

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Sobrelotação do Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta - Razões, Consequências, Perfil dos utentes e Proposta de Soluções

Alexandra Büchel Marques dos Reis Matos

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:
Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

outubro, 2022

iscte

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Sobrelotação do Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta - Razões, Consequências, Perfil dos utentes e Proposta de Soluções

Alexandra Büchel Marques dos Reis Matos

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:
Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

outubro, 2022

“O homem não teria alcançado o possível se, repetidas vezes, não tivesse tentado o impossível”

Max Weber

AGRADECIMENTOS

A todos os Professores e alunos com quem me cruzei ao longo dos anos, pelos ensinamentos, pela partilha e pela camaradagem.

À Professora Sofia Portela pela forma entusiástica como acolheu o meu projeto. Foi a sua orientação rigorosa e ajuda permanente, que de forma tão altruísta me dedicou, muito para além das suas obrigações profissionais, que tornou possível a realização deste trabalho.

Ao Hospital Garcia de Orta pela cedência dos dados.

Às centenas de utentes e aos profissionais de saúde do Hospital Garcia de Orta e do Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal, bem como aos jovens que colaboraram nos questionários.

Aos meus pais por me transmitirem a vontade de aprender todos os dias um pouco mais.

Ao meu marido e filhos por caminharem comigo.

À minha irmã Cristina pelo tempo dedicado.

Aos meus amigos, em especial à Teresa, São e Elsa por acreditarem em mim desde a primeira hora e por me dedicarem do tempo delas para me proporcionarem bons momentos, preciosos para superar os mais difíceis.

Desejo que este seja um contributo relevante para uma reflexão profunda que urge sobre o Serviço Nacional de Saúde.

RESUMO

A sobrelotação nos Serviços de Urgência Geral (SUG) é um problema global largamente documentado. Não existem estudos em Portugal.

Este trabalho tem como principal objetivo estudar as causas e consequências da sobrelotação do SUG do Hospital Garcia de Orta (HGO), bem como analisar em detalhe os pacientes que visitam o SUG de forma inapropriada, os seus motivos e, conseqüentemente, a elaboração de propostas de solução.

Analisaram-se todos os episódios com cor de triagem verde e azul (atribuída pela Triagem de Manchester) que utilizaram o SUG do HGO de 1 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2021. Foram inquiridos 520 utentes que visitaram o SUG inapropriadamente, por forma a obter a informação sobre o motivo da procura do SUG em vez do Médico de Família (MF) ou a consulta aberta dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Foi recolhida a perceção dos profissionais de saúde através de inquérito em suporte digital, tendo sido analisadas as respostas de 96 profissionais acerca do motivo da vinda dos utentes ao SUG de forma inapropriada, das principais causas e consequências da sobrelotação em si.

Os resultados evidenciam que 84% dos episódios são por doença, 55% são mulheres, a idade média é de 54 anos, quase metade dos episódios são situações pouco urgentes ou não urgentes. 60% dos utentes não vêm referenciados. Os dois motivos principais de vinda dos utentes ao SU prendem-se com a conveniência do SUG (abertura 24 horas por dia, ausência de necessidade de agendamento e realização no próprio episódio de exames complementares) e observação por um médico especialista. Estes não coincidem com a perspetiva dos profissionais, que consideram como principais causas de sobrelotação do SUG, a dificuldade dos pacientes no acesso aos CSP, a falta de espaço físico no SUG, o número de utentes internados a aguardar vaga para transferência para enfermaria. Os mesmos consideram como principais consequências da sobrelotação, a diminuição da qualidade dos cuidados prestados e das medidas de controlo e prevenção de infeção.

Apontam-se a necessidade de referenciação de todos os doentes ao SUG, a aplicação de taxas moderadoras elevadas a quem pretender inscrever-se no SUG sem referenciação, as de Unidades de *Fast Track* nos SUG e a educação para a saúde a toda a população.

Palavras-chave: Serviço de Urgência Geral, sobrelotação, episódios de urgência inapropriados

JEL Classification: I12, I18, M10

ABSTRACT

The Emergency Department (ED) overcrowding is widely known globally, documented and studied issue. However, as of yet, none of the studies happened in Portugal.

This paper aims to study the causation and the consequences of said overcrowding of the ED, specifically at the Garcia de Orta Hospital (HGO), while also analyzing the implications of patients visiting unnecessarily the ED.

Between January 1st 2017 and December 31st 2021, all occasions of green and blue triage were analyzed. 520 individuals who visited the ED inappropriately were surveyed to find out the reason for their choice of visiting the ED instead of booking an appointment with the GP (General Practitioner) of the Primary Care (PC). 96 health professionals were also surveyed in order to obtain their perceptions on their patients' unnecessary journeys to the ED, mainly to find out the reasoning behind their patients' choice, abstaining from less straining and time-consuming alternatives.

The results have shown that 84% of the episodes are disease related, 55% are women, the average age is 54 years old, almost half of the patients are a low-urgency or non-urgency, 60% of the patients had not been referred to the ED. The two biggest reasons for people to decide to visit the ED instead of waiting for an appointment is the convenience (ED is operational 24/7, there is no booking required and all tests will be done concurrently) and the possibility of being seen by a specialist doctor, although these reasons do not match with the perspective of professionals in the area. In their view, the overcrowding of the ED related to the difficulty of patients getting a GP booking in a timely manner, the absence of adequate GP infrastructure, the number of patients awaiting transfer from admittance to infirmary. It's also their opinion that these issues cause a decrease in health care and prevention and mitigation of infectious diseases.

Some mitigation factors for the overcrowding would be the necessity for a referral for all patients visiting the ED, with high fees for those who choose to bypass the referral process, implementation of Fast Track Units at the ED and welfare education for everyone in the society, including children.

Keywords: Emergency Department, overcrowding,

JEL Classification System: I12, I18, M10

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	VII
ABSTRACT	XI
ÍNDICE DE QUADROS	XV
ÍNDICE DE FIGURAS	XVI
GLOSSÁRIO	XVIII
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1. A EVOLUÇÃO DA PROCURA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA EM PORTUGAL E NO MUNDO.....	5
2.2. CONCEITO DE SOBRELOTAÇÃO.....	6
2.3. COMO SE MEDE A SOBRELOTAÇÃO.....	6
2.4. CAUSAS DE SOBRELOTAÇÃO.....	7
2.5. CONSEQUÊNCIAS DA SOBRELOTAÇÃO.....	15
2.6. ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR A SOBRELOTAÇÃO.....	18
2.7. O DOENTE NÃO URGENTE NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA.....	23
2.7.1. CONCEITO DO DOENTE NÃO URGENTE OU INAPROPRIADO.....	23
2.7.2. MOTIVOS PARA O DOENTE NÃO URGENTE PROCURAR O SERVIÇO DE URGÊNCIA SEM REFERENCIAÇÃO.....	24
3. METODOLOGIA	31
3.1. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	31
3.2. BASE DE DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO HGO.....	32
3.3. QUESTIONÁRIO AOS PACIENTES DO SUG DO HGO.....	33
3.3.1. INSTRUMENTO.....	33
3.3.2. DESENHO DO ESTUDO, POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
3.3.3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE PACIENTES.....	35
3.4. QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS DO SUG DO HGO.....	36
3.4.1. INSTRUMENTO.....	36
3.4.2. DESENHO DO ESTUDO E POPULAÇÃO.....	38
3.4.3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE PROFISSIONAIS.....	38
3.5. ENTREVISTAS AOS RESPONSÁVEIS DE UNIDADES DE CSP DA ÁREA DE REFERENCIAÇÃO DO HGO.....	39
4. O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS E A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA...	40
5. DESCRIÇÃO DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA E RESPECTIVA ÁREA DE REFERENCIAÇÃO	42
6. DIAGNÓSTICO DA SOBRELOTAÇÃO DO SUG DO HGO	44
6.1. A PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE ENTRE 2017-2021.....	44
6.2. O PERFIL DO PACIENTE.....	46

6.3.	FREQUÊNCIA DA PROCURA.....	49
6.4.	CAUSA DA IDA AO SUG, PROVENIÊNCIA E DESTINO DO PACIENTE APÓS ATENDIMENTO	51
6.5.	TRIAGEM	53
6.6.	EPISÓDIOS INAPROPRIADOS	59
6.7.	FREQUÊNCIA COM QUE O SUG DO HGO SE ENCONTRA EM SOBRELOTAÇÃO: A PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS	63
6.8.	OS HÁBITOS DE SAÚDE DOS PACIENTES E A SUA PERCEÇÃO SOBRE O SEU ESTADO DE SAÚDE ATUAL ..	64
6.9.	MOTIVOS PARA O DOENTE NÃO URGENTE PROCURAR O SUG DO HGO SEM REFERENCIAÇÃO	65
6.10.	CAUSAS DA SOBRELOTAÇÃO: A PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS	71
6.11.	CONSEQUÊNCIAS DA SOBRELOTAÇÃO: A PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS	75
7.	DISCUSSÃO DE POTENCIAIS INTERVENÇÕES PARA REDUZIR A SOBRELOTAÇÃO DO SUG DO HGO. A PERSPETIVA DOS RESPONSÁVEIS DOS CSP DA ÁREA DE REFERENCIAÇÃO	81
8.	PROPOSTA DE SOLUÇÕES PARA REDUZIR A SOBRELOTAÇÃO DO SUG DO HGO	82
8.1	INPUT.....	83
8.1.1.	REFERENCIAÇÃO PELA SNS 24.....	83
8.1.2.	REFERENCIAÇÃO PELO CODU.....	84
8.1.3.	OS CSP: O PAPEL DO MÉDICO DE MGF	85
8.1.4.	PRÉ-TRIAGEM MÉDICA	86
8.1.5.	CUSTO ACRESCIDO PARA UTENTES INAPROPRIADOS E ENCAMINHAMENTO REFERENCIADO	87
8.2.	THROUGHPUT	87
8.2.1.	UNIDADES FAST TRACK	87
8.2.2.	INTEGRAÇÃO DE EQUIPAS MÉDICAS	88
8.2.3.	EQUIPAS GERIÁTRICAS	88
8.2.4.	HOSPITAIS DE DIA E CONSULTAS URGENTES	88
8.2.5.	EQUIPAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM DIFERENCIADAS E ADEQUADAMENTE DIMENSIONADAS	89
8.2.6.	TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO	90
8.3.	OUTPUT	90
8.4.	EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	91
9.	CONCLUSÃO.....	92
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro síntese da revisão de literatura sobre as causas da sobrelotação dos SU.....	12
Quadro 2 - Quadro síntese da revisão de literatura sobre as consequências da sobrelotação dos SU..	16
Quadro 3 - Quadro síntese da revisão de literatura sobre os motivos para o doente não urgente/ inapropriado procurar os SU	27
Quadro 4 - Perfil dos pacientes do SUG do HGO.....	48
Quadro 5 – Nº pacientes atendidos no SUG do HGO, por cada 100 habitantes	49
Quadro 6 – Nº episódios inapropriados.....	59
Quadro 7 - Percentagem de pacientes por número total de episódios e por número de episódios inapropriados, em 2017-2021	59
Quadro 8 - Nº e percentagem de episódios apropriados e inapropriados, nº de episódios inapropriados por 100 episódios e nº médio de episódios inapropriados por paciente, por perfil dos pacientes, em 2021	62
Quadro 9 - Nº e percentagem de episódios apropriados e inapropriados e nº de episódios inapropriados por 100 episódios e por períodos da procura, em 2021	63
Quadro 10 - Principais motivos para o doente não urgente procurar o SUG do HGO sem referênciação (em vez de ir ao médico de família ou ao SAP) – A perspetiva dos pacientes	69
Quadro 11 - Principais motivos para o doente não urgente procurar o SUG do HGO sem referênciação (em vez de ir ao médico de família ou ao SAP) – A perceção dos profissionais	69
Quadro 12 - Principais causas da sobrelotação do SUG do HGO, na perspetiva dos profissionais.....	74
Quadro 13 - Principais consequências da sobrelotação do SUG do HGO, na perspetiva dos profissionais	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - O modelo conceptual de Asplin et al. (2003) – O modelo de input-throughput-output da sobrelotação do SU	8
Figura 2 - Área de residência dos respondentes (por concelho e freguesia da área do HGO ..	36
Figura 3 – N° episódios por dia, em 2017-2021	44
Figura 4 - N° episódios e pacientes no SUG	45
Figura 5 – N° episódios por dia no SUG	45
Figura 6 - N° médio de episódios diários, por dia semana	45
Figura 7 - N° médio de episódios diários, por mês	45
Figura 8 - Número médio de episódios diários, por hora de admissão	46
Figura 9 - Percentagem de pacientes por número de episódios, por ano	50
Figura 10 – Principais proveniências dos pacientes	52
Figura 11 - Principais causas da ida ao SUG	52
Figura 12 - Principais proveniências dos pacientes, por hora de entrada, em 2021(n° médio de entradas por hora)	52
Figura 13 – Principais destinos do paciente após atendimento no SUG	53
Figura 14 – Sistema de triagem de Manchester – Significado das cores de triagem	53
Figura 15 – Cores atribuídas na triagem, por ano	54
Figura 16 - Cores atribuídas na triagem (agrupadas), por mês (2017-21)	54
Figura 17 – N° de episódios diários, por cor atribuída na triagem (2017-21)	54
Figura 18 - Cores das triagens, por dia da semana (2017-21)	55
Figura 19 - Cores, por hora (2017-21)	55
Figura 20- Cores das triagens, por freguesia (2017-21)	56
Figura 21 - Cores das triagens por grupo etário (2017-21)	56
Figura 22 - Cores de triagem, por unidade de CSP (2017-21)	56
Figura 23- Principais causas da ida ao SUG por causa e por cor (2017-2021)	57
Figura 24 - Principais proveniências dos pacientes, por triagem (2017-21)	58
Figura 25 - Principais destinos do paciente após atendimento no SUG, por triagem (2017-21)	58
Figura 26 - Principais queixas referidas na triagem (2017-21)	58
Figura 27- N° episódios por dia (total e inapropriados), em 2017-2021	60
Figura 28 - Motivos para o doente não urgente procurar o SUG do HGO sem referência (em vez de ir ao médico de família ou ao SAP) – A perspetiva dos pacientes e a perceção dos profissionais	68
Figura 29 - Causas da sobrelotação do SUG do HGO, na perspetiva dos profissionais	73
Figura 30 - Consequências da sobrelotação do SUG do HGO, na perspetiva dos profissionais	78

GLOSSÁRIO

CODU – Centro Orientador de Doentes Urgentes

CSP – Cuidos de Saúde Primários

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

ENP – *Emergency Nurse Practitioner* (enfermeiro de emergência)

EUA – Estados Unidos da América

GP – *General Practitioner* (Médico de Família)

HGO – Hospital Garcia de Orta

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

LOS – *Length Of Stay* (duração do episódio)

LWBS – *Left Without Being Seen* (pacientes que abandonam o SU sem serem atendidos)

MF – Médico de Família

MGF – Medicina Geral e Familiar

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – *Occupational rate*

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SS – Segurança Social

SU – Serviço(s) de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

T1B – Top 1 Box – Ponto mais alto da escala de Likert

T2B – Top 2 Box – Os dois pontos mais altos da escala de Likert

TAE – Técnico de Apoio à Emergência Pré-Hospitalar

UCSP – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO

Vivemos hoje uma crise que envolve todo o sistema de saúde, com marcada repercussão na sobrelotação dos Serviços de Urgência, que se tem vindo a acentuar em todo o mundo, desde há mais de 30 anos. É premente a identificação da sobrelotação e dos motivos que a ela conduzem, bem como a procura de soluções, no próprio SUG, antes do utente a ele chegar e quando dele deve sair. O reconhecimento do custo social, político e económico desta realidade, assim como os efeitos nos diversos *stakeholders*, é amplamente conhecido.

A sobrelotação é um fenómeno que surge não apenas em vários SU na Europa, como em todo o mundo, situação que tende a agravar-se nos próximos anos, de acordo com os dados estatísticos disponíveis.

A sobrelotação dos SU tem sido identificada como um problema sério desde meados da década de 80, tendo-se tornado um problema de saúde pública crónico e sistémico em todo o mundo (American College of Emergency Physicians, 2008; Coster et al., 2017; Derlet & Richards, 2000; Drummond, 2002; Kelen et al., 2021). A Royal College of Emergency Medicine (2021) considera que a sobrelotação dos SU é a maior ameaça à saúde pública.

A sobrelotação é uma ameaça para a qualidade dos cuidados, na medida em que dificulta a prestação atempada dos mesmos. Está associada nomeadamente ao aumento da mortalidade, a períodos de permanência prolongados no SU comprometendo a experiência do doente, a elevados custos em saúde e à criação nos profissionais de saúde de conflitos de ordem moral, que resultam do facto de estes estarem conscientes das necessidades dos utentes e de não lhes poderem satisfazer por motivos que os ultrapassam. Coloca em risco todo o Sistema de Saúde e a sua capacidade de oferta de serviços mínimos à população Oberlin et al., (2020a).

Acrescentar valor em saúde, deve ser o objetivo prioritário em qualquer sistema de saúde, aquilo que em última análise se reflete no paciente, agregando os interesses de todos os atores: pacientes, entidade pagadora, prestadores e fornecedores de serviços. Acrescentar valor compreende também abraçar outros objetivos, tais como a qualidade, a segurança, o foco no paciente e a contenção de custos. É fundamental ainda melhorar a equidade e expandir o acesso dos cuidados de saúde à população a custos aceitáveis.

Lewis, (2004) apelidou a sobrelotação nos SU de “A Tragédia dos Comuns”, uma vez que é um recurso (comum) acessível a todos sem restrições e cada um utiliza no seu melhor interesse, contra o interesse de todos e, desta forma, delapidando o recurso ou degradando a qualidade do recurso comum.

O objetivo principal deste estudo é o diagnóstico da situação de sobrelotação do SUG do HGO e propor potenciais intervenções para reduzir a sobrelotação deste serviço. Por sua vez, os objetivos específicos deste estudo são:

- Realizar o diagnóstico da procura de serviços e da situação de sobrelotação do SUG do HGO;
- Analisar o perfil dos utentes do SUG do HGO;
- Identificar as principais causas da sobrelotação do SUG do HGO;
- Identificar as principais consequências da sobrelotação do SUG do HGO;
- Identificar os motivos da vinda inapropriada dos pacientes ao SUG do HGO em vez da procura do Médico de Família (MF) ou ao atendimento de doença urgente nas Unidades de Saúde (na perspetiva dos pacientes e dos profissionais do SUG do HGO);
- Propor medidas para melhorar a situação de sobrelotação do SUG do HGO.

Para efeitos do presente estudo, entende-se por episódio inapropriado o que resulta do paciente que recorre ao SUG sem referência ou que deu entrada transportado por ambulância, ao qual é atribuída cor verde ou azul no Sistema de Triagem de Manchester (situação não urgente ou pouco urgente).

Para dar resposta aos objetivos supramencionados, foram recolhidos dados do sistema de informação do HGO, foram aplicados questionários aos pacientes e aos profissionais do SUG do HGO, bem como realizadas entrevistas e *focus groups* a responsáveis de várias unidades de CSP da área de referência do HGO.

O estudo foi aprovado pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética do HGO.

No presente trabalho, no Capítulo 2, será apresentada uma revisão bibliográfica. O Capítulo 3 apresenta a metodologia utilizada neste estudo. O Capítulo 4 descreve o Serviço Nacional de Saúde português e a prestação de SU. No Capítulo 5 proceder-se-á à caracterização do Hospital e da população que o hospital serve. O Capítulo 6 apresenta um diagnóstico da situação de sobrelotação do SUG do HGO, procurando caracterizar a população que recorre ao hospital (no geral e de forma inapropriada), analisando as triagens de cor verde e azul (pela Triagem de Manchester) de 2017 a 2021, os motivos dos pacientes recorrerem de forma inapropriada ao SUG em vez de recorrerem ao MF e às consultas abertas, as causas e consequências da sobrelotação neste serviço. No Capítulo 7 apresenta-se os resultados das entrevistas e *focus groups*, onde foram discutidas potenciais intervenções para ajudar a mitigar

o problema da sobrelotação do SUG em estudo. No Capítulo 8 foram elencadas as propostas de solução para o problema da sobrelotação do SU. Por fim, no Capítulo 9 são apresentadas as conclusões deste estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A evolução da procura dos serviços de urgência em Portugal e no mundo

Os SU são fundamentais para a abordagem dos doentes com doença aguda e lesão traumática e são muitas vezes a porta de acesso aos cuidados de saúde.

Num estudo sobre os SU nos países da OCDE, Berchet, (2015) mostrou uma tendência crescente do número de visitas aos SU em quase todos os países da OCDE, com uma taxa anual de crescimento de 2,4% no número de visitas por 100 habitantes em 19 países da OCDE, entre 2001 e 2011.

O crescimento da procura deve-se às necessidades individuais das pessoas (as doenças crónicas mais prevalentes, as doenças súbitas, a morbilidade, o abuso de estupefacientes e álcool); às suas perceções individuais (de doença, do benefício na qualidade dos cuidados, do custo efetivo e da conveniência), bem como a fatores sociais (o crescimento da população, o envelhecimento da população e influências sazonais, tais como ondas de calor, doenças endémicas e catástrofes naturais) (He et al., 2011). De acordo com Jobé et al. (2018), as características da procura mais relevantes são de cariz demográfico, ambiental, administrativo, social e cultural. Coster et al. (2017) apontam múltiplos fatores para explicar o aumento da procura, nomeadamente o aumento da população idosa, o aumento dos doentes com patologia crónica múltipla e as mudanças comportamentais relacionadas com a forma como as pessoas acedem aos cuidados de saúde.

As lesões são os motivos mais comuns para a utilização dos SU em boa parte dos países; em Portugal, cerca de 80% das visitas estão relacionadas com doenças (Berchet, 2015). Em 2018, a doença representou 82,4% dos atendimentos nos SU (INE, 2020, p.34). Em 2011, a utilização do SU em Portugal foi a mais elevada entre os países da OCDE, com uma média de 70 episódios de urgência por cada 100 habitantes, enquanto a média dos países da OCDE foi de 31 episódios por cada 100 habitantes (Berchet, 2015).

Para a compreensão da evolução da progressiva procura dos SU é interessante recordar que até à II Guerra Mundial o tratamento dos doentes tinha lugar em casa, através da chamada do médico. Foi a necessidade de tratamento dos feridos de guerra que levou à criação de centros traumatológicos e à maior popularidade dos médicos cirurgiões. Com a perceção da existência de privilégios hospitalares, a medicina torna-se progressivamente mais institucionalizada, nos anos 60-70. O crescimento do conhecimento médico nesta altura, contribuiu para a necessidade

de criação dos hospitais, deixando os cuidados médicos de ser prestados apenas em situação de emergência, para passarem a ser solicitados, nos últimos 30 anos, cada vez mais para condições médicas não emergentes (He et al., 2011; Moskop et al. 2018).

De entre os fatores associados à oferta dos cuidados de saúde nos SU destacam-se: a utilização de recursos técnicos de diagnóstico dispendiosos, o compromisso de talento humano especializado e a existência de áreas e infraestruturas físicas preparadas para o efeito.

2.2. Conceito de sobrelotação

Sobrelotação num SU é um conceito *major* internacional que tem impacto negativo a vários níveis, nomeadamente nos cuidados aos pacientes e nos prestadores dos mesmos (Jobé et al., 2018).

Na terminologia anglo-saxónica, o termo *crowding* veio progressivamente substituir o termo *overcrowding* e significa o diferencial entre a capacidade do SU e o número de pacientes nele presentes num determinado período (Moskop et al., 2018). O *American College of Emergency Physicians* (2019; p.1) (Emergency College of Emergency Physicians , 2019) define sobrelotação como “a situação que ocorre quando as necessidades identificadas para os serviços de urgência excedem os recursos existentes para os cuidados aos doentes no serviço de urgência, no hospital ou em ambos”. Se os cuidados a prestar a situações urgentes são adiados devido à congestão, estamos perante sobrelotação (Salway et al., 2017). De acordo com De Freitas et al. (2018), a sobrelotação pode ser descrita como o desequilíbrio entre a procura e a capacidade para prestar cuidados.

2.3. Como se mede a sobrelotação

Medir a sobrelotação dos SU é uma tarefa complexa, pelo que não existe consenso nem quanto à ferramenta nem quanto à medida a utilizar (Morley et al., 2018). A sobrelotação num SU foi descrita como um elefante parado na sala de espera em que é difícil descrever quão pesado ele é, quão mal cheira e exatamente quando o chão poderá ceder (Jobé et al., 2018).

Dado não existir consenso quanto à medição da sobrelotação, os profissionais utilizam numerosos sistemas de medição, dos mais simples aos mais complexos. Jobé et al. (2018) compararam o complexo *National Emergency Department Overcrowding Scale (NEDOSC)*

com o simples *Occupational Rate (OR)*, concluindo que o simples *OR* se revelou tão preciso quanto o sofisticado *NEDOSC*, ao quantificar objetivamente a sobrelotação. Esta medida mostrou ainda correlação perfeita com a percepção dos profissionais de saúde. Também Oberlin et al. (2020) concluiu que os estudos indicam que os scores do *NEDOSC* e do *Emergency Department Work Index (EDWIN)* não dão indicações mais precisas da sobrelotação do que indicadores mais simples como o número de pacientes que abandonam o SU (*Left Without Being Seen - LWBS*) a retenção de ambulâncias e o número de utentes presentes no SU. O tempo durante o qual a sobrelotação impacta o funcionamento do SU naquele período e a abordagem dos doentes admitidos durante este tempo são importantes, bem como o conjunto de todos os doentes presentes no SU, mesmo aqueles admitidos previamente à sobrelotação. Assim, alguns autores propõem avaliar a sobrelotação através de um indicador de fluxo (e.g., o tempo de episódio) e outro de não-fluxo (e.g., o número de utentes presentes no SU ou a aguardar *boarding*) (Oberlin et al., 2020).

A revisão detalhada da literatura permitiu a divisão da medição da sobrelotação em quatro componentes: (1) de acordo com o modo de admissão (e.g., número de utentes em admissão (integrando eventualmente a sua gravidade), número de utentes *LWBS*, número de ambulâncias retidas); (2) de acordo com a atividade do SU (e.g., número de pacientes em simultâneo no SU); (3) de acordo com a etapa de assunção a cargo (e.g., tempo de episódio de urgência); e (4) de acordo com a articulação com as outras unidades funcionais (e.g., taxa de internamento, número de pacientes a aguardar internamento (atraso no *boarding*)). A percepção pelos profissionais de saúde é muitas vezes utilizada nos estudos, mas a sua validade é imperfeita (Oberlin et al., 2020).

