar. *Qatar Medical Journal*, 14(2), 98-105. doi:10.5339/qmj.2014.16
- Rebimbas, C. T. (2013). *Avaliação do sistema de triagem de Manchester* (Tese de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Portugal. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/35176/1/Tese%20Catarina%20Rebimbas.pdf>
- Santos, A. P., Freitas, P., & Martins, H. M. (2014). Manches-

- ter triage system version II and resource utilisation in the emergency department. *Emergency Medical Journal*, 31(2), 148–152. doi:10.1136/emermed-2012-201782
- Silva, A. (2009). *A qualidade do serviço de urgência: Percepções dos utentes e dos prestadores* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro, Portugal. Recuperado de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3471/1/2010001235.pdf>
- Unwin, M., Kinsman, L., & Rigby, S. (2016). Why are we waiting? Patients' perspectives for accessing emergency department services with non-urgent complaints. *International Emergency Nurse*, 29, 3-8. doi:10.1016/j.ienj.2016.09.003
- Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Deciding to visit the emergency department for non-urgent conditions: A systematic review of the literature. *The American Journal of Managed Care*, 19(1), 47-59. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156292/>