Alguns estudos propõem que sobrelotação é a ocupação de mais de 90% dos postos de tratamento (Yarmohammadian et al., 2017). Intervalos de tempo e contagens de pacientes emergem como as ferramentas mais promissoras para a medição de fluxos e não fluxos, respetivamente. As definições padronizadas de intervalos de tempo (fluxo) e contagens numéricas (não fluxo) serão úteis na validação dessas métricas (Hwang et al., 2011).

2.4. Causas de sobrelotação

A sobrelotação dos SU resulta de um conjunto complexo e interdependente de razões (Derlet & Richards, 2000, 2000; Kenny et al., 2020; in Savioli et al., 2022). A identificação das causas

da sobrelotação dos SU é crucial para que possam ser definidas as soluções mais apropriadas e efetivas para resolver (ou aliviar) o problema (Morley et al., 2018; Savioli et al., 2022). No entanto, de acordo com Morley et al., (2018), o número de estudos publicados sobre as causas da sobrelotação dos SU é ainda relativamente reduzido.

Asplin et al., (2003) desenvolveu um modelo conceptual para estudar as causas, consequências, e potenciais soluções da sobrelotação, na perspectiva do SU. Os autores dividiram a sobrelotação num SU em três componentes interdependentes: *input*, *throughput* e *output*. A componente de *input* inclui a procura de cuidados de saúde (nos três tipos de cuidados prestados num SU – cuidados emergentes, cuidados urgentes não programados e cuidados na rede de segurança. A componente *throughput* inclui todos os processos internos do SU (ou seja, eficiência das operações) (e.g., triagem, atendimento pelo médico, exames, etc.). Por último, a componente de *output* está relacionada com a saída do paciente após o atendimento no SU (alta, internamento, referência para os CSP, etc.). Os autores consideram que devem ser identificadas as principais causas da sobrelotação em cada componente do modelo conceptual. Este modelo tem sido amplamente utilizado nos estudos de investigação sobre a sobrelotação dos SU (e.g., (Hoot & Aronsky, 2008, 2008; Irish Medical Organization, 2018; Kelen et al., 2021; Kenny et al., 2020, in Savioli et al., 2022; Morley et al., 2018).

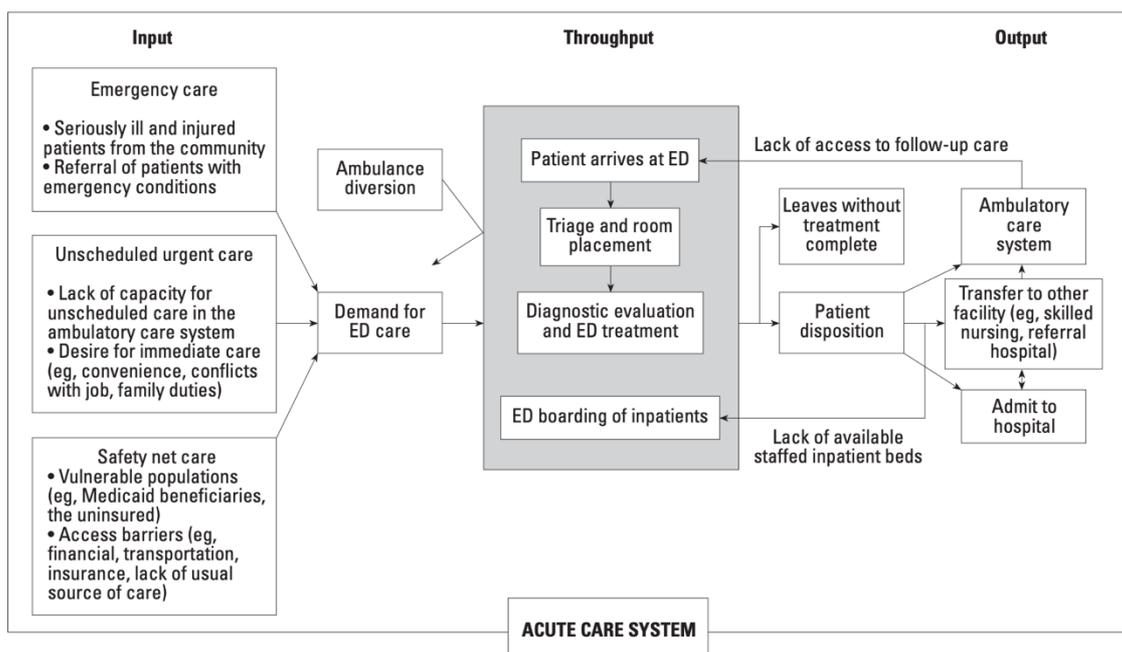


Figura 1 - O modelo conceptual de Asplin et al. (2003) – O modelo de input-throughput-output da sobrelotação do SU

Fonte: Asplin et al. (2003)

Tendo por base uma revisão de literatura, Schull et al., (2002) desenvolveu um modelo conceptual da sobrelotação dos SU e do desvio de ambulâncias, o qual organiza as causas da sobrelotação em quatro domínios (fatores relativos à comunidade, fatores relativos aos pacientes, fatores relativos ao SU e fatores relativos ao hospital).

Foram encontradas publicadas três revisões sistemáticas de literatura sobre as causas da sobrelotação, elaboradas por Hoot e Aronsky (2008), Morley et al. (2018) e Rasouli et al. (2019b).

Hoot e Aronsky (2008) organizaram as causas de sobrelotação de acordo com o modelo de Asplin et al (2003). Os autores concluíram que as causas mais comuns de sobrelotação são os pacientes não urgentes, os pacientes frequentes, a época da gripe, a insuficiência de recursos humanos, os pacientes que ficam no SU até terem vaga na enfermaria e a falta de camas no hospital.

Morley et al. (2018) realizaram uma revisão sistemática de literatura com o objetivo de expandir e atualizar a de Hoot e Aronsky (2008). Esta revisão incluiu maioritariamente estudos retrospectivos de *cohort*. Os autores classificaram as causas de sobrelotação no SU de acordo com o modelo de Asplin et al. (2003). As causas relacionadas com o *input* são a apresentação com mais do que uma necessidade de cuidados urgentes e complexa, aumento de utilizadores idosos, elevado volume de doentes com doença não-urgente e limitação no acesso a cuidados de saúde na comunidade. As causas relacionadas com o *throughput* apuradas foram a escassez de recursos de enfermagem, presença de médicos jovens menos experientes, atraso nos resultados dos exames e na tomada de decisão clínica. As causas relacionadas com o *output* são o *access block*, necessidade de cuidados intensivos e telemetria cardíaca.

Por último, na sua revisão sistemática da literatura, Rasouli et al. (2019) dividiram as causas da sobrelotação em (i) fatores relacionados com os pacientes, (ii) fatores relacionados com a prestação do serviço no SU (o qual é dividido em fluxo dos pacientes, staff e instalações e equipamentos), e (iii) outros fatores relacionados com a prestação de serviços do hospital. De acordo com estes autores, os fatores relacionados com o paciente são os seguintes: tratar-se de doente crítico, a idade (criança e idoso), o género masculino e os estilos de vida (tais como o alcoolismo). Os fatores relacionados com o fluxo de doentes e com os cuidados a eles prestados são o atraso na transferência de doentes internados, situações de doentes com condição clínica severa, elevado número de pacientes no SU, espera longa no SU por resultados de exames complementares. Por outro lado, os fatores relacionados com os profissionais de saúde são o erro no diagnóstico, atraso na consultadoria por especialistas, atraso dos profissionais em

prestar cuidados no SU, atraso na transferência de doentes internados para enfermarias, falta de camas para transferência de doentes para enfermaria e escassez de profissionais de saúde no SU. Os autores apontam como fatores relacionados com prestação de outros serviços do hospital o atraso nos resultados de análises clínicas e exame de radiologia, atraso na elaboração de relatórios, grande volume de doentes a aguardar na sala de espera do SU e a relutância dos profissionais das enfermarias do hospital em admitir doentes do SU.

A maioria dos estudos sobre a sobrelotação dos SU inquiriu os médicos e os diretores dos SU. A falta de camas de internamento e de cuidados intensivos é a causa mais mencionada como a principal causa da sobrelotação dos SU (e.g., American College of Emergency Physicians, 2008; Bond et al, 2007; Boyle et al., 2012; Gilligan & Hetherington, 2020; Richards et al., 2000; Royal College of Emergency Medicine, 2021; United States General Accounting Office, 2003; United States Government Accountability Office, 2009), o que faz com que os doentes que deram entrada no SU e que precisam de ser internados tenham que permanecer no SU (*access block e boarding*), ocupando espaço, recursos humanos e outros recursos enquanto permanecem neste serviço e, conseqüentemente, estes recursos tornam-se reduzidos para tratar os restantes pacientes do SU (Royal College of Emergency Medicine, 2021; United States Government Accountability Office, 2009; United States General Accounting Office, 2003). São ainda elencadas com principais causas da sobrelotação do SU o aumento do tempo de internamento dos pacientes, o aumento do número de pacientes e do seu nível de complexidade clínico, atrasos nos exames, falta de enfermeiros, falta de espaço no SU (Bond et al, 2007; Derlet et al., 2001; Richards et al., 2000).

Moskop et al. (2018) apresentou um sumário dos estudos mais recentes sobre as conseqüências da sobrelotação. De acordo com os autores, num reporte sobre a sobrelotação no SU publicado pela *National Academy of Medicine* em 2006, os clínicos, já na altura, se sentiam a cuidar de demasiados pacientes com recursos escassos. São ainda referidos como fatores relacionados com o *input* o aumento de pacientes com doença complexa, frequentemente com tratamento incompleto e apoio em ambiente extra-hospitalar insuficiente. Estes pacientes são enviados aos SU para elaboração de exames complementares de diagnóstico de alta tecnologia e tratamentos mais diferenciados. Ainda no âmbito do *input* os autores consideram que o sistema de cuidados impele para o SU os pacientes com doença não urgente, por terem apólices de seguros pouco abrangentes ou não terem de todo convenções. Relativamente aos fatores relacionados com o *throughput*, considerando os utentes progressivamente mais idosos e desta forma com doença mais complexa, com necessidade de múltiplos exames laboratoriais e de

imagem, bem como intervenções terapêuticas levadas a cabo no SU (por os pacientes não terem seguros com cobertura para internamento), aumentando desta forma o tempo de permanência naquele serviço. Entre os fatores responsáveis pelo *output* considera-se a escassez de camas para internamento, amplamente reconhecida como a causa mais significativa de sobrelotação num SU. Quando as camas hospitalares estão totalmente ocupadas, os pacientes internados acumulam-se no SU, por vezes muitas horas ou mesmo dias, circunstância referida como *boarding*. Esta situação atrasa o tratamento definitivo dos pacientes em *boarding* e a avaliação e tratamento de novos pacientes admitidos no SU, com efeitos adversos na morbilidade e mortalidade documentados. Este fenómeno é o resultado das áreas de procedimentos de múltiplos serviços, dos incentivos financeiros de grandes hospitais de agudos e da própria cultura do hospital. Os atrasos na saída dos pacientes com alta, resultantes dos horários das equipas de internamento, podem condicionar a disponibilidade de camas até mais tarde, no decorrer do dia. O facto de procedimentos cirúrgicos eletivos gerarem mais receita tornam-nos mais atrativos do ponto de vista financeiro relativamente às admissões mais prolongadas, como doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica ou com insuficiência cardíaca congestiva, levam à priorização destas admissões eletivas, fazendo com que estas permaneçam em *boarding* no SU (Moskop et al., 2018).

O quadro 1 sistematiza a revisão de literatura sobre as causas da sobrelotação dos SU. Foram incluídas no quadro todas as causas de sobrelotação mencionadas na literatura, e respetivos autores, organizadas de acordo com o modelo de Asplin et al. (2003).

Quadro 1 - Quadro síntese da revisão de literatura sobre as causas da sobrelotação dos SU

	AUTORES
Fatores relacionados com a procura de cuidados de saúde no SU (Input)	
Elevado número de utentes	Derlet e Richards (2000); Derlet et al. (2001); Hoot e Aronsky (2008); Kelen et al. (2021); Kenny et al. (2020; in Savioli et al., 2022); Richards et al. (2000); Royal College of Emergency Medicine (2021)
Elevado número de utentes não urgentes	Bond et al. (2007); Hoot e Aronsky (2008); Morley et al. (2018)
Elevado número de utentes não urgentes que ocorrem por sua iniciativa	Gilligan e Hetherington (2020); Jayaprakash et al. (2009)
High users (utentes frequentes)	Hoot e Aronsky (2008)
Utentes mal referenciados pelo SNS 24	
Utentes mal referenciados pelos médicos de família	Kelen et al. (2021)
Utentes mal referenciados pelos lares	Bond et al. (2007); Gilligan e Hetherington (2020)
Utentes que vêm de ambulância indevidamente	
Crescente grau de complexidade e severidade das situações clínicas dos utentes	Bond et al. (2007); Derlet e Richards (2000); Derlet et al. (2001); Hoot e Aronsky (2008); Jayaprakash et al. (2009); Kelen et al. (2021); Kenny et al. (2020; in Savioli et al., 2022); Morley et al. (2018); Rasouli et al. (2019); Richards et al. (2000); Sagan e Richardson (2015); Schull et al. (2002); Trzeciak e Rivers (2003); United States Government Accountability Office (2009); United States General Accounting Office (2003)
Aumento da proporção de utentes idosos	Derlet e Richards (2000); Jayaprakash et al. (2009); Morley et al. (2018); Schull et al. (2002); United States Government Accountability Office (2009); United States General Accounting Office (2003)
Dificuldade no acesso aos cuidados primários	Bond et al. (2007); Gilligan e Hetherington (2020); Irish Medical Organization (2018); Jayaprakash et al. (2009); Kelen et al. (2021); Morley et al. (2018); Sagan e Richardson (2015); United States Government Accountability Office (2009)
SAP com horário de funcionamento limitado	Jayaprakash et al. (2009); Kelen et al. (2021); Sagan e Richardson (2015)
Dificuldade no acesso às consultas de especialidade	Bond et al. (2007); Gilligan e Hetherington (2020); Irish Medical Organization (2018); Jayaprakash et al. (2009)
Dificuldade no acesso a exames de diagnóstico na comunidade	Gilligan e Hetherington (2020); Irish Medical Organization (2018); Morley et al. (2018)
Razões sociais (sem abrigo, presos, etc.)	Jayaprakash et al. (2009)
Fatores relacionados com o funcionamento no SU (Throughput)	
Falta de médicos	Bond et al. (2007); Boyle et al. (2012); Derlet et al. (2001); Gilligan e Hetherington (2020); Hoot e Aronsky (2008); Jayaprakash et al. (2009); Rasouli et al. (2019b); Richards et al. (2000); Schull et al. (2002); United States Government Accountability Office (2009); United States General Accounting Office (2003)

Falta de enfermeiros	Bond et al. (2007); Boyle et al. (2012); Derlet e Richards (2000); Derlet et al. (2001); Gilligan e Hetherington (2020); Hoot e Aronsky (2008); Jayaprakash et al. (2009); Kelen et al. (2021); Morley et al. (2018); Rasouli et al. (2019b); Richards et al. (2000); Schull et al. (2002); United States Government Accountability Office (2009); United States General Accounting Office (2003)
Falta de outros profissionais de saúde	United States General Accounting Office (2003)
Falta de pessoal administrativo e de apoio	Derlet e Richards (2000); Gilligan e Hetherington (2020)
Dificuldade na fixação dos profissionais de saúde no SUG	Kelen et al. (2021)
Dificuldade na fixação do pessoal administrativo e de apoio no SUG	
Equipas muito jovens	Gilligan e Hetherington (2020); Irish Medical Organization (2018); Kenny et al. (2020; in Savioli et al., 2022); Schull et al. (2002)
Forte dependência de prestadores de serviço (médicos e enfermeiros)	Gilligan e Hetherington (2020); Schull et al. (2002)
Falta de espaço físico no SUG	Bond et al. (2007); Derlet e Richards (2000); Derlet et al. (2001); Hoot e Aronsky (2008); Irish Medical Organization (2018); Richards et al. (2000); Schull et al. (2002)
Taxa de ocupação das macas	Bond et al. (2007); Schull et al. (2002)
Atrasos no serviço de radiologia	Bond et al. (2007); Boyle et al. (2012); Derlet e Richards (2000); Derlet et al. (2001); Gilligan e Hetherington (2020); Hoot e Aronsky (2008); Irish Medical Organization (2018); Jayaprakash et al. (2009); Kelen et al. (2021); Morley et al. (2018); Rasouli et al. (2019b); Richards et al. (2000)
Atrasos no laboratório de análises clínicas	Bond et al. (2007); Boyle et al. (2012); Derlet e Richards (2000); Derlet et al. (2001); Gilligan e Hetherington (2020); Hoot e Aronsky (2008); Irish Medical Organization (2018); Jayaprakash et al. (2009); Kelen et al. (2021); Morley et al. (2018); Rasouli et al. (2019b); Richards et al. (2000)
Atrasos na avaliação por médico de especialidade	Irish Medical Organization (2018)
Evitar o internamento do utente através de “terapêutica dirigida” no SUG	Derlet e Richards (2000)
Sistemas informáticos inadequados (considere a situação pré-ataque informático)	Bond et al. (2007)
Equipamentos informáticos inadequados (ex.: computador, rato, etc.)	
Impacto das medidas de controlo de infeção por Covid 19 (espaço físico)	Kelen et al. (2021)
Impacto do tempo com o ensino dos profissionais de saúde	Kelen et al. (2021)
Ineficiências no circuito do utente entre as várias urgências (ex.: oftalmologia, otorrino e ginecologia-obstetrícia)	Gilligan e Hetherington (2020)
Fatores relacionados com a saída do utente do SU (Output)	
Número de utentes internados a aguardar vaga para transferência para enfermaria	American College of Emergency Physicians (2008); Hoot e Aronsky (2008); Kelen et al. (2021); McKenna et al. (2019); Morley et al. (2018); Royal College of Emergency Medicine

	(2021); Schull et al. (2002); United States Government Accountability Office (2009); United States General Accounting Office (2003)
Falta de camas médicas e cirúrgicas	Bond et al. (2007); Boyle et al. (2012); Derlet e Richards (2000); Derlet et al. (2001); Gilligan e Hetherington (2020); Hoot e Aronsky (2008); Irish Medical Organization (2018); Kenny et al. (2020; in Savioli et al., 2022); Rasouli et al. (2019b); Richards et al. (2000); Royal College of Emergency Medicine (2021); Schull et al. (2002); Trzeciak e Rivers (2003); United States Government Accountability Office (2009); United States General Accounting Office (2003)
Falta de camas de cuidados intensivos	Bond et al. (2007); Boyle et al. (2012); Derlet e Richards (2000); Derlet et al. (2001); Gilligan e Hetherington (2020); Hoot e Aronsky (2008); Irish Medical Organization (2018); Kenny et al. (2020; in Savioli et al., 2022); Rasouli et al. (2019b); Richards et al. (2000); Schull et al. (2002); Trzeciak e Rivers (2003); United States Government Accountability Office (2009); United States General Accounting Office (2003)
Falta de camas com telemetria	Bond et al. (2007); Boyle et al. (2012); Derlet e Richards (2000); Derlet et al. (2001); Gilligan e Hetherington (2020); Hoot e Aronsky (2008); Irish Medical Organization (2018); Kenny et al. (2020; in Savioli et al., 2022); Rasouli et al. (2019b); Richards et al. (2000); Royal College of Emergency Medicine (2021); Schull et al. (2002); Trzeciak e Rivers (2003); United States Government Accountability Office (2009); United States General Accounting Office (2003)
Diminuição do número de camas de internamento em todo o país	Kelen et al. (2021); Savioli et al. (2022)
Elevada taxa de ocupação das camas de internamento	Jayaprakash et al. (2009); Kenny et al. (2020; in Savioli et al., 2022); Morley et al. (2018); Royal College of Emergency Medicine (2021); Salway et al. (2017); Schull et al. (2002)
Ocupação das camas de internamento por casos sociais	Schull et al. (2002)
Atrasos no transporte interno de utentes	Kenny et al. (2020; in Savioli et al., 2022)
Atrasos no transporte dos utentes para o exterior (ex.: outro hospital ou domicílio)	Kenny et al. (2020; in Savioli et al., 2022)
Ineficiências no processo de alta do internamento (ex.: na hora da alta, no planeamento da alta, no processo de transferência de cuidados, etc.)	Gilligan e Hetherington (2020); Irish Medical Organization (2018); Kelen et al. (2021); Kenny et al. (2020; in Savioli et al., 2022); Powell et al. (2012); Rasouli et al. (2019b)
Atrasos na decisão clínica	Morley et al. (2018)
Tempo que os familiares demoram para vir buscar o utente após ter alta do SUG	
Dificuldade na transferência e internamento de doentes psiquiátricos	Kelen et al. (2021); United States Government Accountability Office (2009)
Fatores relacionados com os órgãos políticos	
Falta de prioridade do Ministério da Saúde na resolução estrutural dos problemas reais dos serviços de urgência	

2.5. Consequências da sobrelotação

Múltiplos estudos publicados na literatura têm reconhecido o considerável número de consequências da sobrelotação dos SU, em vários domínios, e o quão prejudicial pode ser para todos os *stakeholders* (pacientes, profissionais, sistema de saúde como um todo, hospitais, etc.).

Foram encontradas na literatura quatro revisões sistemáticas sobre as consequências da sobrelotação dos SU, da autoria de Hoot e Aronsky (2008), Morley et al. (2018) e Rasouli, et al., (2019a), Esfahani, A.A., Nobakht, M., Eskandari, M., Rasouli, Esfahani, et al., (2019b), Mahmoodi, S., Goodarzi, H., Farajzadeh, M.A. (2019a).

(Hoot & Aronsky, (2008) concluiu que as consequências mais comuns da sobrelotação são os eventos adversos (mortalidade dos pacientes), redução da qualidade (atraso no transporte e no tratamento), dificuldades no acesso (desvio de ambulâncias e saída dos pacientes sem autorização médica) e perdas financeiras nos prestadores.

De acordo com os resultados obtidos por Morley et al. (2018), a sobrelotação num SU tem efeitos nos pacientes, nos recursos humanos e no sistema. Os efeitos ao nível dos pacientes incluem maus resultados para o paciente (e.g., atraso na observação a doentes com dor torácica), aumento da mortalidade, atraso na prestação de cuidados, incluindo cirurgia, aumento da demora média de internamento, redução da satisfação do paciente, risco de readmissão, aumento da frequência da exposição ao erro, incluindo erros de prescrição. Ao nível dos recursos humanos, os autores identificaram como efeitos negativos o aumento do *stress*, maior exposição a violência, e a não adesão às orientações da boa prática clínica (*guidelines*). Ao nível do sistema, as consequências identificadas foram as que conduzem ao “*bottle-neck*”, nomeadamente aumento da LOS, quer no SU, quer na admissão ao internamento, as quais podem também ter consequências ao nível do paciente.

Rasouli et al. (2019) concluíram que a sobrelotação dos SU tem efeitos nos pacientes, no processo de prestação de cuidados de saúde, na qualidade dos cuidados e na eficiência da prestação do serviço. Os efeitos nos pacientes são: atrasos na avaliação ou tratamento, aumento dos pacientes LWBS, morbidade, mortalidade, readmissões frequentes, aumento do tempo de internamento, maior custo do tratamento, reduzida satisfação, erros na medicação e eventos adversos. Ao nível do processo de prestação de cuidados de saúde, a sobrelotação impacta no aumento da carga de trabalho, atrasos nos tempos de prestação dos serviços e na tomada de decisão (aumentando o LOS no SU), alta de pacientes com elevado risco clínico, desvio de pacientes para outros hospitais, elevada taxa de readmissão, redução da percentagem de altas, elevada taxa de internamento (em enfermarias e cuidados intensivos), sobre utilização de

exames e aumento do tempo para acolher e transferir pacientes para fora do hospital. No que se refere à qualidade dos cuidados, a sobrelotação faz com que o tempo para avaliar os pacientes seja mais reduzido, haja menos cuidados com as medidas de prevenção e controlo de infeções, menor *compliance* com as *guidelines* clínicas e elevada taxa de ocupação das camas. Por último, a sobrelotação gera uma menor performance na prestação do serviço, menor eficiência e um maior custo com os cuidados/tratamentos.

Por sua vez, Rasouli et al. (2019b) concluíram que a sobrelotação dos SU tem consequências nos pacientes e no processo de prestação de cuidados de saúde. Os autores apontam como consequências adversas da sobrelotação para os pacientes: atraso no tratamento, abandono (LWBS), abandono antes de conclusão do episódio, maior insatisfação dos pacientes, aumento de má prática, aumento de efeitos adversos, aumento da mortalidade, aumento de readmissões, bem como de reinternamentos e dos custos em saúde. As consequências adversas no processo de prestação de cuidados de saúde são: aumento da carga de trabalho, atraso na prestação de serviço e na decisão clínica, aumento da LOS no SU, maior atraso na abordagem dos doentes de ambulatório, maior ocupação das instalações/espço físico, menor capacidade de implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção, decréscimo do tempo e da precisão do exame das condições dos pacientes, menor conformidade na padronização dos cuidados de saúde e na qualidade dos cuidados prestados. Os autores concluem ainda que as altas clínicas, estas ocorrerem em condições clínicas de alto risco e que aumenta os desvios para outras instituições com condições adequadas. O aumento da taxa de readmissões e da taxa de internamentos, a redução do rácio de altas e o aumento da taxa de admissões hospitalares são também consequências referidas pelos autores.

Na sua revisão dos estudos recentes sobre a sobrelotação, Moskop et al. (2018) concluíram que as consequências podem ser observadas sob várias perspetivas, incluindo operacionais, controlo de qualidade, gestão de risco e financeira. Os autores chamam a atenção para as implicações morais da sobrelotação, nomeadamente por prejudicar os deveres profissionais fundamentados nos princípios da bioética, e por poder evocar o sofrimento moral (termo utilizado para descrever o desequilíbrio psicológico doloroso experimentado pelos profissionais de saúde que os impede de prosseguir o que eles acreditam ser o curso de ação moralmente correto). Por exemplo, num SU sobrelotado, os médicos podem sentir uma pressão indesejada para não internar doentes cuja situação clínica determina critérios de internamento ou até de truncar a avaliação inicial apesar do risco acrescido para eles.

Com o intuito de avaliar se a permanência no SU (*boarding time*) está associada ao aumento da mortalidade hospitalar, Boudi et al. (2020) fez uma revisão sistemática, não encontrando uma relação forte entre o *boarding time* e mortalidade intra-hospitalar. Não obstante, os autores enfatizam a necessidade de implementação de intervenções eficientes para minimizar o *boarding*, uma vez que a permanência do doente internado no SU é causadora de danos ao paciente. Num estudo realizado na Nova Zelândia, Jones e van der Werf (2021) conclui que o *access block*, isto é, a falta de camas hospitalares para transferência dos pacientes, tem uma forte associação com a mortalidade aos 7 dias, enquanto que a taxa de ocupação do SU e o número de novos episódios de urgência não estão associados com o aumento de mortalidade.

Abir et al. (2019) avaliou o impacto da sobrelotação na decisão clínica, no retorno ao SU e nas hospitalizações, concluindo que a sobrelotação tem relação com uma reduzida probabilidade de internamento, os pacientes com alta clínica nestes períodos não tiveram maior recorrência ao SU nos quinze dias seguintes à alta, e os pacientes que regressaram ao SU não tiveram maior probabilidade de internamento do que aqueles que foram admitidos fora do período de sobrelotação.

Chiu et al. (2018) concluíram que a maior ocupação do SU pode levar a maior demora na decisão clínica, maior utilização de ECD, maior número de doentes admitidos nas enfermarias e em Cuidados Intensivos e maior LOS no SU.

O quadro 2 sistematiza a revisão de literatura sobre as consequências da sobrelotação dos SU. Foram incluídas no quadro todas as consequências de sobrelotação mencionadas na literatura, e respetivos autores, organizadas de acordo com o efeito nos pacientes, nos profissionais, no sistema de saúde e no hospital.

Quadro 2 - Quadro síntese da revisão de literatura sobre as consequências da sobrelotação dos SU

	AUTORES
Efeitos nos utentes	
Aumento da mortalidade (no SUG, no internamento ou após a alta)	Berg et al. (2019); Bernstein et al. (2009); Chalfin et al. (2007); Diercks et al. (2007); Gaieski et al. (2017); Guttman et al. (2011); Hong et al. (2013); Hoot e Aronsky (2008); Jo et al. (2012; 2014; 2015); McCusker et al. (2014); Morley et al. (2018); Rasouli et al. (2019; 2019b); Richardson (2006); Royal College of Emergency Medicine (2021); Salway et al. (2017); Sprivilis et al. (2006); Sun et al. (2013); Verelst et al. (2015)
Risco de maiores comorbilidades	Bond et al. (2007); Derlet e Richards (2000); Lord et al. (2018); Morley et al. (2018); Pines et al. (2009); Rasouli et al. (2019a); Richards et al. (2000)
Diminuição da qualidade dos cuidados prestados	Berchet (2015); Rasouli et al. (2019a; 2019b); Royal College of Emergency Medicine (2021); Salway et al. (2017); Şimşek e Gürsoy (2016)
Diminuição do tempo para avaliação de cada utente	Rasouli et al. (2019a)
Diminuição das medidas de controlo e prevenção de infeção	Rasouli et al. (2019a; 2019b)
Menor adesão às normas de orientação clínica	Diercks et al. (2007); Morley et al. (2018); Rasouli et al. (2019a); Shin et al. (2013); Wu et al. (2015)
Aumento do risco de erros médicos	Bond et al. (2007); Derlet e Richards (2000); Epstein et al. (2012); Rasouli et al. (2019a; 2019b); Royal College of Emergency Medicine (2021); Salway et al. (2017); Trzeciak e Rivers (2003)
Aumento do risco de erros de medicação	Kulstad et al. (2010a); Rasouli et al. (2019a); Watts et al. (2013)
Aumento dos tempos de espera do utente (na triagem, no tratamento, etc.)	Berchet (2015); Bernstein et al. (2009); Bond et al. (2007); Derlet e Richards (2000); Gaieski et al. (2017); Hong et al. (2013); Hoot e Aronsky (2008); Hwang et al. (2006; 2008); Kenny et al. (2020; in Savioli et al., 2022); Kulstad e Kelley (2009); McCarthy et al. (2009); Morley et al. (2018); Moskop et al. (2009a); Pines e Hollander (2008); Pines et al. (2007; 2010a); Rasouli et al. (2019a; 2019b); Richards et al. (2000); Salway et al. (2017); Schull et al. (2004); Smith et al. (2016); van der Linden et al. (2016)
Aumento do tempo total do episódio (tempo que o utente passa no SUG)	Derose et al. (2014); Handel et al. (2014); Morley et al. (2018); Pines et al. (2010b); Rasouli et al. (2019a; 2019b); Rathlev et al. (2007); Royal College of Emergency Medicine (2021); Salway et al. (2017); Smith et al. (2016); van der Linden et al. (2016); White et al. (2013); Ye et al. (2012)
Aumento da probabilidade de internamento	Guttman et al. (2011); Morley et al. (2018); Rasouli et al. (2019a; 2019b)
Aumento do número de dias de internamento	Huang et al. (2010); Kobayashi et al. (2020); Morley et al. (2018); Rasouli et al. (2019a); Richardson (2002); Sun et al. (2013); Verelst et al. (2015)
Diminuição da satisfação dos utentes com o SUG	Berchet (2015); Derlet e Richards (2000); Morley et al. (2018); Pines et al. (2008); Rasouli et al. (2019a; 2019b); Reznick et al. (2021); Tekwani et al. (2013)

Aumento do número de utentes que abandonam o SUG	Bair et al. (2010); Bernstein et al. (2009); Bond et al. (2007); Derlet e Richards (2000); Hobbs et al. (2000); Hoot e Aronsky (2008); Kulstad et al. (2010b); Polevoi et al. (2005); Rasouli et al. (2019a; 2019b); Salway et al. (2017); van der Linden et al. (2014); Weiss et al. (2005); Wiler et al. (2013)
Diminuição da capacidade de proteger a privacidade do utente	Boyle et al. (2012); Moskop et al. (2009a)
Incapacidade de acolhimento adequado do utente (ex.: colocar o utente numa cadeira quando o mesmo necessitaria de estar numa maca)	Bond et al. (2007)
Atrasos no transporte interno de utentes	Hoot e Aronsky (2008)
Atrasos no transporte dos utentes para o exterior (ex.: outro hospital ou domicílio)	Hoot e Aronsky (2008)
Efeitos nos profissionais do SUG	
Aumento da carga de trabalho	Berchet (2015); Rasouli et al. (2019a; 2019b)
Aumento do stress	Bond et al. (2007); Morley et al. (2018)
Diminuição da produtividade	Derlet e Richards (2000)
Dificuldade no recrutamento e retenção de médicos	Bond et al. (2007); Royal College of Emergency Medicine (2021); Savioli et al. (2022)
Dificuldade no recrutamento e retenção de enfermeiros	Bond et al. (2007); Royal College of Emergency Medicine (2021); Savioli et al. (2022)
Dificuldade no recrutamento e retenção de pessoal administrativo e de apoio	
Insatisfação dos profissionais	Bond et al. (2007)
Diminuição da motivação dos profissionais	Şimşek e Gürsoy (2016)
Aumento da violência contra os profissionais (verbal e física)	Bond et al. (2007); Derlet e Richards (2000); Medley et al. (2012); Morley et al. (2018); Royal College of Emergency Medicine (2021)
Queixas ao Conselho Disciplinar da Ordem dos Médicos	
Falhas de comunicação	Derlet e Richards (2000)
Efeitos no sistema de saúde	
Desvio de ambulâncias para outros hospitais	American College of Emergency Physicians (2008); Bond et al. (2007); Derlet e Richards (2000); Hoot e Aronsky (2008); Rasouli et al. (2019a; 2019b); Salway et al. (2017); Trzeciak e Rivers (2003)
Atrasos na admissão dos utentes provenientes de ambulâncias	Eckstein e Chan (2004); Kingswell et al. (2017); Royal College of Emergency Medicine (2021); Smith et al. (2016)
Impacto negativo na formação dos profissionais de saúde e investigação científica	Bond et al. (2007); Derlet e Richards (2000)
Efeitos no hospital	
Aumento dos custos com a prestação de cuidados de saúde	Bond et al. (2007); Rasouli et al. (2019a; 2019b); Sun et al. (2013)
Diminuição da eficiência	Rasouli et al. (2019a; 2019b)
Sobreutilização das instalações e equipamentos do SUG	Rasouli et al. (2019b)

2.6. Estratégias para reduzir a sobrelotação

Vários tipos de intervenções têm sido implementados com o objetivo de reduzir ou aliviar a sobrelotação dos SU. Embora não exista um país onde este problema tenha sido mitigado de uma forma notória, é importante analisar as estratégias implementadas no passado e o seu impacto, por forma a definir um plano de intervenção em qualquer hospital. O impacto das intervenções varia bastante e também dependendo do contexto (Chang et al., 2018; Kelen et al., 2021; Morley et al., 2018). Outros autores consideram que a avaliação do impacto das intervenções é ainda inexistente ou muito incipiente, faltando por exemplo análises custo-benefício (e.g., Bond et al., 2006; Morley et al., 2018; United States Government Accountability Office, 2009; United States General Accounting Office, 2003). Morley et al. (2018) salientam a dificuldade em comparar os resultados das intervenções, dado que os estudos publicados utilizam diferentes definições de sobrelotação. Para além disso, é difícil fazer um *ranking* das intervenções baseado no seu impacto, pois existe uma falta de estudos publicados comparando as intervenções (Bond et al., 2006). No entanto, de acordo com Morley et al., (2018), os autores concordam unanimemente que as soluções se encontram, na sua maioria, fora do SU. De acordo com Bittencourt et al., (2020), a sobrelotação do SU é secundária a múltiplas causas complexas numa relação causa-efeito não linear, sendo necessárias múltiplas intervenções para tentar resolver ou, no mínimo, mitigar este problema.

Encontrou-se cinco revisões sistemáticas de literatura sobre as estratégias para reduzir a sobrelotação dos SU, da autoria de Bond et al. (2006), Hoot e Aronsky (2008), Ismail et al., (2013), Morley et al. (2018), Rasouli et al. (2019b).

Bond et al. (2006) concluiu que as intervenções mais estudadas são as que têm como objetivo resolver os problemas de *throughput*. Hoot e Aronsky (2008) encontrou que as soluções mais comuns para a sobrelotação são o aumento dos recursos (humanos, serviços de observação e camas), a gestão da procura (referenciação de pacientes não urgentes, desvio de ambulâncias e controlo dos destinos) e as técnicas de investigação operacional (medidas de sobrelotação e teoria de filas de espera). Na sua revisão sistemática sobre o impacto das intervenções nos CSP para reduzir as visitas inapropriadas ao SU, Ismail et al., (2013) concluiu que (i) a intervenção mais estudada é a triagem por telefone, embora esta revele um impacto muito pouco significativo no número de visitas ao SU; (ii) enfermeiros de emergência nas unidades da comunidade e *community health centres* podem reduzir o número de visitas ao SU; e (iii) os resultados são inconclusivos sobre os efeitos dos, das unidades de ferimentos ligeiros, e dos SAP nas visitas ao SU.

Morley et al. (2018) dividiram as intervenções de acordo com o modelo de Asplin et al. (2013). Para melhorar a sobrelotação dos SU derivada dos fatores de *input*, os autores apontam as seguintes estratégias: melhorar a acessibilidade a outros cuidados de saúde, nomeadamente postos de atendimento por médicos de MGF na proximidade dos SU, aumento do número de horas de atendimento das unidades de saúde dos CSP, bem como aumento das intervenções sociais (campanhas de educação à população, medidas financeiras desincentivadoras para os casos não emergentes e o redireccionamento para outras estruturas de saúde. Para melhorar os problemas derivados do *throughput*, os autores apontam a abordagem clínica precoce na jornada do paciente, nomeadamente aquando da triagem (como a criação de setores de resolução rápida para diferentes grupos nosológicos - *fast-track*). São também apontados outros pontos como o encurtamento do tempo de resultados de exames analíticos, a criação do posto de enfermeiro coordenador do setor, aumento do número de médicos e enfermeiros, a criação de protocolos que visem a reavaliação clínica precoce e o aumento do número de camas no SU. Relativamente aos problemas derivados do *output*, o foco das intervenções está na redução do *access block* através da gestão mais ativa das camas de internamento (abordagem precoce das famílias, altas no período inicial do dia), priorização da reavaliação de doentes com tempo de permanência maior e aumento do número de camas de internamento.

Tendo por base a sua revisão sistemática de literatura, Rasouli et al. (2019) concluíram que as soluções para a sobrelotação deveriam ser previstas ao nível da organização ou gestão e ao nível operacional. Ao nível de gestão/organização, os autores encontraram como soluções o envolvimento da liderança, estratégias coordenadas ao nível do hospital, gestão baseada nos dados, responsabilização pelos resultados, implementação de um sistema de rede de transferência de pacientes, implementação do método *lean* e de um protocolo de capacidade independente, e previsão da sobrelotação. Ao nível operacional, os autores encontraram como soluções em termos de recursos humanos e motivação (pagamento com base na performance e profissionais mais qualificados), de estratégias e táticas operacionais (e.g., critério de admissão baseado na evidência, implementar uma estratégia de alinhamento, chamadas para os órgãos superiores avisando do escalar da capacidade usada, aplicar modelos de simulação, melhorar a liderança dos SU, implementar uma estratégia de contingência, informação em tempo real sobre a sobrelotação), de processo de prestação de serviço (e.g., triagem feita por médicos, processo de alta mais eficiente, gestão de camas, melhorar o fluxo dos pacientes), bem como em outros serviços (e.g., melhorar os cuidados de saúde primários) e nas instalações (aumentar ou criar novos SU, camas nos corredores do SU, aumentar a capacidade de camas do hospital).

Um estudo longitudinal realizado na Austrália num SU, Lago et al. (2019) concluiu que as intervenções, com efeitos no *input*, são dirigidas em primeiro lugar à redução do número de visitas ao SU e à melhoria dos resultados sociais e clínicos. De acordo com os autores, a intervenção mais estudada é a gestão de caso, que em parte pode reduzir os custos do SU, mas, em muitos mais casos, não teve impacto ou até aumentou a utilização dos SU e dos CSP. Outras intervenções são a definição de planos de cuidados aquando da admissão do utente.

Tendo por base a sua revisão de literatura, Chung (2000) refere que há duas abordagens para o problema da sobrelotação, reduzir a procura ou aumentar a capacidade de serviço. As medidas para reduzir a procura visam reduzir o uso inapropriado da procura dos SU, através da melhoria dos CSP, aumentar o apoio de especialistas, educação dos utentes para a saúde, recusa em admitir estes doentes ou mesmo reduzir a capacidade de admissão. Para aumentar a capacidade de serviço, há que aumentar os recursos e a produtividade para melhorar a resposta ao aumento de procura. O autor concluiu que é necessário cada vez mais educação para a saúde, para a divulgação de uso destes serviços apenas em situações emergentes. Os autores encontraram ainda outras soluções, nomeadamente uma abordagem do problema centrada numa triagem realizada por enfermeiros devidamente preparados para o efeito, através de videoconferências com profissionais da emergência médica dirigidas à comunidade, a abordagem de situações não urgentes por paramédicos na comunidade, aspetos que são apontadas como soluções com impacto positivo. O alargamento do tempo de funcionamento das alternativas de cuidados médicos é referido como uma prioridade para alívio da sobrelotação dos SU.

Almeida & Vales, (2020) analisaram os episódios de urgência de dois hospitais portugueses e concluíram que o modelo de CSP exerce uma influência significativa na utilização apropriada dos SU, medida com impacto no *input*. As Unidades de Saúde Familiar (USF's), especialmente modelo B, têm efeito positivo significativo na redução da sobrelotação e do uso inapropriado dos SU. Os autores também concluíram que os utentes com médico de família (MF) atribuído fazem um uso mais apropriado do SU, tratando-se de mais uma justificação para que cada cidadão português tenha o seu MF, matéria que está no topo das políticas de saúde de todos os governos deste século.

Bittencourt et al. (2020) analisaram 15 revisões sistemáticas sobre intervenções no *throughput* do SU. Os resultados mostraram que as intervenções exclusivamente neste componente, mesmo que as mudanças não sejam simultaneamente operadas nos CSP e no hospital, são suficientes para reduzir a sobrelotação, pelo menos em parte. Os autores

concluíram que a medida com evidência mais robusta foi a triagem efetuada por médico, quer só ou com apoio de enfermagem, permitindo que os procedimentos diagnósticos e de tratamento sejam iniciados antes do doente ser formalmente abordado, e conseqüentemente, a redução da LOS e do tempo de espera por paciente e por médico foram encurtados na maioria dos casos. A utilização de médicos de MGF no SU teve evidência moderada, sendo que dependendo do perfil dos utilizadores, nos casos de grande volume de doentes de severidade baixa, esta medida teve bons resultados. A requisição de ECD a partir da triagem pelo enfermeiro triador, antes da observação médica, parece ser útil, dependendo do perfil dos utentes que mais acorrem ao SU. De acordo com os autores, a implementação de Unidades de Observação de Agudos é uma medida bem estudada e uma solução efetiva, tratando-se de áreas para pacientes com condição clínica aguda sem risco imediato de morte, mas com necessidade de vigilância apertada durante os cuidados imediatos (doentes com cefaleia, dor torácica ou com depressão do estado de consciência).

Chan et al. (2015) fizeram uma revisão sistemática sobre estratégias para gerir o problema do *access block* em SU. A estratégia de alocar médicos de MGF parece ter melhores resultados em SU com predominância de atendimentos de situações de CSP como causa da sobrelotação do SU. No entanto, esta estratégia está condicionada pela disponibilidade de médicos de MGF ou outros prestadores de CSP. De acordo com as conclusões dos autores, o desenvolvimento adicional de *fast-track* ou unidades de doença ligeira, a utilização de estratégias “*see and treat*” e o treino adicional de mais enfermeiros de emergência (ENP) são caminhos importantes a adotar. As *Holding Units* foram exaustivamente estudadas e existe alguma evidência no seu papel; contudo identificou-se a necessidade de associar a incorporação de protocolos de atuação bem estudados e de profissionais treinados. A triagem reversa é um conceito relativamente novo, que necessita de ser bem formulado, os critérios de seleção devem ser bem definidos para os doentes que serão reencaminhados para os CSP com risco mínimo de conseqüências, podendo ser adotados com segurança aquando de períodos de *access block*.

De acordo com Moskop et al. (2018), as estratégias ao nível do *throughput* comumente citadas para prevenir e aliviar a sobrelotação do SU incluem aumento dos recursos, unidades de observação dedicadas, desvio de doentes de baixo risco, medidas de *streaming*, testes *point-of-care* (testes passíveis de serem realizados pelo próprio médico no local de observação do doente) e iniciativas a adotar pelos profissionais de enfermagem. Relativamente ao aumento de recursos, estes podem incluir o número de médicos no SU e o número de camas no SU e no hospital. O aumento de capacidade de camas no SU mostrou não afetar a retenção de

ambulâncias e, contrariamente ao esperado, o número de admissões e a *LOS* aumentaram. Os estudos relatam a implementação bem-sucedida de recursos sob procura, mas geralmente estão relacionados com surtos transitórios, como a gripe sazonal. O aumento de número de camas de cuidados intensivos mostrou reduzir o tempo de espera dos doentes eleitos para Cuidados Intensivos, mas não houve repercussão na *LOS* dos pacientes com alta para o exterior, provavelmente porque apenas uma minoria de doentes é elegível para Cuidados Intensivos. Com base na sua revisão de literatura, os autores concluíram que a triagem em equipa (médico e enfermeiro) parece não ter efeito no tempo de espera até à primeira observação, nem no tempo até tratamento, mas sim, na redução da mortalidade. Os procedimentos *point-of-care*, em alternativa à determinação em laboratório de análises convencionais, permitem estabelecer um diagnóstico mais precoce e acelerar o tempo de episódio. Os custos são mais elevados do que os testes laboratoriais convencionais, contudo este incremento nos custos pode ser superado pela melhoria no fluxo dos utentes.

O *fast-track* tem como objetivo acelerar o circuito do doente, para uma população com sintomas ou doença ligeira, chamando-a a “consulta de urgência”, sendo nalgumas unidades realizada por médicos de MGF em horário extraordinário que, de acordo com uma revisão de literatura realizada por Lindner e Woitok (2021), mostrou redução nos tempos de espera e de tratamento e nos utentes *LWBS*. Os autores concluíram que não há consenso sobre o impacto de uma equipa de triagem composta por médico e pessoal de enfermagem. No que se refere a acelerar o diagnóstico, os procedimentos *point-of-care* eliminam o tempo de transporte, embora tenham o inconveniente da necessidade de formação da equipa que vai realizar os exames e a indisponibilidade dos exames durante o tempo de calibração dos aparelhos. De acordo com os autores, um dos fatores de maior atraso, responsável, entre outros já mencionados, pelo aumento da *LOS*, é a consulta do especialista no final do episódio. Contudo, segundo mais estes autores, empiricamente, o fator mais importante para a situação de sobrelotação é a falta de camas de internamento em enfermarias, que condicionam um tempo de espera demasiado longo no SU. Uma revisão encomendada pela *Canadian Health Technology Assessment* concluiu que o *fast-track* no SU é eficiente, custo-efetivo, seguro e satisfatório para os pacientes (Yoon et al., 2003).

De acordo com Hesselink et al. (2019), atendendo a que o grupo dos idosos constitui um problema crescente para a sobrelotação dos SU, futura investigação nesta área deve focar-se em intervenções para melhorar a organização e a eficiência dos cuidados de saúde prestados aos idosos nos SU. A existência no SU de um consultor em geriatria parece ser uma estratégia promissora no alívio da sobrelotação do SU por parte deste grupo de utentes.

Schull et al. (2012) avaliaram retrospectivamente os efeitos de implementação de unidades de decisão clínica em todo o fluxo do paciente, no Canadá, tendo concluído que os benefícios destas unidades foram marginais e que o potencial para ganhos em eficiência, são limitados. Em suma, os autores concluíram que existe alguma evidência destas unidades para aliviar o *accessblock* e a sobrelotação, mas necessita de ser incorporado conjuntamente com a gestão clínica baseada em protocolos e staff adequado.

2.7. O doente não urgente nos Serviços de Urgência

Em teoria, o SU destina-se a condições de risco de vida. A medicina de emergência modificou-se significativamente nos anos mais recentes. As novas opções terapêuticas (como por exemplo nos acidentes vasculares cerebrais e nos enfartes agudos do miocárdio) requerem intervenção especializada mais rápida e estas tecnologias médicas especializadas conduzem à necessidade de direcionar estes doentes para o SU (Baier et al., 2019).

Osório et al., (n.d.) define urgência como “um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)” e como emergência médica “um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo”.

Conforme referido no capítulo 2.4, uma das causas de sobrelotação dos SU é o elevado número de pacientes não urgentes que procuram cuidados de saúde nos SU, as quais poderiam ser abordadas com segurança pelos CSP. Estas visitas têm sido designadas de várias formas, nomeadamente visitas inapropriadas ou visitas evitáveis (Baier et al., 2019).

De facto, as visitas inapropriadas ao SU têm sido identificadas como um problema a nível mundial (Berchet, 2015; Carret et al., 2007; Şimşek & Gürsoy, 2016). OECD (2017) refere que uma elevada percentagem de atendimentos nos SU dos países da OCDE é inapropriada. Por exemplo, nos anos fiscais de 2020-21 e 2021-22, 59% e 64% dos atendimentos nos SU não têm referência, respetivamente (NHS Digital, 2021; NHS Digital, 2022).

2.7.1. Conceito do doente não urgente ou inapropriado

Não existe uma definição consensual de doente não urgente (Durand et al., 2012; Richardson & Hwang, 2001; Sempere-Selva et al., 2001; Unwin et al., 2016; Uscher-Pines et

al., 2013; Unwin et al., 2016; Unwin et al., 2016) ou de visita inapropriada ao SU (Berchet, 2015; Bezzina et al., 2005; Carret et al., 2009). Ainda assim, conceptualmente uma visita inapropriada ao SU pode ser definida como aquela na qual o paciente procura cuidados para uma condição clínica não urgente ou *minor*, podendo ser adequadamente abordada por outros cuidados de saúde que não os do SU do hospital (serviços de chamada telefónica ou cuidados de saúde comunitários), serem avaliados pelo médico de família ou pela equipa de MGF (McHale et al., 2013).

Lega and Mengoni (2008) afirma que os estudos anteriores têm avaliado a não urgência tendo por base a informação prévia ao atendimento do médico (usando o resultado da triagem) ou após esse atendimento (com base na informação clínica disponível no sistema de informação). Vários autores consideraram doentes não urgentes aqueles cujo resultado da triagem revela uma situação não urgente ou pouco urgente (e.g., Durand et al., 2012; Jiang et al., 2020; Northington et al., 2005; O’Cathain et al., 2020^a, 2020^b; Unwin et al. 2016; Vallejo et al., 2011). Bezzina et al. (2005) considerou como doente que potencialmente deveria ser observado nos CSP aquele com uma triagem pouco urgente, sem referência e que se apresenta para um episódio não programado. McHale et al. (2013) definiu visita inapropriada ao SU os pacientes sem referência, que não precisou de qualquer exame de diagnóstico ou tratamento e que teve alta sem referência para os CSP ou outro. Naouri et al. (2020) definiu uma visita ao SU como inapropriada com base na avaliação do médico que atendeu o paciente (numa escala numérica), se o médico considera que o paciente poderia ou não ter sido atendido nos CSP e na utilização dos recursos do SU (nomeadamente se fez exames, terapêuticas ou se foi internado).

Vários autores encontraram evidência de que pacientes e profissionais de saúde têm percepções diferentes acerca de urgência, dado que uma percentagem significativa de pacientes não urgentes, têm a percepção da sua condição como urgente (e.g., Akbulut et al., 2008; Boushy e Dubinsky, 1999; Durand et al., 2012; Gill et al, 1996; Uscher-Pines et al., 2013; Vallejo et al., 2011).

2.7.2. Motivos para o doente não urgente procurar o serviço de urgência sem referência

O uso não urgente do SU começou a ser estudado nos anos 1980. A maioria dos estudos focou-se na perspetiva do utente na escolha do SU do hospital em vez de outros cuidados de saúde

menos diferenciados (Durand et al., 2012). Comparativamente, do que é nosso conhecimento, o número de estudos sobre este tópico abordando a perspectiva dos profissionais e dos prestadores de cuidados de saúde é ainda muito reduzido. Também Oslislo et al. (2019) referiu esta falha na literatura.

Foram encontradas três revisões sistemáticas de literatura sobre os motivos dos pacientes não urgentes/ inapropriados procurarem cuidados nos SU, da autoria de Uscher-Pines et al. (2013), Kraaijvanger et al. (2017) e Coster et al. (2017).

Uscher-Pines et al. (2013) conduziram a primeira revisão sistemática de literatura sobre o uso não urgente de SU nos Estados Unidos e desenvolveram um modelo conceptual acerca dos motivos que levam à procura do SU com condição não urgente. Este modelo sugere que quando um paciente apresenta alguns sintomas clínicos, irá decidir acerca da necessidade de abordagem da sua doença (ou não) e no caso afirmativo, que tipologia de cuidados (contacto para linha de atendimento telefónico, ir à sua Unidade de saúde dos CSP, ir ao SU, ir a outra unidade). Os fatores que influenciam esta decisão são a perceção da severidade, conveniência/facilidade de utilização, custos, opinião e conhecimento de alternativas, acessibilidade/disponibilidade, e por indicação de terceiro ou referenciação. Simultaneamente, fatores associados podem influenciar esta decisão (e.g., idade, raça, sexo, rendimento, etc.).

Kraaijvanger et al. (2017) efetuaram uma revisão sistemática sobre os motivos que levam em todo o mundo os pacientes a visitas ao SU sem referenciação. Categorizaram os motivos em sete grupos principais: (i) preocupações de saúde, (ii) investigações esperadas (realização de exames complementares de diagnóstico), (iii) conveniência do SU, (iv) menor acessibilidade aos CSP, (v) ausência de confiança no seu MF, (vi) recomendação de terceiros, (vii) questões financeiras. Identificaram que o principal motivo dos pacientes para recorrerem ao SU sem referenciação são as preocupações com saúde e o desejo de realização de exames laboratoriais e radiológicos (ambos relacionados com preocupações com saúde) e, nos Estados Unidos, as questões financeiras. Os autores concluíram que os pacientes têm dificuldade em avaliar corretamente a severidade da sua condição de saúde.

Coster et al. (2017) consideram vários drivers que sustentam as decisões do paciente em procurar o SU. Os autores encontraram seis motivos distintos: acesso e confiança nos CSP, conveniência, opinião dos familiares, amigos ou de outros profissionais de saúde, a crença de que a sua condição requer avaliação em cuidados diferenciados, bem como outros fatores do paciente (e.g. custo).

Utilizando uma revisão realista e cadeias de contexto-mecanismo-resultados (Context-Mechanism-Outcome chains), O’Cathain et al., (2019) identificaram seis mecanismos para urgência e dez teorias que procuram (explicar as características (*drivers*) dos pacientes que utilizam o SU por motivos clínicos não necessários. O’Cathain et al. (2019) concretizou entrevistas e *focus group* com pacientes considerados utilizadores do SU “cl clinicamente desnecessários” (principalmente crianças, adultos jovens e pessoas de áreas socialmente desfavoráveis) e um inquérito à população. O’Cathain et al. (2019) concluíram que o comportamento da procura de cuidados de saúde não depende de um único mecanismo, mas provavelmente de um conjunto de mecanismos. Os autores identificaram vários (e interdependentes) fatores que influenciam a decisão dos pacientes e classificaram-nos de acordo com o sintoma, do ponto de vista do paciente e do organismo de saúde. Baseados na literatura, O’Cathain et al. (2019) concluem que os pacientes parece terem comportamento racional, e desta forma sugerem que os decisores políticos e os prestadores de cuidados de saúde devem estar cientes das decisões tomadas pelos utentes para desenharem potenciais soluções. Os autores concluem também que a configuração do serviço e a acessibilidade têm um papel importante na decisão do paciente.

Berchet (2015) efetuou uma revisão de literatura acerca dos principais fatores que influenciam a procura do SU, explorando os fatores relacionados com procura/oferta de cuidados de saúde. No lado da procura o autor identifica (i) os pacientes consideram o SU conveniente, (ii) o envelhecimento da população e o aumento da complexidade das doenças crónicas colocam maior tensão no SU, e (iii) insuficiência socio-económica e falta de suporte social associadas a um maior recurso ao SU. Do lado da oferta, a escassez de acesso aos CSP e a redução de oferta de cuidados de saúde fora do horário regular (*out-of-hours services*) estão associados a uma maior procura dos SU.

O quadro 2 sistematiza a revisão de literatura sobre os motivos que levam os pacientes ao SU em situações não urgentes/inapropriadas. Foram incluídos no quadro todos os motivos mencionados na literatura, e respetivos autores, organizadas por grandes temáticas.

Quadro 3 - Quadro síntese da revisão de literatura sobre os motivos para o doente não urgente/ inapropriado procurar os SU

	AUTORES
Estado de saúde	
Gravidade do meu estado de saúde	Andrews e Kass (2018); Beache e Guell (2016); Boushy e Dubinsky (1999); Brasseur et al. (2019); Coleman et al. (2001); Dixe et al. (2018); Howard et al. (2005); Jiang et al. (2020); Kraaijvanger et al. (2015; 2016a); Naouri et al., (2020); Northington et al. (2005); O’Cathain et al. (2020b); Oslislo et al. (2019); Rajpar et al. (2000); Redstone et al. (2008); Sieck et al. (2016)
Necessito de tratamento urgente	Akbulut et al. (2008); Al-Otmy et al. (2020); Alyasin e Douglas (2014); Bahadori et al. (2019); Brasseur et al. (2019); Coleman et al. (2001); Coster et al. (2017); Davison et al. (1983); de Valk et al. (2014); Gill e Riley (1996); Jiang et al. (2020); Kraaijvanger et al. (2016a); Land e Meredith (2013); Masso et al. (2007); Naouri et al. (2020); O’Cathain et al. (2020b); Oslislo et al. (2019); Rieffe et al. (1999); Sieck et al. (2016); Şimşek e Gürsoy (2016); Unwin et al., (2016); Weiss et al., (2014)
Procuro uma segunda opinião	Boushy e Dubinsky (1999); Coleman et al. (2001); Coster et al. (2017); Davison et al. (1983); Jiang et al. (2020); Kraaijvanger et al. (2016a); Land e Meredith (2013); Liaw et al., (2001); Masso et al. (2007); O’Cathain et al. (2020b); Oslislo et al. (2019); Rajpar et al. (2000); Rieffe et al. (1999); Vallejo et al. (2014)
Procuro ser observado por um médico especialista	Atenstaedt et al. (2015); Beache e Guell (2016); Coleman et al. (2001); Dixe et al. (2018); Liaw et al. (2001); Naouri et al. (2020); Rieffe et al. (1999)
Agravamento de um problema de saúde em seguimento na consulta externa do hospital ou no médico de família	Dixe et al. (2018); Kraaijvanger et al. (2017)
Não fiquei tratado após já ter recorrido a outro local	Akbulut et al. (2008); Liaw et al. (2001); Naouri et al. (2020)
Preciso de ser internado	Akbulut et al. (2008); Dixe et al. (2018); Naouri et al. (2020); Sempere-Selva et al., (2001)
Exames	
Preciso de fazer exames para tratar o meu problema de saúde (raio-x, análises clínicas, etc.)	Alyasin e Douglas (2014); Atenstaedt et al. (2015); Boushy e Dubinsky (1999); Coleman et al. (2001); Coster et al. (2017); de Valk et al. (2014); Kraaijvanger et al. (2015; 2016a; 2017); Land e Meredith (2013); Naouri et al. (2020); Sempere-Selva et al. (2001); Unwin et al. (2016); van Charante et al. (2008)
Conselho de outras pessoas	
Conselho de outras pessoas (família, amigos, colegas, cuidadores, etc.)	Beache e Guell (2016); Coleman et al. (2001); Coster et al. (2017); de Valk et al. (2014); Jiang et al. (2020); Kraaijvanger et al. (2016a); O’Cathain et al. (2020b); Rieffe et al. (1999); Sempere-Selva et al. (2001); Şimşek e Gürsoy (2016)
O meu médico de família (ou médico assistente) aconselhou-me a vir ao Serviço de Urgência caso o meu problema se mantenha	Davison et al. (1983); van Charante et al. (2008)

O pessoal do centro de saúde (não o médico) aconselhou-me a vir ao Serviço de Urgência	Howard et al. (2005); Kraaijvanger et al. (2016a)
Conhecimento de outros locais	
Não sei que outros locais de serviços de saúde poderiam resolver o meu problema	Akbulut et al. (2008); Al-Otmy et al. (2020); Atenstaedt et al. (2015); Coleman et al. (2001); Coster et al. (2017); Dixe et al. (2018); Jiang et al. (2020); Kraaijvanger et al. (2015); Liaw et al. (2001); Northington et al. (2005); Sempere-Selva et al. (2001); Sieck et al. (2016); Unwin et al., (2016)
Conveniência do Serviço de Urgência do hospital	
O atendimento é mais rápido no Serviço de Urgência	Akbulut et al. (2008); Alyasin e Douglas (2014); Bahadori et al. (2019); Coleman et al. (2001); Davison et al. (1983); de Valk et al. (2014); Dixe et al. (2018); Gill e Riley (1996); Idil et al., (2018); Jiang et al. (2020); Kraaijvanger et al. (2015; 2016a); Land e Meredith (2013); Naouri et al. (2020); Northington et al. (2005); O’Cathain et al. (2020b); Rajpar et al. (2000); Sempere-Selva et al. (2001); Şimşek e Gürsoy (2016); Vallejo et al. (2014); Weiss et al. (2014)
Sei que vou ser atendido	Al-Otmy et al. (2020); Brasseur et al., 2(021); Jiang et al. (2020); Kraaijvanger et al. (2016a; 2017); Northington et al. (2005); Şimşek e Gürsoy (2016); Vallejo et al. (2014)
Serviço de Urgência está sempre aberto	Alyasin e Douglas (2014); Coleman et al. (2001); Coster et al. (2017); Howard et al. (2005); Masso et al. (2007); Northington et al. (2005); Rieffe et al. (1999); Schmiedhofer et al. (2016); Sieck et al. (2016); Şimşek e Gürsoy (2016)
Não tenho que agendar uma consulta no Serviço de Urgência	Alyasin e Douglas (2014); Coster et al. (2017); Kraaijvanger et al. (2017); Masso et al., (2007); Northington et al. (2005); Sieck et al. (2016)
No Serviço de Urgência posso ser observado por um médico e fazer os exames no mesmo local e no mesmo dia	Coleman et al. (2001); Dixe et al. (2018); Durand et al. (2012); Kraaijvanger et al. (2016a); Masso et al. (2007); O’Cathain et al. (2020b); Schmiedhofer et al. (2016); Sieck et al. (2016)
Proximidade do Serviço de Urgência	Bahadori et al. (2019); de Valk et al. (2014); Dixe et al. (2018); Kraaijvanger et al. (2016a); Naouri et al. (2020); Rieffe et al. (1999); Sempere-Selva et al. (2001)
Serviço de Urgência é mais perto do que o centro de saúde	Coleman et al. (2001); de Valk et al. (2014); Gill e Riley (1996); Idil et al. (2018); Kraaijvanger et al. (2017); Land e Meredith (2013); Rieffe et al. (1999)
Conveniência da localização do hospital (em termos de meios de transporte, estacionamento, etc.)	Coleman et al. (2001); Coster et al. (2017); Land e Meredith (2013); Liaw et al. (2001); Masso et al. (2007); Sieck et al. (2016); van Charante et al. (2008)
Já estava no hospital por outra razão	Liaw et al. (2001); Rieffe et al. (1999)
Confiança no Serviço de Urgência do hospital	
Tenho confiança no Serviço de Urgência do hospital	Akbulut et al. (2008); Beache e Guell (2016); Brasseur et al. (2019); Coleman et al. (2001); Coster et al. (2017); Weiss et al., (2014)
Os médicos do Serviço de Urgência são melhores do que os médicos de família	Gill e Riley (1996); Jiang et al. (2020); Masso et al. (2007); O’Cathain et al. (2020b); Rieffe et al. (1999); van Charante et al. (2008)
Estou a ser seguido na consulta externa deste hospital e acho que vou ser mais bem tratado neste Serviço de Urgência	de Valk et al. (2014); Sempere-Selva et al. (2001)

Anterior experiência positiva no Serviço de Urgência	Beache e Guell (2016); Coleman et al. (2001); Gill e Riley (1996); O’Cathain et al. (2020b)
Acesso ao médico de família / SAP	
Não tenho médico de família	Coleman et al. (2001); Davison et al. (1983); de Valk et al. (2014); Dixe et al. (2018); Kraaijvanger et al. (2015; 2016a); Land e Meredith (2013); Liaw et al. (2001); Sempere-Selva et al. (2001); van Charante et al. (2008); Weiss et al. (2014)
Dificuldade em marcar uma consulta no médico de família num prazo razoável	Al-Otmy et al. (2020); Boushy e Dubinsky (1999); Coleman et al. (2001); Coster et al. (2017); Durand et al. (2012); Howard et al. (2005); Idil et al. (2018); Jiang et al. (2020); Kraaijvanger et al. (2015; 2016a; 2017); Masso et al. (2007); Naouri et al. (2020); Northington et al. (2005); O’Cathain et al. (2020b); Sarver et al. (2002); Schmiedhofer et al. (2016); Sieck et al. (2016)
Dificuldade em conseguir marcar uma consulta para o próprio dia / consulta de urgência no centro de saúde ou no SAP	Dixe et al. (2018); Liaw et al. (2001); O’Cathain et al. (2020b); Oslislo et al. (2019); Redstone et al. (2008); Sarver et al. (2002); Weiss et al. (2014)
Hora da consulta no centro de saúde é incompatível com o meu horário de trabalho/escolar ou com o apoio que presto aos meus familiares	Akbulut et al. (2008); Dixe et al. (2018); Durand et al. (2012); Naouri et al. (2020)
Centro de saúde está fechado	Bahadori et al. (2019); Coster et al. (2017); Dixe et al. (2018); Jiang et al. (2020); Liaw et al. (2001); Rajpar et al. (2000); Sempere-Selva et al. (2001); Sieck et al. (2016); Vallejo et al. (2014); Weiss et al. (2014)
Dificuldade em contactar o médico de família por email	Rieffe et al. (1999); Sempere-Selva et al. (2001)
Confiança no médico de família e no SAP	
Estou insatisfeito com o médico de família	Al-Otmy et al. (2020); Bahadori et al. (2019); Beache e Guell (2016); Coleman et al. (2001); Coster et al. (2017); de Valk et al. (2014); Kraaijvanger et al. (2015; 2016a); Liaw et al. (2001); Rieffe et al. (1999); Sarver et al. (2002); Sempere-Selva et al. (2001)
Anterior experiência negativa com o médico de família	de Valk et al. (2014); Dixe et al. (2018); Kraaijvanger et al. (2016a); O’Cathain et al. (2020b)
Anterior experiência negativa com o SAP	Coster et al. (2017)
Financeiro	
Serviço das Urgências é barato	Andrews e Kass (2018); Bahadori et al. (2019); Beache e Guell (2016); Brasseur et al. (2019); Kraaijvanger et al. (2016a); Liaw et al. (2001); Masso et al. (2007); Naouri et al. (2020); Sieck et al. (2016); Unwin et al. (2016)
A fatura do Serviço de Urgência pode ser paga mais tarde	(2012); Liaw et al. (2001); Northington et al. (2005)
Outros	
Venho ao Serviço de Urgência sempre que tenho um problema de saúde	Beache e Guell (2016); Dixe et al. (2018); Jiang et al. (2020); Liaw et al. (2001); Masso et al. (2007); Rieffe et al. (1999); Sieck et al. (2016); Weiss et al. (2014)
Acho que o médico de família me iria encaminhar para o Serviço de Urgência	Beache e Guell (2016); Boushy e Dubinsky (1999); Coleman et al. (2001); Land e Meredith (2013)
Não tenho um médico assistente	Alyasin e Douglas (2014); Gill e Riley (1996)
Não costumo ir ao centro de saúde porque tenho médico privado	Dixe et al. (2018)

Estou de visita a esta região	Liaw et al. (2001)
-------------------------------	--------------------

3. METODOLOGIA

3.1. Objetivos do estudo

A sobrelotação dos serviços de urgências é um problema crónico em todo o mundo, que surgiu nos anos 80 do século passado. Atendendo às graves consequências que a sobrelotação dos serviços de urgências têm nos pacientes, profissionais de saúde, nos hospitais, assim como nos sistemas de saúde, este problema tem sido alvo de incessante de investigação em vários países. Não obstante, após ampla revisão de literatura sobre o tema, apenas se encontrou dois estudos sobre o contexto português publicado em revistas científicas, mais especificamente sobre os utilizadores frequentes do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Garcia de Orta e sobre o impacto do tipo de unidade funcional do CSP e a procura dos seus pacientes pelos SU.

Portugal vive há vários anos um problema sério nos serviços de urgência, o qual tem sido amplamente divulgado na comunicação social.

O objetivo principal deste estudo é fazer um diagnóstico da situação de sobrelotação do Serviço de Urgência Geral (SUG) do HGO e propor potenciais intervenções para reduzir a sobrelotação deste serviço. Por sua vez, os objetivos específicos deste estudo são:

- Realizar o diagnóstico da procura de serviços e da situação de sobrelotação do SUG do HGO;
- Analisar o perfil dos utentes do SUG do HGO;
- Identificar as principais causas da sobrelotação do SUG do HGO;
- Identificar as principais consequências da sobrelotação do SUG do HGO;
- Identificar os motivos para os pacientes virem inapropriadamente ao SUG do HGO em vez da procura do médico de família ou ao atendimento de doença urgente nas Unidades de Saúde (na perspetiva dos pacientes e dos profissionais do SUG do HGO);
- Propor medidas para melhorar a situação de sobrelotação do SUG do HGO.

Para efeitos do presente estudo, entende-se por episódio inapropriado o que resulta do paciente que recorrem ao SUG sem referenciação ou que deu entrada transportado por ambulância, ao qual é atribuída cor verde ou azul no Sistema de Triagem de Manchester (situação não urgente ou pouco urgente). Os episódios de pacientes transportados por ambulância e triados com cor verde ou azul são considerados inapropriados porque, ainda que os técnicos de emergência informem o paciente que a sua condição de saúde não necessita de cuidados no SU, os técnicos de emergência são obrigados a transportar o doente para o SU (de

forma gratuita) exceto se o paciente concordar em não ser transportado. Desta forma, a ida ao SU é considerada como uma decisão do próprio paciente que carece de aceitação em documento assinado pelo próprio assumindo a responsabilidade da decisão. Por sua vez, consideram-se episódios apropriados as triagens com cor amarela, laranja e vermelha, bem como as triagens verde e azul que não se enquadrem na definição de episódio inapropriado. Os episódios de cor de triagem branca não foram classificados como apropriados ou inapropriados.

Tendo em vista dar resposta aos objetivos supramencionados, foram recolhidos dados do sistema de informação do HGO, foram aplicados questionários aos pacientes e aos profissionais do SUG do HGO, bem como realizadas entrevistas a responsáveis de várias unidades de Cuidados de Saúde Primários da área de referência do HGO, os quais se passam a descrever em detalhe.

O estudo foi aprovado pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética do HGO.

3.2. Base de dados do sistema de informação do HGO

No âmbito deste estudo, foi utilizada uma base de dados com todos os episódios de atendimento no SUG do HGO entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de dezembro de 2021, proveniente do sistema de informação do HGO. Esta base de dados contém informação sobre:

- Utente (Id anonimizado)
- Dados demográficos (idade e sexo)
- Dados de residência (freguesia)
- Unidade de Cuidados de Saúde Primários a que o paciente pertence
- Data e hora de admissão
- Cor de prioridade atribuída na triagem
- Queixa indicada na triagem (e.g., agressão, alergia, dor cervical, etc.)
- Causa da ida à urgência (e.g., doença, acidente de trabalho, acidente de viação, etc.)
- Proveniência do utente (e.g., exterior, INEM, outro hospital, etc.)
- Destino (e.g., exterior não referenciado, abandono, consulta externa, serviço de internamento, etc.)
- ICD (código e descritivo)

A base de dados foi sujeita a um diagnóstico de qualidade dos dados, tendo sido desconsiderados para efeitos de análise de dados os registos com informação indubitavelmente incorreta (198 episódios relativos a 171 pacientes). Foi, assim, considerado um total de 470.977 episódios relativos a 201.169 utentes.

Com base na análise destes dados foi realizado o diagnóstico da procura e da situação de sobrelotação do SUG do HGO, assim como a análise do perfil dos seus utentes.

3.3. Questionário aos pacientes do SUG do HGO

3.3.1. Instrumento

A revisão de literatura permitiu concluir que um dos problemas dos serviços de urgência se prende com o elevado número de pacientes que recorrem a estes serviços de forma inapropriada, situação também frequente no SUG do HGO. Assim, foi desenhado e administrado um questionário aos pacientes inapropriados do SUG do HGO com o objetivo de analisar os motivos por que estes pacientes recorrem a este serviço em vez de irem ao médico de família ou ao Atendimento Urgente das Unidades de Saúde.

Não foi encontrado na revisão de literatura qualquer questionário completo, validado e que seja consensualmente aceite para avaliar os motivos que levam os pacientes inapropriados a procurar cuidados de saúde nos SU. Van Charante et al. (2008) também mencionaram a existência deste *gap* na investigação. Como tal, tendo por base a revisão de literatura sobre este tema (sintetizada e organizada no Quadro 1), na perspetiva dos pacientes e dos profissionais, foi desenhado um questionário com o objetivo de ser o mais abrangente e completo possível.

A versão inicial do questionário foi discutida com 4 especialistas de Medicina Interna e um enfermeiro gestor com mais de 15 anos de experiência em serviços de urgência, tendo sido adotadas pequenas alterações. Posteriormente, o questionário foi sujeito a um pré-teste junto de 5 pacientes, e as sugestões (dos utentes e do profissional que os aplicou) consideradas relevantes foram incluídas.

A versão final do questionário inclui 5 partes. Na primeira parte são recolhidos os dados de admissão do paciente ao serviço de urgência. A segunda parte pretende caracterizar os respondentes, tendo por base alguns dados pessoais. A terceira parte pretende avaliar os hábitos de saúde dos pacientes. A quarta parte do questionário pretende avaliar a perceção do paciente sobre o seu estado de saúde atual e o respetivo nível de urgência, bem como eventuais ações

adotadas previamente à ida para o SUG do HGO. Por fim, a quinta parte do questionário pretende avaliar os motivos pelos quais os pacientes procuram cuidados de saúde no serviço de urgência, em vez de recorrerem ao médico de família ou ao SAP ou consulta aberta. Para esse efeito, foram identificados na literatura 41 motivos que relevantes no contexto português e que foram considerados no questionário, os quais foram divididos em 10 categorias (Estado de saúde, Exames, Conselhos de outras pessoas, Conhecimento de outros locais, Conveniência do SU do hospital, Confiança no SU do hospital, Acesso ao médico de família/SAP ou consulta aberta, Confiança no médico de família e no SAP/consulta aberta, Financeiro e Outros). Os pacientes foram questionados sobre o grau de importância de cada motivo na tomada de decisão de ir ao SUG do HGO nesse dia, numa escala de Likert de 4 pontos (em que 1=Nada importante; 2=Pouco importante; 3=Importante; 4=Muito importante). O questionário incluiu ainda uma explicação sobre os objetivos do estudo e o tempo estimado de resposta.

3.3.2. Desenho do estudo, população e amostra

Os critérios de inclusão contemplam os pacientes que recorrem ao SUG do HGO sem qualquer referência ou que deram entrada transportados por ambulância, aos quais foi atribuída cor verde ou azul pelo sistema de triagem de Manchester, com 18 ou mais anos, e que são nativos da língua portuguesa ou capazes de ler ou comunicar em português.

Os critérios de exclusão incluem os pacientes que deram entrada no SUG do HGO com a polícia (e.g., internamentos compulsivos, prisioneiros, etc.), se encontravam embriagados ou presumivelmente sob efeito de substâncias psicotrópicas, com comportamentos violentos, com doenças mentais severas, com confusão mental, com dificuldade de comunicação, sem-abrigo, bem como os pacientes que manifestaram relutância em responder ao questionário. Relativamente aos pacientes que visitam o SUG do HGO mais do que uma vez no período de aplicação do questionário, apenas foi considerada uma visita.

Foi recolhida uma amostra por quotas, a partir da população com as características que obedecem aos critérios de inclusão e exclusão. As quotas foram calculadas com base na proporção do sexo, do grupo etário e da cor atribuída à população triada em 2021 no SUG do HGO.

Os questionários foram administrados aos pacientes que deram entrada no SUG do HGO e que se enquadram nos critérios de inclusão e exclusão, entre os dias 9 de maio e 31 de

maio de 2022, entre as 8h00 e as 24h00, todos os dias da semana. Foram obtidas 520 respostas, das quais 504 consideradas válidas.

Os participantes foram selecionados por conveniência, imediatamente após o processo de triagem, e convidados a participar no estudo pelos enfermeiros da triagem e por uma equipa de apoio (composta por 15 alunos de licenciatura da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa e do ISCTE-IUL), os quais explicaram os objetivos do estudo. Os questionários foram administrados a todos os pacientes que concordaram em participar no estudo. O questionário foi preenchido pelos próprios participantes ou com a ajuda dos elementos da equipa de apoio, em papel, na sala de espera antes dos pacientes serem chamados para o atendimento médico. Foi assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos. Foi obtido um consentimento informado verbal de todos os participantes.

Atendendo ao desproporcionado número de pacientes admitidos no SUG do HGO que não falam português, o questionário apenas foi disponibilizado em português.

Antes do início da recolha de dados, foi dada formação aos enfermeiros da triagem e à equipa de apoio, sobre os objetivos do estudo, o questionário e a sua forma de preenchimento.

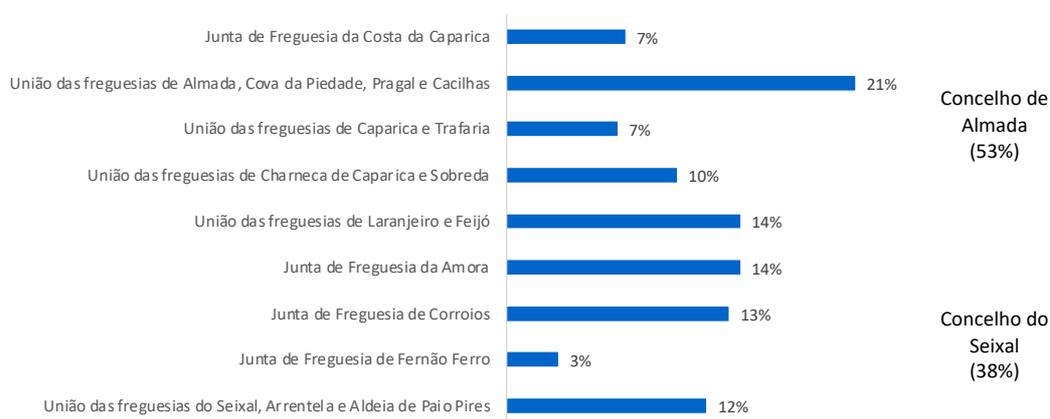
3.3.3. Caracterização da amostra de pacientes

Dos pacientes que responderam ao questionário, 53% são do sexo feminino, com uma média de idades de 46 anos. Cerca de metade dos respondentes frequentaram pelo menos o ensino secundário (39% frequentaram o ensino secundário e 12% o ensino superior), 20% o 3º Ciclo, 7% o 2º Ciclo, sendo que 19% apenas têm o 1º Ciclo e 2% não têm qualquer grau de escolaridade. Comparando a escolaridade dos respondentes com a da população da área de referência do HGO (de acordo com os Censos 2021), pode concluir-se que a proporção de pessoas com pelo menos o ensino secundário é cerca de 12 p.p. superior ao verificado na população e a proporção de respondentes sem escolaridade é bastante inferior à da população da região. Três quartos dos respondentes são de nacionalidade portuguesa, 13% têm nacionalidade brasileira e 11% nacionalidade de países africanos. O peso dos respondentes de nacionalidade estrangeira é bastante superior à da população da região (8%), o que se relaciona com o facto dos conselhos de Almada e Seixal oferecerem soluções de alojamento para as comunidades emigrantes mais vantajosas. Os respondentes têm etnia predominantemente branca (71%) e africana (19%). Cerca de 40% dos respondentes são solteiros, verificando-se a

mesma percentagem de casados ou em união de facto, sendo 13% divorciados ou separados e 6% viúvos. Aproximadamente 80% dos respondentes vivem acompanhados. No que respeita à situação profissional, 58% são empregados, 21% reformados, 12% desempregados (sendo uma proporção muito maior do que a da Área Metropolitana de Lisboa) e 7% são estudantes. Aproximadamente 2/3 dos respondentes não têm seguro de saúde nem nenhum subsistema de saúde e mais de metade (54%) não paga taxa moderadora no hospital.

A Figura 2 apresenta a distribuição dos respondentes por área de residência (concelho e freguesia da área do HGO).

Figura 2 - Área de residência dos respondentes (por concelho e freguesia da área do HGO)



3.4. Questionário aos profissionais do SUG do HGO

3.4.1. Instrumento

Foi aplicado um questionário aos profissionais do SUG do HGO tendo em vista recolher a sua perceção acerca das principais causas e consequências da sobrelotação do SUG do HGO e da situação de sobrelotação deste serviço. Adicionalmente, procurou-se também obter as perceções dos profissionais sobre os motivos pelos quais os pacientes inapropriados recorrem ao SUG em vez de irem ao médico de família ou ao SAP/consulta aberta, podendo confrontar a perceção dos pacientes e dos profissionais sobre estes motivos.

Também não foi encontrado na literatura um questionário completo, validado e consensualmente aceite para avaliar as perceções sobre as principais causas e consequências da sobrelotação das urgências. Assim, foi desenhado um questionário para este fim, que se

procurou ser o mais abrangente e completo possível e que teve por base a ampla revisão de literatura efetuada sobre o tema (sintetizada e organizada no Quadro 1, 2 e 3).

A versão inicial do questionário foi discutida com 2 especialistas de Medicina Interna e um enfermeiro gestor com mais de 15 anos de experiência em serviços de urgência, tendo sido incorporadas as alterações supervenientes. Posteriormente, o questionário foi pré-testado junto de 8 profissionais (2 de cada categoria profissional), e as sugestões consideradas relevantes foram incluídas. Foram adicionadas algumas causas e consequências ao questionário, adaptadas ao contexto português.

A versão final do questionário inclui 5 partes. Na primeira parte é recolhida informação pessoal e profissional do trabalhador. A segunda parte pretende obter as percepções dos profissionais sobre os motivos para os utentes não urgentes procurarem cuidados no SUG do HGO em vez de irem ao médico de família ou ao SAP/consulta aberta (de forma semelhante ao inquirido junto dos pacientes). A terceira parte do questionário pretende obter a percepção dos profissionais sobre a frequência com que o SUG do HGO se encontra em situação de sobrelotação. A quarta parte pretende avaliar a percepção dos profissionais sobre as causas da sobrelotação do SUG do HGO. Tendo por base a revisão de literatura e a discussão com os especialistas, foram consideradas 48 causas de sobrelotação de serviços de urgência que fazem sentido no contexto português, as quais foram organizadas em 4 grupos de fatores (Fatores relacionados com a procura de cuidados de saúde no SU, Fatores relacionados com o funcionamento no SU, Fatores relacionados com a saída do utente do SU, Fatores relacionados com os órgãos políticos, em que os três primeiros grupos de fatores são provenientes do modelo de Asplin et al. (2003), e o quarto grupo foi sugerido pelos especialistas como eventualmente relevante no contexto português). Os profissionais foram questionados sobre o grau de importância de cada causa da sobrelotação do SU, numa escala de Likert de 4 pontos (em que 1=Não é de todo uma causa da sobrelotação; 2=Causa pouco importante da sobrelotação; 3=Causa importante da sobrelotação; 4=Causa muito importante da sobrelotação). Foi ainda dada a opção aos profissionais para não avaliarem a importância de cada uma das causas, caso não tenham conhecimento suficiente para o efeito. A última parte do questionário pretende avaliar a percepção dos profissionais sobre as consequências da sobrelotação do SUG do HGO. Da revisão de literatura resultaram 35 consequências da sobrelotação dos SU, as quais foram organizadas em 4 grupos de consequências (Efeitos nos utentes, Efeitos nos profissionais do SU, Efeitos no sistema de saúde, Efeitos no hospital). A percepção sobre as consequências da sobrelotação do SU foi medida numa escala de Likert de 4 pontos (em que 1=Sobrelotação não

tem impacto neste aspeto; 2=Sobrelotação tem um impacto reduzido neste aspeto; 3=Sobrelotação tem um forte impacto neste aspeto; 4=Sobrelotação tem um impacto muito forte neste aspeto). Foi ainda dada a opção aos profissionais para não avaliarem o impacto da sobrelotação em cada aspeto, caso não tenham conhecimento suficiente para o efeito.

3.4.2. Desenho do estudo e população

Os critérios de inclusão contemplam todos os profissionais do SUG do HGO, com contrato de trabalho com o HGO, que à data da administração do questionário tinham pelo menos seis meses de experiência profissional em serviços de urgência.

A população em estudo é composta por 236 profissionais, dos quais 44 assistentes operacionais, 20 assistentes técnicos, 83 enfermeiros e 89 médicos. Obteve-se um total de 96 respostas válidas.

O questionário foi desenhado na plataforma Qualtrics, tendo sido enviado o respetivo link por email no dia 27 de junho de 2022 a todos os profissionais que cumprem os critérios de inclusão, acompanhado de uma explicação sobre os objetivos do estudo e do pedido de colaboração no mesmo. Com o objetivo de promover a taxa de resposta, foram realizadas várias insistências de pedido de colaboração junto dos profissionais, durante duas semanas.

Foi assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos. O preenchimento do questionário foi considerado como um consentimento informado implícito por parte dos profissionais para participar no estudo.

3.4.3. Caracterização da amostra de profissionais

A maioria dos profissionais que responderam ao inquérito são do sexo feminino (75%). Em média, os respondentes têm 35 anos (DP = 9,3), sendo que 48% tem entre 25 e 34 anos, 27% tem entre 35 e 44 anos, 13% entre 45 e 54 anos e apenas 5% tem 55 ou mais anos. Aproximadamente 42% dos respondentes são médicos, 34% são enfermeiros, 13% são assistentes técnicos e 11% são assistentes operacionais. Em média, os respondentes têm 11,5 anos de experiência profissional (DP=10,1), da qual cerca de 10 anos em hospitais (DP=8,8) e quase 8 anos no SUG do HGO (DP=7,6). Metade dos inquiridos têm no máximo uma experiência profissional de 9 anos, dos quais 7 em hospitais e 4 no SUG do HGO.

3.5. Entrevistas aos responsáveis de unidades de CSP da área de referência do HGO

Tendo em vista propor intervenções exequíveis para melhorar a situação de sobrelotação do SUG do HGO, foram realizadas 1 entrevista com responsáveis de unidades de Cuidados de Saúde Primários da área de referência do HGO e um *focus group* com 10 médicos de MGF. Assim, foram entrevistados o Diretor Executivo ACES Almada-Seixal e a Presidente do Conselho Clínico ACES Almada-Seixal 10 médicos de MGF, 9 dos quais Coordenadores de USF e UCSP e um membro do conselho técnico.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 22 e 28 de julho de 2022.

No início das entrevistas, foi feita uma apresentação aos entrevistados com as principais conclusões dos questionários aplicados aos pacientes e aos profissionais do SUG do HGO. Esta partilha de informação procurou que as entrevistas fossem um momento de discussão sobre as várias intervenções passíveis de ser implementadas para resolver o problema da sobrelotação do SUG do HGO. A entrevista procurou igualmente discutir a possibilidade e a forma de articulação entre os serviços de CSP da região e o SU do HGO para melhoraria do problema em estudo.

4. O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS E A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA

A Constituição da República Portuguesa, de 2 de abril de 1976, tem a proteção da saúde como um dever, mas, fundamentalmente, como um direito de todos, realizado “através de um SNS universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

O SNS é constituído pelos CSP, pelos Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) e pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Ministério da Saúde, 2018). Os Serviços de Urgência (SU) de Hospitais Públicos pertencem aos Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) e são uma parte fundamental do sistema de saúde de um país.

OS CSP garantem a prevenção da doença, promoção da saúde e prestação de cuidados de saúde numa perspetiva de continuidade de cuidados e de articulação com outros serviços de saúde e da comunidade. Os CSP dispõem de uma rede distribuída pelo país, organizada em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Estes são entidades do SNS com autonomia administrativa para prestar cuidados à população de uma determinada área geográfica integrando unidades funcionais de diferentes tipologias com autonomia organizativa e técnica para a prestação de cuidados específicos: Unidades de Saúde Familiares (USF – tipo A e B), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). As USF e UCSP dispõem de um atendimento complementar para doença aguda ligeira, das 8-20h, disponibilizando um número limitado de vagas para o próprio dia ou para o dia seguinte. Também dispõem, para o atendimento da doença aguda ligeira, de um Serviço de Atendimento Permanente (SAP), com número de horas e de dias de funcionamento variável, de acordo com o concelho onde se encontram.

Os hospitais do SNS disponibilizam o atendimento para situações urgentes e emergentes, independentemente da capacidade do utente para pagamento, 7 dias na semana, vinte e quatro horas por dia.

O SNS dispõe também de uma linha de atendimento gratuita, que inclui um serviço digital e, de acordo com fluxograma digital, o contacto é ou não derivado para atendimento personalizado, a linha SNS 24 (808242424). A SNS 24 encaminha para os CSP (para consulta não programada) e para os serviços de urgência e, de acordo com critérios de gravidade estabelecidos, encaminha para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é um organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. O INEM dispõe de quatro serviços: CODU, CODU MAR, Centro de Informação Anti Venenos (CIAV) e Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC).

Em Portugal Continental, a população deve contactar para situações não urgentes a linha SNS24, e para situações urgentes ou emergentes o número de atendimento europeu de emergência (112) que também receciona pedidos de socorro. Tratando-se de uma situação urgente ou emergente a situação é encaminhada para o CODU. Se durante a triagem telefónica se verificar tratar-se de situação não emergente, é desviada para a linha SNS 24.

O CODU dispõe de equipas de profissionais qualificados, médicos e técnicos de emergência Pré-Hospitalar, com formação para atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro. É o CODU que gere os meios de socorro: ambulâncias, Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) que dispõem de equipa mista médico e enfermeiro, motos e helicópteros. O objetivo é que os meios de socorro cheguem o mais próximo possível, tanto quanto a triagem telefónica o permite, das necessidades da vítima e no menor espaço de tempo.

Desde 2020, a utilização dos CSP é totalmente gratuita. Por outro lado, o valor pago para o atendimento no SU do hospital é reduzido e mais de 50% dos utentes estão isentos (por motivos de saúde ou económicos). De salientar que os doentes referenciados para o SU, bem como os doentes cujo episódio de urgência venha a condicionar internamento, estão igualmente isentos. É importante salientar que o doente pode saldar a despesa do episódio posteriormente, levando o código para pagamento posterior, ou no caso de não efetuar o pagamento até 6 meses após o episódio, receberá no seu endereço o valor a pagar, sendo disponibilizadas as referências para pagamento remoto.

5. DESCRIÇÃO DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA E RESPECTIVA ÁREA DE REFERENCIAÇÃO

Em 1989, o Hospital de Almada passou a denominar-se Hospital Garcia de Orta (HGO). Em substituição do antigo Hospital da Misericórdia de Almada/Hospital Distrital de Almada, o Hospital Garcia de Orta, que, entretanto, deixou de conseguir dar resposta a uma população que ainda hoje continua a crescer, iniciou a sua atividade em setembro de 1991. Em 2003, como consequência do seu desenvolvimento e da progressiva diferenciação em áreas médicas, e principalmente cirúrgicas, o HGO foi classificado como Hospital Central. É o único na margem sul do Tejo com esta classificação, deixando de pertencer ao Setor Público Administrativo e passando para o Setor Empresarial do Estado, primeiro como Sociedade Anónima (SA) de capitais exclusivamente públicos e mais tarde (a partir de 2006), como Entidade Pública Empresarial (EPE), estatuto que mantém até hoje.

A população que o HGO serve é maioritariamente urbana, estimada no último censo de 2021 em 343.793 mil habitantes, distribuída pelos Concelhos de Almada e Seixal, dos quais 23% têm 65 ou mais anos.

O HGO tem como **missão** a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos, no âmbito das responsabilidades e capacidades, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas. No cumprimento da sua missão, assegura, a cada doente, os cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e, numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo as áreas de ensino, formação e investigação, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente. A **visão** do HGO é constituir-se como instituição de referência, consolidando as suas áreas de excelência e a prestação de cuidados de qualidade e em ambiente organizado, assegurando a sustentabilidade e a acessibilidade, bem como, a satisfação de colaboradores e utentes.

De acordo com os seus **valores**, o hospital tem, ao longo dos anos, interiorizado uma cultura de prestação de serviço público enformada pelos seguintes valores que devem ser constantemente potenciados e promovidos, nomeadamente, colocação do doente/utente no centro do universo da prestação dos cuidados de saúde, observância de padrões de ética no exercício da atividade hospitalar, equidade no acesso e na prestação dos cuidados de saúde,

eficiência na utilização dos recursos, cultura de promoção da qualidade e da excelência na gestão clínica, e conservação do património e proteção do meio ambiente.

A governação clínica do HGO é por excelência o processo de integração, de capacidades e competências, que visam obter os melhores resultados para o doente. A sua estratégia assenta na consolidação de um modelo assistencial, dinâmico e eficaz, permitindo responder com eficiência às expectativas de acessibilidade dos cidadãos. Alicerça-se nas políticas nacionais, tendo presentes os seguintes vetores estratégicos: melhorar a qualidade e a complementaridade de cuidados, melhorar a acessibilidade, alcançar a sustentabilidade, melhorar as infraestruturas gerais e assistenciais, e articular com a rede de cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados.

A lotação do hospital é de 650 camas, distribuídas pelas diferentes especialidades e serviços de referência. O hospital conta com cerca de três mil funcionários.

Os parceiros que articulam os cuidados de saúde à população que o hospital serve são os CSP. A população dos concelhos de Almada e Seixal está maioritariamente inscrita no ACES Almada-Seixal, dos quais apenas 85,11% dispunham de médico de família atribuído em setembro de 2022 (Portal da Transparência do SNS).

O ACES Almada/Seixal integra 26 unidades de saúde: 14 Unidades de Saúde Familiares (USF) modelo B, 4 USF modelo A, 4 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSPs), 2 Unidades de Cuidados Continuados (UCC), 1 Unidade de Saúde Pública (USP) e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Conta com 208 médicos especialistas em MGF, 94 médicos internos de formação específica em MGF, 256 enfermeiros, 193 secretários clínicos e 123 outros profissionais. Funcionam de segunda-feira a sexta-feira das 8-20h. Dispõem ainda de um serviço complementar ao sábado e domingo, nas instalações na AV. Rainha D. Leonor em Almada e nas suas instalações no Seixal de um atendimento entre as 10-17h onde são consultados com doença aguda ligeira 40 doentes por dia em cada uma das unidades.

6. DIAGNÓSTICO DA SOBRELOTAÇÃO DO SUG DO HGO

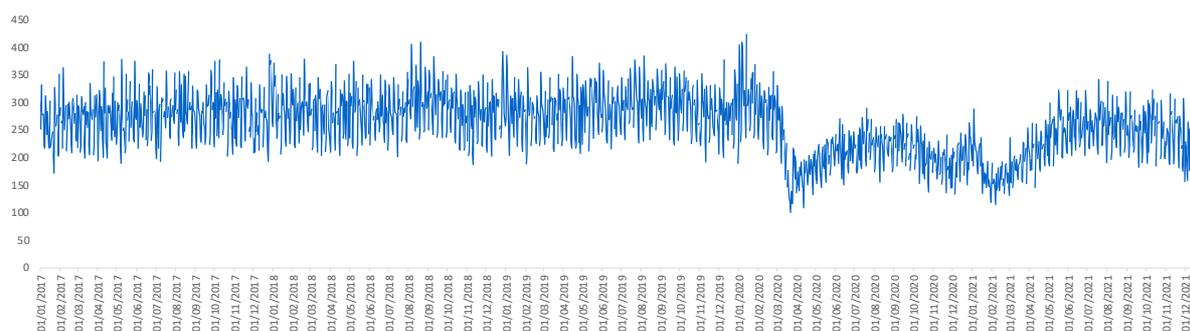
6.1. A procura de cuidados de saúde entre 2017-2021

O SUG do HGO é um dos serviços de urgência portugueses com uma maior procura. Entre 2017 e 2019 foram atendidos cerca de 100.000 episódios por ano (ou seja, uma média de cerca de 280 episódios por dia, atingindo picos de cerca de 400 episódios por dia), com uma tendência crescente de 4,1% no triénio (Figuras 1, 2 e 3). Com o início da pandemia por Covid-19, a procura do SUG reduziu substancialmente para cerca de 80.000 episódios em 2020 (traduzindo-se numa queda de 23,2%¹, para uma média de cerca de 220 episódios por dia, mas com picos diários que atingem quase o dobro dos episódios por dia). No ano de 2021 verificou-se um aumento do número de episódios em 4,2%, mas com picos diários de procura mais moderados (máximo de 341 episódios por dia).

Entre 2017 e 2021, em média, cada paciente recorreu ao SUG do HGO cerca de 1,5 vezes por ano, pelo que o número de pacientes atendidos por ano foi de cerca de 65% a 70% do número de episódios.

Assim, neste período foram registados 470.977 episódios no SUG do HGO, correspondentes a 201.669 pacientes.

Figura 3 – Nº episódios por dia, em 2017-2021



¹ A redução da procura do SUG do HGO em 2020 face a 2019 encontra-se alinhada com o verificado no NHS do Reino Unido e Canadá, onde se verificou uma queda de 22,8% nos SU dos hospitais e 21,6%, respetivamente, no ano fiscal 2020-21 face a 2019-20 (de acordo com dados do NHS Digital (2022) e Canadian Institute for Health Information (2021, 2022)).

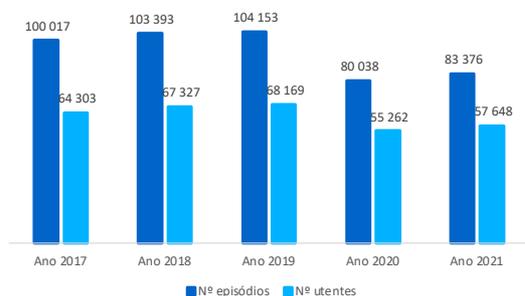


Figura 4 - Nº episódios e pacientes no SUG

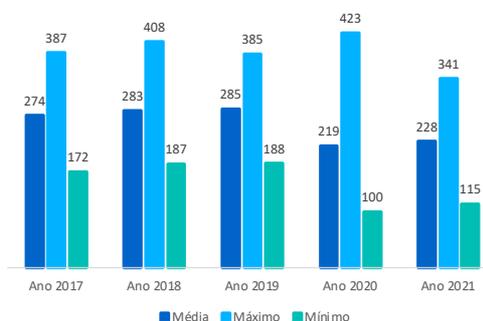


Figura 5 – Nº episódios por dia no SUG

No período em estudo, o pico da procura no SUG do HGO ocorreu nos meses de verão, o que se pode dever à proximidade à zona balnear da Costa da Caparica (Figura 4). A única exceção foram os primeiros meses de 2020, antes do início da pandemia em Portugal e da consequente queda na procura. O dia da semana com mais episódios no SUG é a Segunda-Feira, verificando-se uma diminuição progressiva ao longo da semana, sendo que no fim-de-semana a procura é cerca de 70% face ao início da semana (Figura 5). Em termos de horas de entrada dos pacientes, o período da noite (das 0h às 8h) é o mais calmo, sendo que a maior procura ocorre durante o dia, com picos entre as 10h e as 12h e após o período de almoço (das 14h às 16h), e diminuindo paulatinamente ao longo da tarde e noite (Figura 6). Este comportamento ao longo dos meses, dias da semana e ao longo do dia é semelhante ao longo de todo o período em análise².

Figura 7 - Nº médio de episódios diários, por mês

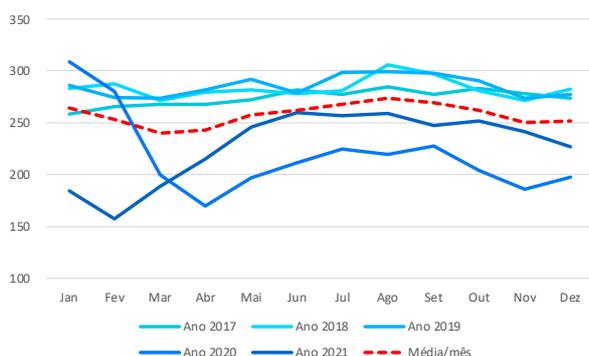
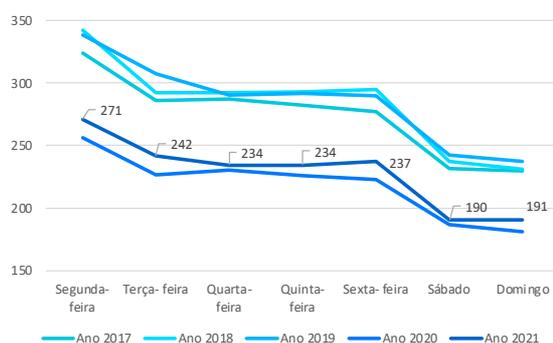


Figura 6 - Nº médio de episódios diários, por dia semana



² Em termos globais, a tendência de comportamento da procura ao longo da semana e do dia é semelhante ao verificado no Reino Unido (de acordo com os dados de NHS Digital (2022)).

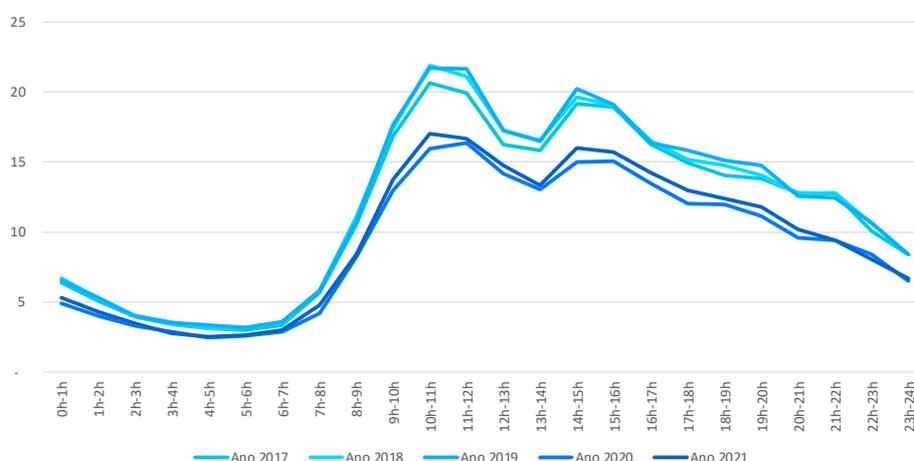


Figura 8 - Número médio de episódios diários, por hora de admissão

6.2. O perfil do paciente

O perfil do paciente do SUG do HGO manteve-se relativamente constante entre 2017 e 2021 (Quadro 4).

Cerca de 55% dos pacientes que recorrem todos os anos a este serviço são do sexo feminino. A idade média dos pacientes é de 54 anos, sendo que metade dos pacientes tem no máximo aproximadamente essa idade, perto de um quarto dos pacientes tem entre 18 e 34 anos e 25% dos pacientes tem mais de 72 anos. Cerca de 90% dos pacientes anuais do SUG do HGO residem no distrito de Setúbal, sendo Lisboa o segundo distrito com maior predominância. O peso dos pacientes do distrito de Lisboa aumentou ligeiramente durante o período da pandemia, muito provavelmente devido ao movimento de deslocação das pessoas para as suas segundas habitações (que acompanhou os períodos de isolamento e teletrabalho). Por sua vez, a maioria dos pacientes que visitam este serviço anualmente pertencem aos concelhos de Almada e Seixal (ambos pertencentes à zona de referência do HGO) (entre 45% e 47%, e 37%, respetivamente), seguindo-se os concelhos de Sesimbra e Lisboa, ainda que com um peso muito reduzido (na ordem dos 2% a 3% cada, por ano).

Uma análise mais detalhada da área de referência do HGO (concelhos de Almada e Seixal) permite concluir que mais de metade dos pacientes anuais do SUG do HGO residem em apenas 4 freguesias (União das Freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas, União das freguesias de Laranjeiro e Feijó, Freguesia de Amora e Freguesia de Corroios). Adicionalmente, as freguesias com o maior número anual de pacientes do SUG do HGO, por

100 mil habitantes, são União das freguesias de Caparica e Trafaria, União das freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas e União das freguesias de Laranjeiro e Feijó (por ordem decrescente), mostrando o efeito da proximidade ao HGO (Quadro 5). Relativamente às unidades de CSP a que os pacientes que recorreram ao SUG pertencem, apenas se destaca por um ligeiro maior peso quando comparadas com as restantes, as USF Costa Mar, a UCSP Santo António do Laranjeiro, a UCSP Rainha D. Leonor e a USF Amora Saudável. Atendendo que o Portal da Transparência do SNS divulga informação sobre os utentes inscritos nos CSP de forma agregada por ACES (e não pelas respetivas unidades funcionais), não é possível analisar se existe relação entre a maior ou menor procura no SUG do HGO dos pacientes por unidade funcional do ACES Almada-Seixal e o número e percentagem de utentes afetos a essa unidade bem como o número de utentes sem médico de família dessa unidade.

Quadro 4 - Perfil dos pacientes do SUG do HGO

	Nº pacientes					2017-2021 n (%)
	Ano 2017 n (%)	Ano 2018 n (%)	Ano 2019 n (%)	Ano 2020 n (%)	Ano 2021 n (%)	
Sexo						
Feminino	35 796 (56%)	37 327 (55%)	37 516 (55%)	29 880 (54%)	31 305 (54%)	107 596 (53%)
Masculino	28 507 (44%)	30 000 (45%)	30 653 (45%)	25 382 (46%)	26 343 (46%)	93 573 (47%)
Idade						
Média	54	54	54	54	54	
Q2 (50% dos pacientes têm no máximo...)	54	54	53	54	53	
Q3 (25% dos pacientes têm no mínimo...)	72	72	72	72	72	
Grupo etário						
18-24 anos	5 828 (9%)	6 250 (9%)	6 633 (10%)	4 712 (9%)	5 254 (9%)	
25-34 anos	8 468 (13%)	8 950 (13%)	9 202 (13%)	7 525 (14%)	8 155 (14%)	
35-44 anos	9 396 (15%)	9 639 (14%)	9 753 (14%)	7 829 (14%)	8 104 (14%)	
45-54 anos	8 962 (14%)	9 501 (14%)	9 647 (14%)	8 181 (15%)	8 419 (15%)	
55-64 anos	8 901 (14%)	9 245 (14%)	9 245 (14%)	7 711 (14%)	7 676 (13%)	
65-74 anos	9 218 (14%)	9 682 (14%)	9 528 (14%)	7 529 (14%)	7 927 (14%)	
75-84 anos	8 700 (14%)	8 860 (13%)	8 905 (13%)	7 295 (13%)	7 396 (13%)	
85-89 anos	3 067 (5%)	3 278 (5%)	3 323 (5%)	2 729 (5%)	2 949 (5%)	
90-94 anos	1 386 (2%)	1 536 (2%)	1 494 (2%)	1 353 (2%)	1 356 (2%)	
>=95 anos	377 (1%)	3 86 (1%)	4 39 (1%)	3 98 (1%)	4 12 (1%)	
Distrito						
Setúbal	58 549 (91%)	61 294 (91%)	61 531 (90%)	49 621 (90%)	51 468 (89%)	175 978 (87%)
Lisboa	3 089 (5%)	3 434 (5%)	3 3949 (6%)	3 648 (7%)	3 950 (7%)	14 4974 (7%)
Outro / s/inf.	2 665 (4%)	2 599 (4%)	2 2689 (4%)	1 993 (4%)	2 230 (4%)	10 0217 (5%)
Concelho						
Almada	30 001 (47%)	31 462 (47%)	31 452 (46%)	25 060 (45%)	25 960 (45%)	85 744 (43%)
Seixal	23 615 (37%)	24 704 (37%)	24 963 (37%)	20 489 (37%)	21 402 (37%)	70 979 (35%)
Sesimbra	1 906 (3%)	1 982 (3%)	1 932 (3%)	1 380 (2%)	1 482 (3%)	6 449 (3%)
Lisboa	1 217 (2%)	1 344 (2%)	1 529 (2%)	1 517 (3%)	1 669 (3%)	5 941 (3%)
Outro / s/inf.	7 564 (12%)	7 835 (12%)	8 293 (12%)	6 816 (12%)	7 135 (12%)	32 056 (16%)
Freguesia (da área de referência)						
Concelho de Almada						
Costa da Caparica	2 300 (4%)	2 431 (4%)	2 532 (4%)	2 008 (4%)	2 019 (4%)	6 943 (4%)
União das freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas	9 227 (17%)	9 771 (17%)	9 568 (17%)	7 537 (17%)	7 777 (17%)	26 468 (17%)
União das freguesias de Caparica e Trafaria	5 209 (10%)	5 424 (10%)	5 462 (10%)	4 472 (10%)	4 606 (10%)	14 104 (9%)
União das freguesias de Charneca de Caparica e Sobreira	6 491 (12%)	6 690 (12%)	6 652 (12%)	5 271 (12%)	5 580 (12%)	18 8884 (12%)
União das freguesias de Laranjeiro e Feijó	6 774 (13%)	7 146 (13%)	7 238 (13%)	5 772 (13%)	5 978 (13%)	19 345 (12%)
Concelho do Seixal						
Amora	7 538 (14%)	8 070 (14%)	8 147 (14%)	6 742 (15%)	6 971 (15%)	22 860 (15%)
Corroios	6 992 (13%)	7 296 (13%)	7 370 (13%)	5 902 (13%)	6 233 (13%)	20 808 (13%)
Fernão Ferro	2 450 (5%)	2 497 (4%)	2 480 (4%)	2 127 (5%)	2 210 (5%)	7 452 (5%)
União das freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires	6 635 (12%)	6 841 (12%)	6 966 (12%)	5 718 (13%)	5 988 (13%)	19 859 (13%)
Unidade de CSP (da área de referência)						
Concelho de Almada						
USF Almada	1 779 (3%)	2 106 (4%)	2 169 (4%)	1 744 (4%)	1 860 (4%)	5 052 (3%)
USF Charneca Sol	1 646 (3%)	1 736 (3%)	1 700 (3%)	1 336 (3%)	1 372 (3%)	4 560 (3%)
USF Nova Caparica	1 289 (3%)	1 564 (3%)	1 569 (3%)	1 257 (3%)	1 286 (3%)	3 999 (3%)
USF Costa Mar	2 915 (5%)	2 976 (5%)	3 017 (5%)	2 279 (5%)	2 312 (5%)	7 603 (5%)
UCSP Sto. António Laranjeiro	3 386 (6%)	3 547 (6%)	3 600 (6%)	2 765 (6%)	2 684 (6%)	9 519 (6%)
UCSP Rainha D. Leonor	3 506 (7%)	3 498 (6%)	3 662 (6%)	3 190 (7%)	3 396 (7%)	1 675 (7%)
USF S. João do Pragal	2 028 (4%)	2 167 (4%)	2 170 (4%)	1 657 (4%)	1 735 (4%)	5 521 (4%)
USF Sobreira	2 116 (4%)	2 179 (4%)	2 110 (4%)	1 687 (4%)	1 767 (4%)	5 850 (4%)
USF Poente	2 026 (4%)	2 198 (4%)	2 286 (4%)	1 771 (4%)	1 888 (4%)	5 522 (4%)
USF Vista Tejo	1 771 (3%)	1 867 (3%)	1 895 (3%)	1 552 (3%)	1 535 (3%)	4 483 (3%)
USF Cova da Piedade	2 393 (4%)	2 409 (4%)	2 381 (4%)	1 969 (4%)	1 960 (4%)	6 604 (4%)
USF Feijó	2 057 (4%)	2 146 (4%)	2 126 (4%)	1 814 (4%)	1 801 (4%)	5 878 (4%)
Unidade CSP não atual (*)	1 339 (2%)	884 (2%)	873 (2%)	652 (1%)	868 (2%)	2 774 (2%)
S/ informação	1 750 (3%)	2 185 (4%)	1 894 (3%)	1 387 (3%)	1 496 (3%)	7 704 (5%)
Concelho do Seixal						
USF Sta. Marta do Pinhal	763 (1%)	818 (1%)	869 (2%)	693 (2%)	1 129 (2%)	2 092 (1%)
UCSP Amora						
USF Rosinha	1 656 (3%)	1 797 (3%)	1 844 (3%)	1 398 (3%)	1 427 (3%)	4 816 (3%)
USF Amora Saudável	2 687 (5%)	2 748 (5%)	2 741 (5%)	2 194 (5%)	2 232 (5%)	7 456 (5%)
USF Servir Saúde	1 746 (3%)	1 738 (3%)	1 827 (3%)	1 455 (3%)	1 507 (3%)	5 159 (3%)
USF FF Mais	1 671 (3%)	1 707 (3%)	1 710 (3%)	1 453 (3%)	1 458 (3%)	4 977 (3%)
USF Torre da Marinha	1 935 (4%)	1 858 (3%)	1 907 (3%)	1 501 (3%)	1 556 (3%)	5 327 (3%)
USF CSI Seixal	2 113 (4%)	2 146 (4%)	2 133 (4%)	1 741 (4%)	1 895 (4%)	6 014 (4%)
USF Cuidar Saúde	1 661 (3%)	1 659 (3%)	1 690 (3%)	1 411 (3%)	1 384 (3%)	4 685 (3%)
USF Pinhal dos Frades	1 310 (2%)	1 298 (2%)	1 261 (2%)	9 990 (2%)	1 051 (2%)	3 646 (2%)
Unidade CSP não atual	113 (0%)	112 (0%)	128 (0%)	101 (0%)	145 (0%)	369 (0%)
S/ informação	7 960 (15%)	8 823 (16%)	8 853 (16%)	7 752 (17%)	7 618 (16%)	26 438 (17%)
TOTAL	64 303	67 327	68 169	55 262	57 648	201 169

Quadro 5 – Nº pacientes atendidos no SUG do HGO, por cada 100 habitantes

Concelho	Freguesia	Ano 2017	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	2017-2021
Almada	Costa da Caparica	16	17	18	14	14	50
	União das freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas	19	20	20	16	16	54
	União das freguesias de Caparica e Trafaria	20	21	21	17	17	54
	União das freguesias de Charneca de Caparica e Sobreira	13	14	14	11	11	39
	União das freguesias de Laranjeiro e Feijó	17	18	18	15	15	49
Seixal	Amora	15	16	17	14	14	46
	Corroios	14	14	15	12	12	41
	Fernão Ferro	12	12	12	10	11	36
	União das freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires	15	15	15	13	13	44
Total		16	16	16	13	14	46

Nota: Nos cálculos realizados, foi considerado o número de habitantes por freguesia de acordo com os dados dos Censos 2021.

6.3. Frequência da procura

No período 2017-2019, cerca de 70% dos pacientes atendidos por ano no SUG do HGO apenas tiveram um episódio neste serviço no ano, cerca de 26,5% dos pacientes tiveram entre 2 e 4 episódios por ano, cerca de 2,6% recorreram ao SUG entre 5 e 10 vezes por ano e 0,2% recorreram mais de 10 vezes por ano ao SUG (Figura 7). Durante os anos da pandemia por Covid-19, a proporção de pacientes que apenas tiveram um episódio por ano no SUG do HGO aumentou ligeiramente comparativamente ao período pré-pandemia, compensado sobretudo por uma diminuição do peso dos pacientes com 2 a 4 episódios por ano.

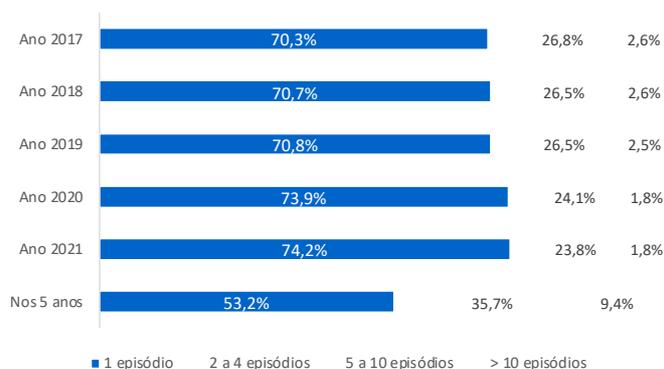
Existem alguns pacientes com um número muito elevado de visitas anuais ao SUG do HGO, o que aparentemente parece não ser justificável. Esta situação verifica-se num relativo reduzido número de pacientes, mas que representam uma proporção significativa de episódios no ano, denominados de utilizadores frequentes. De acordo com a revisão de literatura, este é um fenómeno comum neste tipo de serviços.

No período em análise, há um paciente com 100 episódios no SUG do HGO em 2018 e outro com 95 episódios em 2021, sendo que nos restantes anos em análise há pacientes com um máximo de cerca de 50 episódios no ano.

Tendo em vista um melhor acompanhamento destes pacientes, bem como reduzir a sua utilização do SUG, em 2016, o HGO criou um grupo de trabalho multidisciplinar composto por profissionais do HGO e do ACES Almada-Seixal. Como tal, uma vez que o HGO já se encontra

a desenvolver esforços para melhorar o problema dos utilizadores frequentes, o presente estudo não se focará no diagnóstico e proposta de melhorias para esta realidade.

Figura 9 - Percentagem de pacientes por número de episódios, por ano



A figura 9 apresenta o número médio de episódios por paciente, de acordo com as várias categorias das variáveis de perfil. Adicionalmente são apresentados no quadro 4 o resultado de testes de hipóteses a comparar o número de episódios dos pacientes entre os diferentes grupos, em 2021 e no total do período em análise.

Quer em 2021, quer no total do período em estudo, (i) verifica-se um maior número de episódios per capita nas mulheres do que nos homens; (ii) o número de episódios per capita aumenta à medida que a idade dos pacientes aumenta (ainda que a relação seja fraca; $\rho=0,081$); (iii) o maior número de episódios per capita verifica-se no distrito de Setúbal, seguido de Lisboa e depois dos outros distritos do país; (iv) o maior número de episódios per capita verifica-se no concelho de Almada, seguido do Seixal e, por fim, nos outros concelhos do país e Sesimbra; (v) verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre todas as freguesias, sendo que as freguesias com um maior número de episódios per capita são, por ordem decrescente, a União das Freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas, seguida da Freguesia de Amora, da Freguesia de Corroios e da União das freguesias de Laranjeiro e Feijó e União das freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires; (vi) verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre algumas das unidades de CSP, sendo que as unidades em que os pacientes têm menos episódios per capita no SUG do HGO são a USF Pinhal dos Frades e a USF Santa Marta do Pinhal, seguida da USF Nova Caparica, e as unidades em que os pacientes têm mais episódios per capita no SUG do HGO são, por ordem decrescente, a UCSP Rainha D. Leonor, a UCSP Santo António do Laranjeiro e a USF Costa Mar; (vii) não obstante, não se verificarem

diferenças estatisticamente significativas entre o número de episódios per capita no SUG do HGO de pacientes cuja unidade de CSP é uma USF ou uma UCSP em 2021, no total do período em estudo verifica-se que os pacientes cuja unidade de CSP é uma USF têm mais episódios per capita no SUG do HGO do que os pacientes pertencentes a uma UCSP (p-value <0,05).

6.4. Causa da ida ao SUG, proveniência e destino do paciente após atendimento

A principal causa que leva os pacientes a procurarem cuidados no SUG do HGO é a doença, seguida das quedas (cerca de 83% a 84% e 7% em todos os anos em estudo, respetivamente) (Figura 8). Os acidentes pessoais, de trabalho e de aviação ocupam as posições seguintes no ranking das principais causas da ida ao SUG, ainda que com um peso muito reduzido.

Ao longo de todo o período em estudo, a principal proveniência dos pacientes era o exterior, ou seja, recorreriam ao SUG sem qualquer referência (Figura 11). No triénio 2017-2019, mais de metade dos pacientes deram entrada no SUG sem qualquer referência, situação que melhorou significativamente no período da pandemia (em cerca de 10 pontos percentuais, comparativamente a 2019)³. A segunda principal proveniência dos pacientes do SUG do HGO é por ambulância (cerca de 25% entre 2017 e 2019 e 31% no período da pandemia)⁴. A referência pela Saúde 24 foi a terceira principal proveniência dos pacientes no período em estudo, vindo a ganhar mais relevo durante a pandemia. Esta tendência verificou-se ao longo do dia, com exceção do período entre as 23h e as 7h, em que o número médio de entradas por ambulância supera as entradas de pacientes sem referência (Figura 9).

³ No Reino Unido, 59% e 64% dos pacientes que deram entrada nos SU, fizeram-no por sua iniciativa (sem qualquer referência), nos anos fiscais 2020-21 e 2021-22, respetivamente (NHS Digital, 2021, 2022).

⁴ No Reino Unido, 10,6% e 8,7% dos pacientes deram entrada nos SU transportados por ambulância, nos anos fiscais 2020-21 e 2021-22, respetivamente (NHS Digital, 2021, 2022). Por sua vez, nos EUA, 16% e 15,5% dos pacientes deram entrada nos SU através de ambulância nos anos 2018 e 2019 (Cairns et al. (n.a.) e Cairns e Kang (n.a.)).

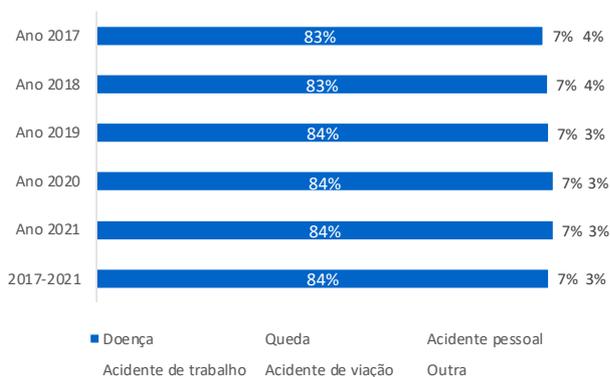


Figura 11 - Principais causas da ida ao SUG

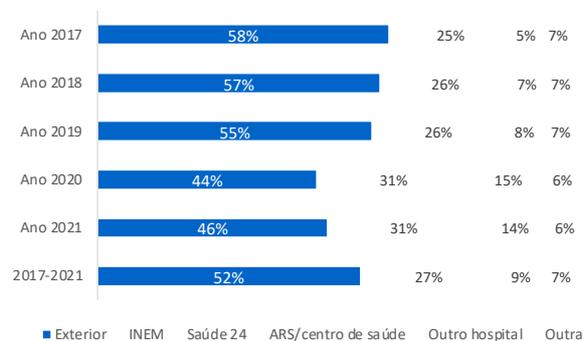


Figura 10 – Principais proveniências dos pacientes

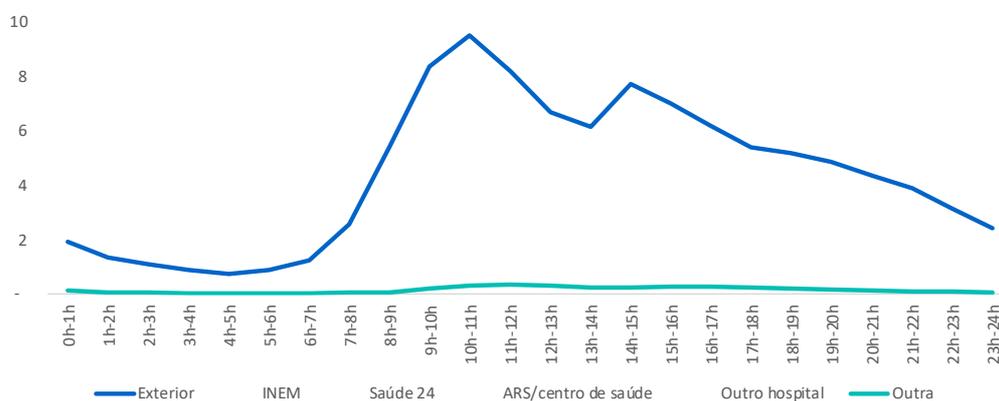


Figura 12 - Principais proveniências dos pacientes, por hora de entrada, em 2021 (nº médio de entradas por hora)

Entre 2017-2019, após o atendimento no SUG, cerca de metade dos pacientes tinham alta sem qualquer referência superveniente, sendo que este peso reduziu significativamente durante o período da pandemia (Figura 13). Em todo o período, cerca de ¼ dos pacientes foram referenciados para os CSP aquando da alta no SUG. No período pré-Covid, 11% dos pacientes que deram entrada no SUG foram internados⁵, tendo este valor aumentado para 13% durante a pandemia. Destaca-se também o aumento das saídas por abandono dos pacientes (antes de serem vistos pelo médico) em 2021, atingindo as 10% das entradas no SUG. De acordo com a literatura, o aumento do peso dos pacientes que decidem abandonar o serviço de urgência sem serem vistos pelo médico é uma das consequências da sobrelotação das urgências.

⁵ Esta taxa de internamento encontra-se alinhada com o verificado nos EUA (10,4%, 12,4% e 11,2%, no período 2017-2019, respetivamente), de acordo com os dados de Rui & Kang (n.a.), Cairns et al. (n.a.) e Cairns e Kang (n.a.). No Reino Unido, a taxa de internamento foi de cerca de 19% nos anos fiscais 2017-18 a 2019-20, aumentando para 23,8% no ano fiscal 2020-21 (primeiro ano da pandemia), de acordo com dados da NHS Digital (2022). No Canada, a taxa de internamento foi de 10,8% no ano fiscal 2017-18, 11,5% nos dois anos seguintes, aumentando para 13,3% no ano fiscal 2020-21 e voltando a 11,2% no ano fiscal 2021-22 (Canadian Institute for Health Information (2018, 2019, 2020, 2021, 2022)).

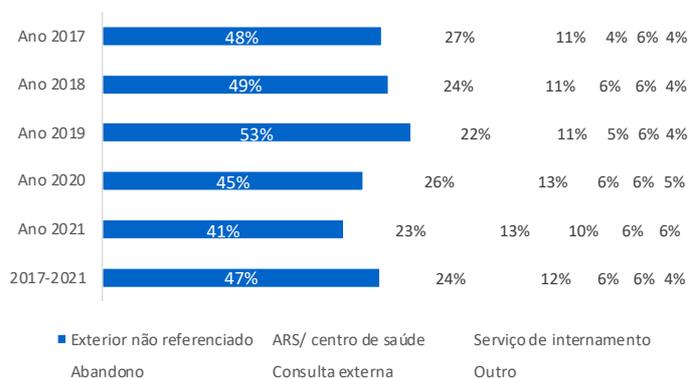


Figura 13 – Principais destinos do paciente após atendimento no SUG

6.5.Triagem

Portugal utiliza o sistema de triagem de Manchester nos serviços de urgência, segundo o qual é atribuída uma cor ao paciente, consoante o grau de urgência da sua situação clínica (Figura 14).

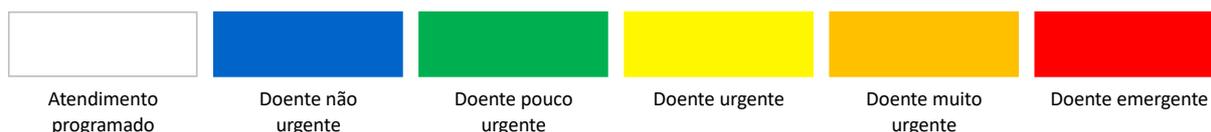


Figura 14 – Sistema de triagem de Manchester – Significado das cores de triagem

Ao longo de todos os anos em estudo, a percentagem de pacientes com cor verde e azul que deram entrada no SUG do HGO foi muito elevada. Nos anos pré-pandemia, cerca de metade dos pacientes que deram entrada neste serviço de urgência encontravam-se nessa situação, sendo que o peso destes pacientes reduziu ligeiramente nos anos da pandemia (Figura 15). Quando analisado ao longo dos meses, o único período em que o peso das triagens de cor amarela, laranja e vermelha ultrapassa as restantes é do mês de novembro de 2020 ao mês de março de 2021 (primeiro inverno da pandemia por Covid-19) (Figuras 16). Durante os dias de semana, o número de episódios com cor verde e azul ultrapassa o número de episódios com triagens mais urgentes, situação que se inverte durante o fim de semana (Figura 17 e 18). Ao longo do dia, nos períodos das 7h00 às 12h00 e das 14h00 às 17h00 o número de episódios com

triagem de cor verde e azul supera o número de episódios com triagens mais urgentes, verificando-se a situação inversa das 18h00 às 7h00 (Figura 19).

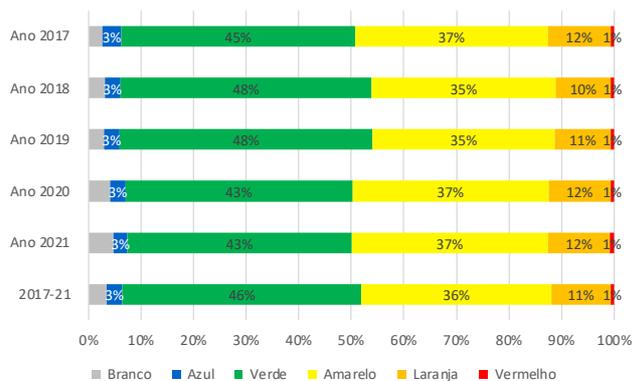


Figura 15 – Cores atribuídas na triagem, por ano



Figura 16 - Cores atribuídas na triagem (agrupadas), por mês (2017-21)



Figura 17 – Nº de episódios diários, por cor atribuída na triagem (2017-21)

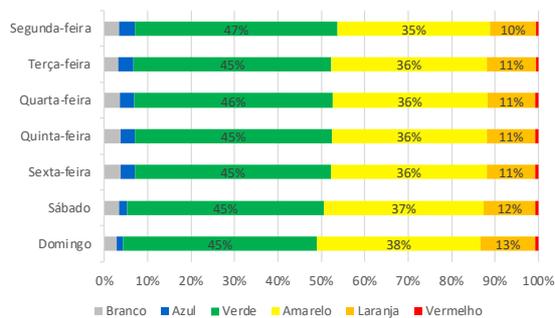


Figura 18 - Cores das triagens, por dia da semana (2017-21)

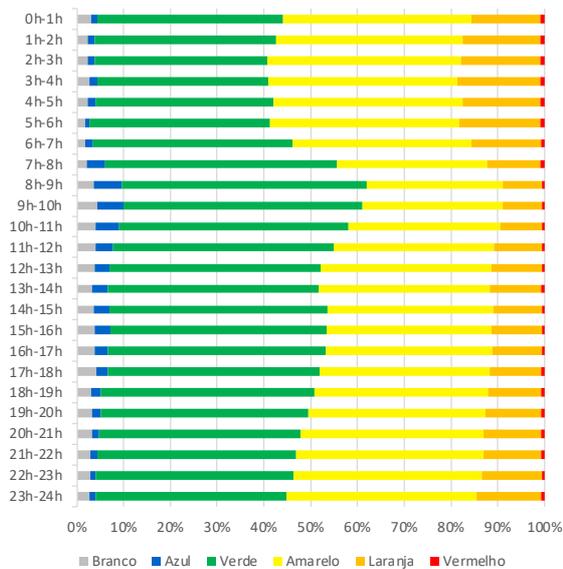


Figura 19 - Cores, por hora (2017-21)

No período em análise, verifica-se (i) uma maior proporção de mulheres do que homens com triagem de cor verde (47% e 43%, respetivamente) e uma situação inversa no que respeita a cor laranja (10% e 13%, respetivamente); (ii) a proporção de triagens amarela, laranja e vermelha aumenta substancialmente com a idade dos pacientes; (iii) a União das freguesias de Caparica e Trafaria destaca-se por mais de metade dos episódios dos seus pacientes serem triadas como verde e azul (51%), sendo a Freguesia de Fernão Ferro onde o peso dos episódios com triagem verde e azul é menor (45%); (iv) o peso das cores de triagem não é igual entre as unidades de CSP, sendo que mais de metade dos episódios dos pacientes inscritos na USF Almada, UCSP Santo António Laranjeiro, USF Poente e USF Vista Tejo são triadas como verde ou azul, e o menor peso destas cores ocorre nos pacientes inscritos na USF Cova da Piedade, USF Rosinha, USF Amora Saudável e USF FF Mais (com 45% dos episódios nas três primeiras unidades de CSP e 44% na última) (Figuras 20, 21 e 22).

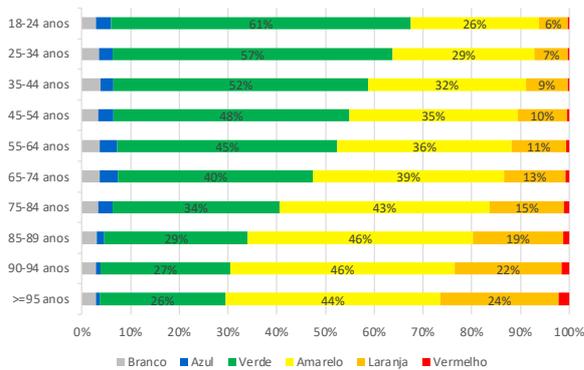


Figura 21 - Cores das triagens por grupo etário (2017-21)

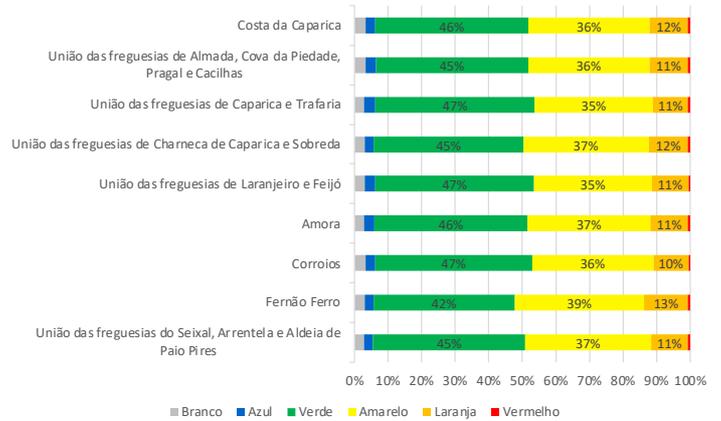


Figura 20- Cores das triagens, por freguesia (2017-21)

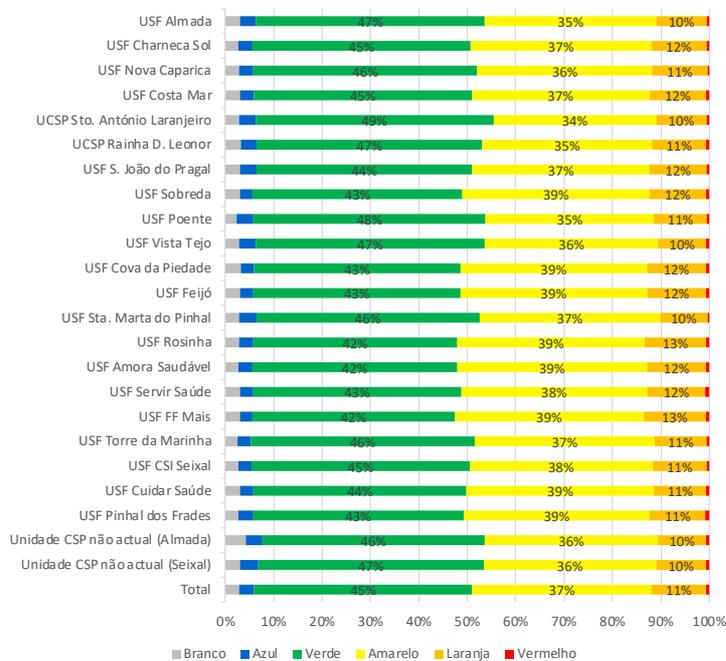


Figura 22 - Cores de triagem, por unidade de CSP (2017-21)

Entre 2017 e 2021, dos pacientes que deram entrada no SUG do HGO devido a doença (principal causa da ida a este serviço, representando 84% dos episódios), quase metade dos episódios são de relativos a situações não urgentes ou pouco urgentes (cor verde e azul) (Figura 23). Igual situação se verifica nos episódios devidos a quedas (segunda causa da ida ao SUG). No caso dos acidentes pessoais e de trabalho, apenas cerca de 1/3 dos episódios dão origem a triagens cor amarela ou de nível superior de urgência. Por sua vez, apenas cerca de 1/4 dos episódios derivados de acidentes de viação resultam em triagem de baixo nível de urgência.

Cerca de 60% dos episódios dos pacientes que dão entrada no SUG do HGO sem referência resultam em triagens de verde ou azul (Figura 24). Não obstante, mais de metade dos episódios referenciados pela Saúde 24 e pelos centros de saúde resultam igualmente em triagens de cor verde ou azul, podendo-se concluir pelo elevado número de episódios incorretamente referenciados para o SU por estas entidades.

Destaque-se que cerca de 2/3 dos episódios em que os pacientes abandonam o SUG do HGO sem serem vistos pelo médico são triados como verde ou azul; ainda assim, cerca de 30% dos abandonos são de episódios triados como amarelas ou laranjas (Figura 25).

A Figura 26 apresenta as principais queixas referidas na triagem, por ordem decrescente, as quais perfazem cerca de 80% dos episódios triados. Destaca-se alguns quadros onde mais de 2/3 dos episódios são situações pouco urgentes (problemas de membros, indisposição no adulto, problemas de ouvidos e infeções locais e abscessos).

Após a consulta, dos 22 grupos de ICD10 existentes, cerca de 80% dos episódios são classificados em 7 grupos (por ordem decrescente, XVIII - Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified; XIX - Injury, poisoning and certain other consequences of external causes;

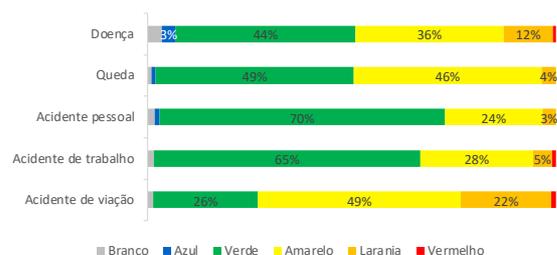


Figura 23- Principais causas da ida ao SUG por causa e por cor (2017-2021)

Figura 24 - Principais proveniências dos pacientes, por triagem (2017-21)

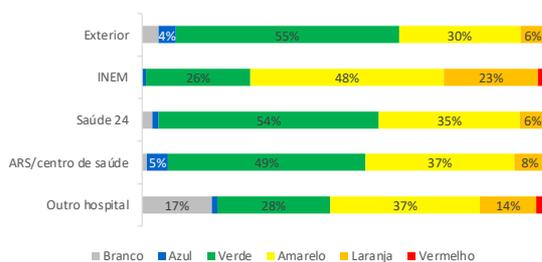


Figura 25 - Principais destinos do paciente após atendimento no SUG, por triagem (2017-21)

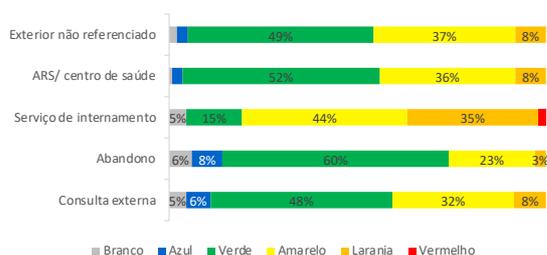
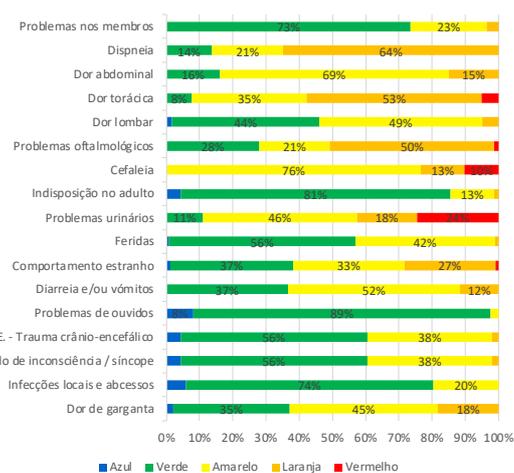


Figura 26 - Principais queixas referidas na triagem (2017-21)



XIII - Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue; VI - Diseases of the nervous system; IX - Diseases of the circulatory system; X - Diseases of the respiratory system; e XIV - Diseases of the genitourinary system⁶).

⁶ <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/>

6.6. Episódios inapropriados

Entre 2017 e 2020, cerca de 40% dos episódios do SUG do HGO foram inapropriados, situação que melhorou significativamente no período da pandemia (para 33% em ambos os anos) (Quadro 6). Tal traduz-se num número muito elevado de atendimentos evitáveis no SUG, os quais poderiam ser acolhidos em unidades de cuidados menos diferenciados (como os CSP), com menores custos para o sistema de saúde e permitindo um melhor acolhimento dos doentes com maiores níveis de urgência e que efetivamente têm de ser atendidos em contexto de serviço de urgência. Note-se que os episódios de 26% dos pacientes atendidos entre 2017 e 2021 foram todos inapropriados. O Quadro 7 apresenta a percentagem de pacientes por número total de episódios e por número de episódios inapropriados no período em estudo, onde é possível verificar a frequência com que os episódios inapropriados ocorrem, independentemente de os pacientes visitarem o SUG do HGO com mais ou menos frequência.

A trajetória dos episódios inapropriados seguiu a tendência do total da procura diária em todo o período em estudo (Figura 27).

Quadro 6 – N° episódios inapropriados

	Ano 2017	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	2017-21
N° episódios inapropriados	40 114	43 648	43 672	26 151	27 799	181 384
N° médio episódios inapropriados / dia	110	120	120	72	76	99
% episódios inapropriados	40%	42%	42%	33%	33%	39%

Quadro 7 - Percentagem de pacientes por número total de episódios e por número de episódios inapropriados, em 2017-2021

N° total de episódios	N° total de episódios inapropriados							
	0 episódios	1 episódio	2-4 episódios	5-10 episódios	11-15 episódios	16-30 episódios	31-60 episódios	> 60 episódios
1 episódio	62%	38%						
2-4 episódios	35%	36%	29%					
5-10 episódios	14%	21%	51%	13%				
11-15 episódios	5%	11%	39%	42%	3%			
16-30 episódios	2%	5%	23%	45%	18%	7%		
31-60 episódios	1%	2%	7%	24%	17%	38%	11%	
> 60 episódios	0%	13%	0%	0%	6%	13%	50%	19%
Total	47%	35%	16%	2%				

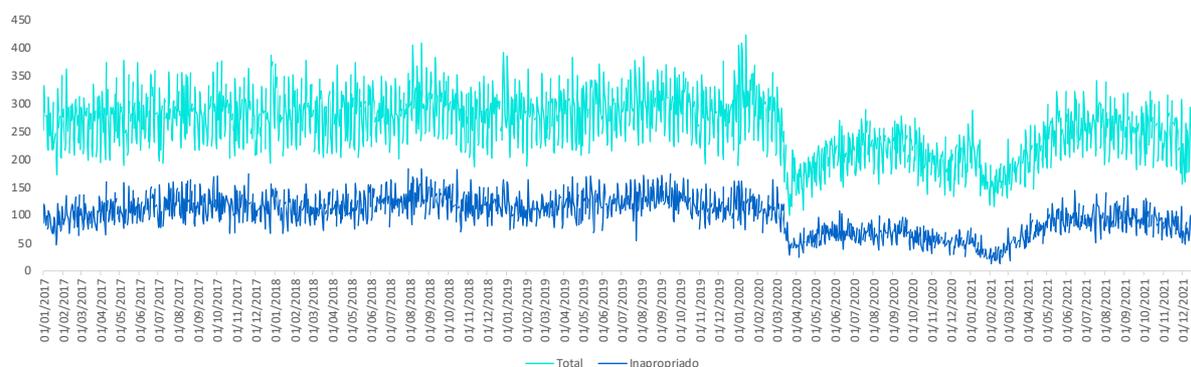


Figura 27- N^o episódios por dia (total e inapropriados), em 2017-2021

O Quadro 8 apresenta uma comparação entre os episódios apropriados e inapropriados em 2021, tendo por base o perfil dos pacientes, os períodos da procura e a causa da ida ao SU. A distribuição dos pacientes por sexo não é estatisticamente diferente nos episódios apropriados e nos inapropriados ($p=0,589$). A maior proporção de episódios inapropriados é de pacientes mais novos ($p<0,001$), aumentando a proporção de episódios apropriados à medida que aumenta a idade dos pacientes. Comparativamente aos episódios apropriados, a proporção de episódios inapropriados é (i) menor nos pacientes do distrito de Setúbal e maior em pacientes de outros distritos (excepto Lisboa) ($p<0,001$), (ii) maior no concelho de Almada e menor no concelho do Seixal ($p=0,017$), (ii) maior na União das freguesias de Caparica e Trafaria, na União de freguesias de Laranjeiro e Feijó e menor na Freguesia da Costa da Caparica, na União das freguesias de Charneca da Caparica e Sobreda, Freguesia de Fernão Ferro e União das freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires ($p<0,001$). A proporção de episódios inapropriados é maior do que os apropriados nos pacientes inscritos na UCSP Santo António do Laranjeiro, UCSP Rainha D. Leonor, USF Poente e USF Vista Tejo, verificando-se a situação contrária na maioria das restantes unidades de CSP ($p<0,001$).

O número de episódios inapropriados por paciente diminui à medida que aumenta a idade dos mesmos ($p<0,001$; $\rho= -0,075$), não se verificando, no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos do sexo feminino e masculino ($p=0,177$). Em termos de área de residência dos pacientes, não existem diferenças significativas na distribuição do número de episódios inapropriados dos pacientes que residem nos distritos de Setúbal, Lisboa ou outros ($p=0,279$); no entanto, o número de episódios inapropriados dos pacientes que residem no concelho de Almada é maior do que nos do Seixal, e, por sua vez, maior do nos concelhos de Sesimbra e Lisboa ($p<0,001$); os pacientes que residem na União das freguesias

de Caparica e Trafaria e na União das freguesias de Laranjeiro e Feijó são aqueles que apresentam um número de episódios inapropriados (não havendo, no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre eles), seguindo-se a União das freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas, e as Freguesias de Amora e de Corroios (também sem diferenças estatisticamente significativas entre elas), e, por fim, as restantes freguesias (também sem diferenças significativas entre elas) ($p < 0,001$).

A distribuição do número de episódios inapropriados por paciente não é igual entre todas as unidades de CSP ($p < 0,001$). As unidades de CSP que têm maior número de episódios inapropriados por paciente são a USF Almada, UCSP Santo António do Laranjeiro, UCSP Rainha D. Leonor, USF Poente, USF Vista Tejo, e a USF Sta. Marta do Pinhal (não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre elas) ($p < 0,001$). Também não se verificam diferenças significativas no número de episódios inapropriados por paciente entre as restantes unidades de CSP ($p > 0,05$).

Analisando os períodos de procura de cuidados de saúde no SUG do HGO (Quadro 9), a proporção de episódios inapropriados supera os apropriados nos meses de maio a outubro, verificando-se a situação contrária nos meses de inverno (janeiro a março e dezembro) ($p < 0,001$). Não se encontram diferenças significativas na proporção de episódios inapropriados e apropriados entre os dias da semana (dia de semana vs fim-de-semana) ($p = 0,696$). A proporção de episódios inapropriados supera os apropriados durante o período do dia (das 8h00 às 18h00), ao contrário do que acontece nos restantes horários de admissão dos pacientes ($p < 0,001$).

Quadro 8 - Nº e percentagem de episódios apropriados e inapropriados, nº de episódios inapropriados por 100 episódios e nº médio de episódios inapropriados por paciente, por perfil dos pacientes, em 2021

	Apropriados	Inapropriados	Nº inapropriados por 100 episódios	Nº médio de episódios inapropriados por paciente
	n (%)	n (%)	p-value	p-value
Sexo			p=0,589 &	p=0,177 *
Feminino	28 074 (54%)	15 170 (55%)	33,5	0,48
Masculino	23 561 (46%)	12 629 (45%)	33,2	0,48
Idade			p<0,001 *	p<0,001; p= - 0,075
Média	57,6	51,5		
Q2 (50% dos pacientes têm no máximo...)	59,0	50,0		
Q3 (25% dos pacientes têm no mínimo...)	76,0	69,0		
Grupo etário				
18-24 anos	3 623 (7%)	3 178 (11%)	44,2	0,60
25-34 anos	5 901 (11%)	4 318 (16%)	39,7	0,53
35-44 anos	6 412 (12%)	3 984 (14%)	35,9	0,49
45-54 anos	7 128 (14%)	4 135 (15%)	35,0	0,49
55-64 anos	6 826 (13%)	3 713 (13%)	33,6	0,48
65-74 anos	7 835 (15%)	3 472 (12%)	29,4	0,44
75-84 anos	8 166 (16%)	3 182 (11%)	27,0	0,43
85-89 anos	3 571 (7%)	1 173 (4%)	24,0	0,40
90-94 anos	1 680 (3%)	496 (2%)	22,3	0,37
>=95 anos	493 (1%)	148 (1%)	22,7	0,36
Distrito			p<0,001 &	p=279 §
Setúbal	47 199 (91%)	24 999 (90%)	33,1	0,49
Lisboa	2 901 (6%)	1 768 (6%)	35,2	0,45
Outro / s/inf.	1 535 (3%)	1 032 (4%)	37,2	0,46
Concelho			p=0,017 &	p<0,001 §
Almada	24 269 (47%)	13 292 (48%)	33,9	0,51
Seixal	19 728 (38%)	10 299 (37%)	32,9	0,48
Sesimbra	1 103 (2%)	627 (2%)	33,9	0,42
Lisboa	1 277 (2%)	733 (3%)	34,0	0,41
Outro / s/inf.	5 258 (10%)	2 848 (10%)	32,3	
Freguesia (da área de referenciação)			p<0,001 &	p<0,001 §
Concelho de Almada				
Costa da Caparica	1 926 (4%)	916 (4%)	31,1	0,45
União das freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas	7 466 (17%)	3 954 (17%)	33,1	0,51
União das freguesias de Caparica e Trafaria	4 328 (10%)	2 646 (11%)	36,5	0,57
União das freguesias de Charneca de Caparica e Sobreda	5 123 (12%)	2 468 (10%)	31,0	0,44
União das freguesias de Laranjeiro e Feijó	5 426 (12%)	3 308 (14%)	36,1	0,55
Concelho do Seixal				
Amora	6 535 (15%)	3 487 (15%)	33,6	0,50
Corroios	5 550 (13%)	3 095 (13%)	34,0	0,50
Fernão Ferro	2 064 (5%)	9 83 (4%)	30,8	0,44
União das freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires	5 579 (13%)	2 734 (12%)	31,6	0,46
Unidade de CSP (da área de referenciação)			p<0,001 &	p<0,001 §
Concelho de Almada				
USF Almada	1 844 (5%)	1 012 (5%)	33,9	0,54
USF Charneca Sol	1 234 (3%)	630 (3%)	32,6	0,46
USF Nova Caparica	1 176 (3%)	607 (3%)	32,7	0,47
USF Costa Mar	2 297 (6%)	1 090 (6%)	31,0	0,47
UCSP Sto. António Laranjeiro	2 230 (6%)	1 487 (8%)	38,3	0,55
UCSP Rainha D. Leonor	3 089 (8%)	1 895 (10%)	36,6	0,56
USF S. João do Pragal	1 820 (5%)	751 (4%)	27,9	0,43
USF Sobreda	1 722 (5%)	734 (4%)	28,6	0,42
USF Poente	1 807 (5%)	1 049 (6%)	35,5	0,56
USF Vista Tejo	1 533 (4%)	877 (5%)	35,2	0,57
USF Cova da Piedade	1 903 (5%)	912 (5%)	31,1	0,47
USF Feijó	1 802 (5%)	828 (4%)	30,2	0,46
Unidade CSP não atual (*) S/ informação	970 (3%)	614 (3%)	35,8	
Concelho do Seixal				
USF Sta. Marta do Pinhal	1 109 (3%)	617 (3%)	34,3	0,55
UCSP Amora				
USF Rosinha	1 447 (4%)	637 (3%)	29,7	0,45
USF Amora Saudável	2 185 (6%)	958 (5%)	29,3	0,43
USF Servir Saúde	1 450 (4%)	637 (3%)	29,3	0,42
USF FF Mais	1 342 (4%)	629 (3%)	30,3	0,43
USF Torre da Marinha	1 459 (4%)	729 (4%)	32,4	0,47
USF CSI Seixal	1 873 (5%)	825 (4%)	29,2	0,44
USF Cuidar Saúde	1 325 (4%)	600 (3%)	29,9	0,43
USF Pinhal dos Frades	1 044 (3%)	455 (2%)	29,2	0,43
Unidade CSP não atual S/ informação	162 (0%)	98 (1%)	36,2	

& p-value é baseado no teste de Qui-Quadrado.

* p-value é baseado no teste de Mann-Whitney.

+ p-value é baseado no teste de correlação de Pearson.

§ p-value é baseado no teste de Kruskal-Wallis. Foram realizados testes de comparação múltipla LSD para comparar os grupos 2 a 2.

Quadro 9 - Nº e percentagem de episódios apropriados e inapropriados e nº de episódios inapropriados por 100 episódios e por períodos da procura, em 2021

	Apropriados	Inapropriados	Nº inapropriados por 100 episódios	p-value
	n (%)	n (%)		
Mês				p<0,001 &
Janeiro	4 239 (8%)	1 217 (4%)	21,3	
Fevereiro	3 339 (6%)	892 (3%)	20,2	
Março	3 950 (8%)	1 670 (6%)	28,5	
Abril	3 999 (8%)	2 202 (8%)	34,1	
Mai	4 442 (9%)	2 858 (10%)	37,5	
Junho	4 615 (9%)	2 825 (10%)	36,2	
Julho	4 774 (9%)	2 838 (10%)	35,6	
Agosto	4 659 (9%)	3 006 (11%)	37,4	
Setembro	4 346 (8%)	2 779 (10%)	37,4	
Outubro	4 550 (9%)	2 908 (10%)	37,2	
Novembro	4 472 (9%)	2 443 (9%)	33,7	
Dezembro	4 250 (8%)	2 161 (8%)	30,7	
Dia da semana				p=0,696 &
Dia de semana	39 143 (76%)	21 039 (76%)	33,2	
Fim de semana	12 492 (24%)	6 760 (24%)	33,8	
Hora de admissão				p<0,001 &
0h00 - 8h00	6 408 (12%)	3 199 (12%)	32,2	
8h00 - 18h00	31 135 (60%)	18 262 (66%)	35,0	
18h00 - 24h00	14 092 (27%)	6 338 (23%)	29,7	

& p-value é baseado no teste de Qui-Quadrado.

6.7. Frequência com que o SUG do HGO se encontra em sobrelotação: A perspetiva dos profissionais

A quase maioria dos profissionais inquiridos do SUG do HGO (96%) considera que a situação de sobrelotação do SUG do HGO em 2022 é um problema muito sério e preocupante, sendo que 61% considera que o serviço está permanentemente em situação de sobrelotação (24h/dia) e 26% considera que esta situação ocorre pelo menos uma vez por dia. Não se encontram diferenças estatisticamente significativas na perceção dos profissionais do sexo feminino e masculino, bem como entre os grupos etários, sobre a frequência com que o serviço está sobrelotado ($p=0,718$ e $p=0,073$, respetivamente). Dos profissionais que consideram que o SUG está sobrelotado pelo menos uma vez por dia, há uma maior proporção de médicos do que nos que consideram que o SUG está sobrelotado 24h/dia ($p=0,012$). Encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre o tempo de experiência dos profissionais em hospitais e no SUG do HGO e a sua perceção da frequência com que este serviço está sobrelotado, verificando-se uma maior proporção de profissionais com mais de 10 anos de qualquer destes

tipos de experiência a considerarem que o serviço está sobrelotado 24/dia do que o verificado nos profissionais com até 5 anos de experiência ($p=0,039$ e $p=0,016$, respetivamente).

Mais de 2/3 dos inquiridos considera que a situação de sobrelotação deste serviço está pior em 2022 do que estava em 2021, e os restantes considera que a situação está semelhante ao ano anterior. Nenhum respondente considerou que a situação de sobrelotação do SUG do HGO estava melhor em 2022 do que no ano anterior. Estas perceções não variam consoante o género, grupo etário, categoria profissional ou tempo de experiência dos profissionais ($p>0,05$).

6.8. Os hábitos de saúde dos pacientes e a sua perceção sobre o seu estado de saúde atual

Aproximadamente 2/3 dos respondentes indicam ter médico de família, dos quais 35% vão, em média, menos de uma vez por ano a este médico, 20% vai uma vez por ano, 30% vai 2 ou 3 vezes por ano e 15% vão mais de 3 vezes por ano ao médico de família. Quando necessitam de cuidados de saúde, 38% dos respondentes indicam ir ao médico de família, 27% a um SU de um hospital público, 13% ao SAP, 3% a um SU de um hospital privado, sendo que 18% indica não ter precisado de cuidados de saúde há bastante tempo. Mais de metade dos respondentes (57%) referem não terem ido a um SU no ano passado, 21% foi apenas uma vez, 18% foi 2 a 4 vezes e 5% foi mais de 5 vezes. Cerca de 80% dos respondentes já veio anteriormente pelo menos uma vez ao SUG do HGO.

Cerca de metade dos respondentes (52%) considera que o seu estado geral de saúde atual é bom, muito bom ou excelente, sendo que 36% considera ser razoável e 12% ter um mau estado geral de saúde. Quase 80% dos respondentes consideram que o problema de saúde que o traz ao Serviço de Urgência naquele dia é urgente, sendo que 22% consideram mesmo ser extremamente urgente. Conclui-se, pois, uma um desfasamento entre a perceção do paciente sobre a urgência do problema de saúde que o traz ao SUG e o real grau de urgência do mesmo, uma vez que a todos os respondentes foi atribuída cor verde ou azul. Tal conclusão está em conformidade com os resultados obtidos na literatura relativos a outros países. Adicionalmente, mais de 40% dos respondentes indicam que a queixa que o traz ao SUG durante há pelo menos 4 dias (pelo que, em termos de triagem de Manchester, não seria considerada urgente), sendo que 33% indica que tem a queixa há menos de 1 dias e 25% está com a queixa entre 1 a 3 dias. Não se encontrou uma relação estatisticamente significativa entre a perceção do paciente sobre

o grau de urgência do problema de saúde que o traz ao SUG e o tempo a que dura a queixa ($p>0,05$). Por outro lado, quanto pior a percepção sobre o seu estado geral de saúde, mais urgente os pacientes consideram o seu problema ($p=0,280$; $p<0,001$).

Ainda que sendo pacientes a quem foi atribuída triagem de cor verde ou azul na triagem, 25% dos pacientes vieram para o SUG de ambulância (o que pode revelar incorreto encaminhamento por parte do CODU), dos quais apenas 12% foram aconselhados pelos bombeiros a não vir para o SUG.

Apenas 54% dos respondentes referem ter conhecimento de outro local onde poderiam ser tratados para o problema de saúde que o traz nesse dia ao SUG, dos quais 60% referem que esse local seria o médico de família, para 20% seria um médico especialista do hospital público, para 19% seria o SNS 24 e para apenas 14% dos respondentes seria o SAP. Não obstante, 55% dos inquiridos não procuraram assistência médica noutra local antes de virem nesse dia ao SUG do HGO. Dos inquiridos que já haviam procurado assistência médica noutra local para o problema de saúde que os trouxe nesse dia ao SUG, 45% refere já ter ido ao médico de família e 20% diz ter consultado o SNS 24.

Ainda que sendo pacientes a quem foi atribuída a cor de triagem verde ou azul, 69% considera que o serviço de urgência do hospital é o local mais apropriado para tratar o problema de saúde que os trouxe nesse dia a este serviço e apenas 17% considera que o local mais indicado seria o médico de família. Também quase 80% dos respondentes mencionam que não teriam ido ao SAP caso este serviço estivesse aberto. Este comportamento dos pacientes privilegiarem a procura de cuidados de saúde no hospital em vez dos cuidados de saúde primários para condições clínicas não urgentes ou pouco urgentes é deveras preocupante e uma das razões da forte afluência aos SU em Portugal, contribuindo, pois, a sobrelotação do serviço.

6.9. Motivos para o doente não urgente procurar o SUG do HGO sem referência

Conforme referido na revisão de literatura, são múltiplos os motivos que podem levar os pacientes a procurar de forma inapropriada os serviços de urgência hospitalares, gerando, consequentemente visitas não necessárias ao SUG. Assim, importa analisar quais os motivos que levam este tipo de pacientes ao SUG do HGO, bem como quais as percepções dos

profissionais deste serviço sobre quais os motivos pelos quais estes pacientes procuram este serviço.

A Figura 28 apresenta a percentagem de pacientes que consideraram cada um dos motivos como muito importantes (T1B) ou importantes e muito importantes (T2B) na decisão de irem para o SUG sem referenciação em vez de irem aos CSP, a respetiva perceção dos profissionais, bem como o resultado de testes de Mann-Whitney comparando a distribuição das perceções dos pacientes e dos profissionais relativos a cada motivo.

Por forma a identificar os principais motivos que levam pacientes a recorrerem de forma inapropriada ao SUG do HGO, analisaram-se os cinco principais motivos que os pacientes e os profissionais atribuíram mais importância (T1B e T2B). Foram realizados testes de Friedman e testes de comparação múltipla de Wilcoxon com correção de Sidak para analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre esses motivos, que permitissem o desenho de um ranking dos principais motivos da vinda inapropriada dos pacientes ao SUG do HGO (Quadros 10 e 11).

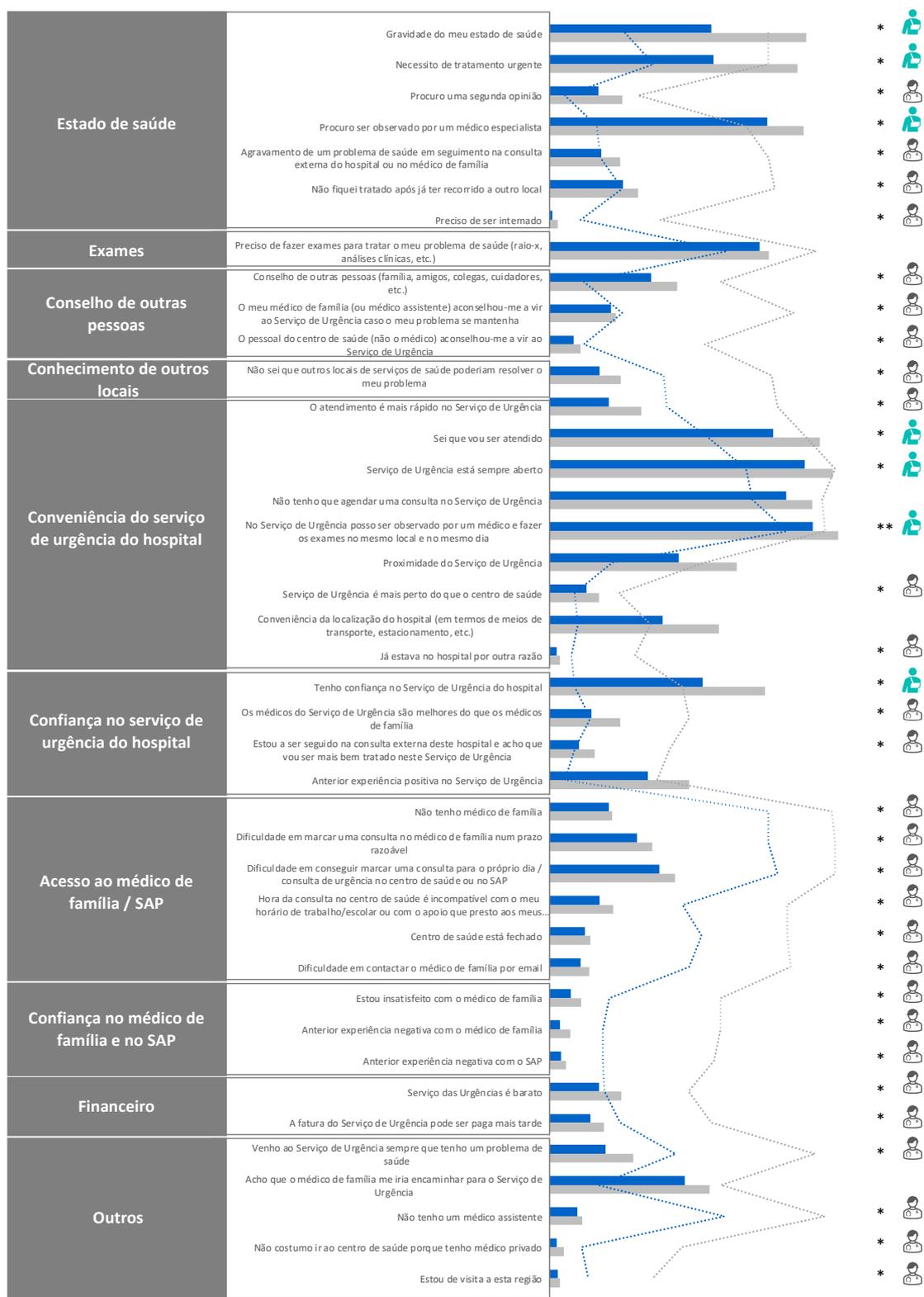
Da análise da Figura 28 e dos Quadros 10 e 11 verifica-se uma discrepância entre os principais motivos referidos pelos pacientes e as perceções dos profissionais. Os dois principais motivos que levaram os pacientes de forma inapropriada ao SUG têm que ver com a conveniência do serviço de urgência do hospital, nomeadamente por o serviço estar sempre aberto e por aí os pacientes poderem ser observados por um médico e fazer os exames no mesmo local e no mesmo dia (com igual nível de importância), seguindo-se o facto do paciente procurar ser atendido por um médico especialista, saber que vai ser atendido e não ter que agendar consulta para ser atendido no SUG (também os três motivos com igual nível de importância) e, apenas por último, a perceção do paciente sobre a gravidade do seu estado de saúde ($p < 0,003$).

Por sua vez, na perspetiva dos profissionais do SUG, os principais motivos que levam os pacientes ao SUG de forma inapropriada têm que ver com a conveniência do SUG (o serviço de urgência estar sempre aberto, não ter que agendar uma consulta no serviço de urgência, poder ser observado neste serviço por um médico e fazer os exames no mesmo local e no mesmo dia) e com o acesso ao médico de família e/ou SAP (o paciente não ter médico de família, o paciente ter dificuldade em marcar uma consulta no médico de família num prazo razoável e ter dificuldade em conseguir marcar uma consulta para o próprio dia / consulta de urgência no centro de saúde ou no SAP). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a importância atribuída pelos profissionais a estes motivos ($p = 0,075$). Os profissionais não consideram que a perceção dos pacientes sobre a gravidade do seu estado de saúde dos

pacientes seja uma razão importante que os levam ao SUG. Por outro lado, na perspectiva dos pacientes, as dificuldades no acesso ao médico de família e/ou ao SAP estão muito longe de estar entre os principais motivos que os levam a procurar o SUG.

Da análise da Figura 28 pode concluir-se que pacientes e profissionais têm opiniões distintas sobre o grau de importância da generalidade dos motivos dos pacientes procurarem cuidados de forma inapropriada no SUG. Entre os 41 motivos analisados, pacientes e profissionais apenas têm igual percepção da importância atribuída a 6 motivos (paciente precisa de fazer exames para tratar o meu problema de saúde, não ter de agendar uma consulta para serem atendidos no SUG, a proximidade do SUG, a conveniência da localização do hospital - em termos de meios de transporte, estacionamento, etc., a anterior experiência positiva no SUG e a ideia de que o médico de família o iria encaminhar para o SUG) ($p > 0,05$). Por sua vez, os pacientes atribuem mais importância aos seguintes motivos para irem ao SUG do que os profissionais: gravidade do estado de saúde, necessidade de tratamento urgente, procurar ser observado por um médico especialista (ou seja, estado de saúde), saberem que vão ser atendidos, o serviço estar sempre aberto e o facto de poderem ser observados por um médico e fazer os exames no mesmo local e no mesmo dia (conveniência do SUG) e o facto de terem confiança no SUG ($p < 0,05$). Relativamente aos restantes motivos estudados, os profissionais atribuem um grau de importância significativamente superior do que os pacientes ($p < 0,01$).

Figura 28 - Motivos para o doente não urgente procurar o SUG do HGO sem referênciação (em vez de ir ao médico de família ou ao SAP) – A perspetiva dos pacientes e a perceção dos profissionais



Legenda:

* p-value < 0,01 e ** p-value < 0,05, resultado de testes de Mann-Whitney à comparação da distribuição das percepções entre os pacientes e os profissionais.

Pacientes dão mais importância do que os profissionais do SUG.

Profissionais do SUG dão mais importância do que os pacientes.

■ T1B - Pacientes ■ T2B - Pacientes
 T1B - Profissionais T2B - Profissionais

Quadro 10 - Principais motivos para o doente não urgente procurar o SUG do HGO sem referênciação (em vez de ir ao médico de família ou ao SAP) – A perspetiva dos pacientes

			p-value *	Diferenças **
Estado de saúde	P1	Gravidade do meu estado de saúde	<0,001	(P4=P6) > (P2=P3=P5) > P1
	P2	Procuo ser observado por um médico especialista		
Conveniência do Serviço de Urgência do hospital	P3	Sei que vou ser atendido		
	P4	Serviço de Urgência está sempre aberto		
	P5	Não tenho que agendar uma consulta no Serviço de Urgência		
	P6	No Serviço de Urgência posso ser observado por um médico e fazer os exames no mesmo local e no mesmo dia		

* p-value é baseado no teste de Friedman.

** Quando foram encontradas diferenças no teste de Friedman, foram realizados testes de comparação múltipla de Wilcoxon com correção de Sidak para comparar os pares de variáveis, apresentando-se as diferenças estatisticamente significativas encontradas na importância atribuída pelos profissionais às causas da sobrelotação do SUG do HGO.

Quadro 11 - Principais motivos para o doente não urgente procurar o SUG do HGO sem referênciação (em vez de ir ao médico de família ou ao SAP) – A percepção dos profissionais

			p-value *
Conveniência do Serviço de Urgência do hospital	PF1	Serviço de Urgência está sempre aberto	0,075
	PF2	Não tenho que agendar uma consulta no Serviço de Urgência	
	PF3	No Serviço de Urgência posso ser observado por um médico e fazer os exames no mesmo local e no mesmo dia	
Acesso ao médico de família / SAP	PF4	Não tenho médico de família	
	PF5	Dificuldade em marcar uma consulta no médico de família num prazo razoável	
	PF6	Dificuldade em conseguir marcar uma consulta para o próprio dia / consulta de urgência no centro de saúde ou no SAP	

* p-value é baseado no teste de Friedman.

A realização de testes de hipóteses de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (e respetivos testes de comparação múltipla) à importância atribuída pelos pacientes relativamente aos principais motivos para recorrerem ao SUG em vez de irem ao médico de família ou ao SAP permitiu concluir que:

- Não há diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, entre as várias nacionalidades, entre quem tem ou não seguro, entre quem é ou não isento do pagamento de taxas moderadoras, e entre quem já tinha vindo ou não anteriormente ao SUG do HGO ($p>0,05$);
- Procurar ser observado por um médico especialista é um motivo mais importante para recorrer ao SUG para quem vive sozinho do que para quem vive acompanhado ($p<0,05$);
- Quem não tem médico de família dá mais importância a vir ao SUG por saber que vai ser atendido do que quem tem médico de família ($p<0,05$);

- As pessoas do concelho do Seixal dão mais importância do que as pessoas do concelho de Almada e estas, por sua vez, dão mais importância do que as pessoas dos restantes concelhos aos motivos de conveniência do SUG do HGO, nomeadamente por o SU estar sempre aberto, não ter que agendar uma consulta no SU e por neste serviço poder ser observado por um médico e fazer os exames no mesmo local e no mesmo dia ($p < 0,05$);
- Existem diferenças na importância atribuída à gravidade do estado de saúde e não ter que agendar uma consulta no SU, entre as freguesias, sendo que as pessoas residentes na União das freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas dão mais importância a ambos os motivos do que as pessoas das restantes freguesias e as pessoas residentes na União de Freguesias da Caparica e Trafaria, Junta de Freguesia de Fernão Ferro e Junta de Freguesia da Costa da Caparica são as que dão menos importância a ambos os motivos para irem ao SUG em vez de irem ao médico de família ($p < 0,05$).

Foram igualmente analisadas as relações entre importância atribuída pelos pacientes relativamente aos principais motivos para recorrerem ao SUG em vez de irem ao médico de família ou ao SAP e algumas características sociodemográficas e hábitos de saúde, concluindo-se que:

- Quanto maior a idade das pessoas, mais importante foi a perceção sobre a gravidade do estado de saúde e o facto do SUG estar sempre aberto como motivos para os pacientes recorrerem ao SUG ($p < 0,05$; $\rho = 0,216$, $\rho = 0,165$, respetivamente);
- Quanto maior a frequência com que as pessoas vão ao médico de família, mais importante foi a perceção sobre a gravidade do estado de saúde e o facto do SUG estar sempre aberto como motivos para os pacientes recorrerem ao SUG ($p < 0,05$; $\rho = 0,136$, $\rho = 0,111$, respetivamente);
- À medida que aumenta o grau de escolaridade das pessoas, menos importante é a perceção sobre a gravidade do estado de saúde, o facto do SUG estar sempre aberto e de neste serviço poder ser observado por um médico e fazer os exames no mesmo local e no mesmo dia como motivos para os pacientes recorrerem ao SUG ($p < 0,05$; $\rho = -0,119$, $\rho = -0,100$, e $\rho = -0,098$, respetivamente).

No que respeita à perceção dos profissionais sobre os motivos que levam os pacientes a recorrerem ao SUG do HGO em vez de irem ao médico de família ou ao SAP, não se encontram

diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres e entre as várias categorias profissionais ($p > 0,05$). Quanto maior a idade dos profissionais, a sua experiência profissional, a experiência profissional em hospitais e no SUG do HGO, maior a percepção de que o motivo que leva os pacientes ao SUG do HGO é o facto de neste serviço poderem ser observados por um médico e fazer os exames no mesmo local e no mesmo dia (conveniência) ($p < 0,05$; $\rho = 0,358$, $\rho = 0,356$, $\rho = 0,316$ e $\rho = 0,351$, respetivamente). Também quanto maior a idade dos profissionais e a sua experiência profissional em hospitais, maior a sua percepção de que a dificuldade em marcar uma consulta no médico de família num prazo razoável é um motivo importante que leva os pacientes inapropriadamente ao SUG do HGO ($p < 0,05$; $\rho = 0,212$ e $\rho = 0,219$, respetivamente).

6.10. Causas da sobrelotação: A perspetiva dos profissionais

A Figura 29 apresenta a percentagem de profissionais que considera cada uma das causas como muito importantes (T1B) ou importantes e muito importantes (T2B) para a sobrelotação do SUG do HGO. Com base na sua análise, pode concluir-se que os profissionais consideram que o problema da sobrelotação deste serviço se deve a uma multiplicidade de causas.

Com o objetivo de identificar as principais causas da sobrelotação do SUG do HGO, foram criados índices das causas relativas a *input*, *throughput* e *output*, os quais apresentam uma boa ou muito boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,885, 0,928 e 0,885, respetivamente). Adicionalmente, analisaram-se as cinco causas a que os profissionais deram mais importância (T1B e T2B), em termos globais e por tipologia de fatores. Foram realizados testes de Friedman e testes de comparação múltipla de Wilcoxon com correção de Sidak para analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre essas causas, que permitissem o desenho de um ranking das principais causas da sobrelotação do serviço (Quadro 12).

Tendo por base estes testes, conclui-se que os profissionais não atribuem o mesmo grau de importância às causas derivadas do *input*, *output*, *throughput* e políticas da sobrelotação, sendo que a principal razão da sobrelotação elencada tem que ver com a falta de prioridade do poder político na resolução estrutural dos problemas reais dos SU, seguindo-se a procura de cuidados de saúde no SUG (*input*) e os fatores relacionados com a saída do utente do SUG

(*output*) (com igual importância; $p=0,173$) e, por último, os fatores relacionados com o funcionamento do SUG (*throughput*) ($p<0,001$).

Analisando ao detalhe as 48 causas estudadas, na perspectiva dos profissionais do SUG do HGO, as principais causas da sobrelotação deste serviço são, a dificuldade dos pacientes no acesso aos cuidados primários, a falta de espaço físico no SUG, o número de utentes internados a aguardar vaga para transferência para enfermaria, a falta de camas médicas e cirúrgicas, a elevada taxa de ocupação das camas de internamento e a falta de prioridade do Ministério da Saúde na resolução estrutural dos problemas reais dos serviços de urgência. Os profissionais atribuem igual importância a todas elas, com exceção da maior importância atribuída ao poder político como causa da sobrelotação comparativamente à dificuldade dos pacientes no acesso aos cuidados primários e à falta de espaço físico no SUG ($p<0,003$).

Os principais fatores da sobrelotação relacionados com a procura de cuidados de saúde no SUG do HGO (*input*) são o elevado número de utentes, o elevado número de utentes não urgentes, o elevado número de utentes não urgentes que ocorrem por sua iniciativa, os utentes mal referenciados pelo SNS 24, o aumento da proporção de utentes idosos e a dificuldade no acesso aos cuidados primários, aos quais os profissionais atribuem o mesmo nível de importância como causa da sobrelotação do serviço ($p=0,846$).

Entre os aspetos relacionados com o funcionamento no SUG (*throughput*), os profissionais consideram que as principais causas da sobrelotação deste serviço são a falta de médicos e de enfermeiros, a dificuldade na fixação dos profissionais de saúde no SUG, a falta de espaço físico no SUG e a taxa de ocupação das macas, não se encontrando-se diferenças de importância entre elas ($p=0,052$).

No que respeita aos aspetos relacionados com a saída do paciente do SUG do HGO (*output*), as principais causas elencadas para a sobrelotação são o número de utentes internados a aguardar vaga para transferência para enfermaria, a falta de camas médicas e cirúrgicas, a elevada taxa de ocupação das camas de internamento, a ocupação das camas de internamento por casos sociais e a dificuldade na transferência e internamento de doentes psiquiátricos. Os profissionais atribuem igual importância a todas estas causas da sobrelotação, com exceção da maior importância atribuída ao número de utentes internados a aguardar vaga para transferência para enfermaria e à falta de camas médicas e cirúrgicas que são consideradas mais importantes do que a ocupação das camas de internamento por casos sociais e a dificuldade na transferência e internamento de doentes psiquiátricos ($p<0,005$).

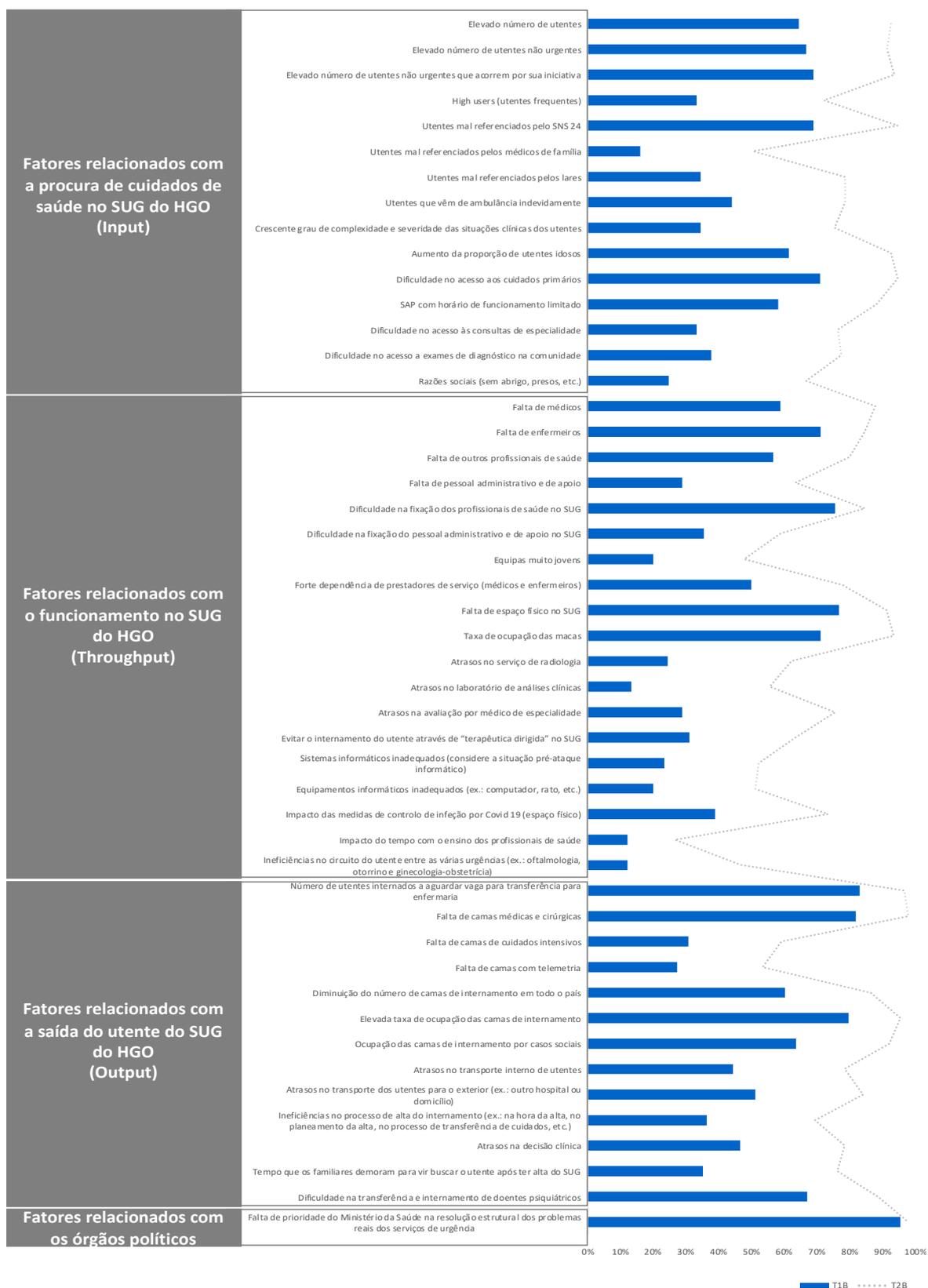


Figura 29 - Causas da sobrelotação do SUG do HGO, na perspetiva dos profissionais

Quadro 12 - Principais causas da sobrelotação do SUG do HGO, na perspectiva dos profissionais

		p-value *	Diferenças **	
	F1	Fatores relacionados com a procura de cuidados de saúde no SUG do HGO (Input)	<0,001	F4 > (F1 = F3) > F2
	F2	Fatores relacionados com o funcionamento no SUG do HGO (Throughput)		
	F3	Fatores relacionados com a saída do utente do SUG do HGO (Output)		
	F4	Factores relacionados com o poder político		
Global	G1	Dificuldade no acesso aos cuidados primários	<0,001	G6 > G1 ; G6 > G2
	G2	Falta de espaço físico no SUG		
	G3	Número de utentes internados a aguardar vaga para transferência para enfermaria		
	G4	Falta de camas médicas e cirúrgicas		
	G5	Elevada taxa de ocupação das camas de internamento		
	G6	Falta de prioridade do Ministério da Saúde na resolução estrutural dos problemas reais dos serviços de urgência		
Input	I1	Elevado número de utentes	0,846	
	I2	Elevado número de utentes não urgentes		
	I3	Elevado número de utentes não urgentes que acorrem por sua iniciativa		
	I4	Utentes mal referenciados pelo SNS 24		
	I5	Aumento da proporção de utentes idosos		
	I6	Dificuldade no acesso aos cuidados primários		
Throughput	T1	Falta de médicos	0,052	
	T2	Falta de enfermeiros		
	T3	Dificuldade na fixação dos profissionais de saúde no SUG		
	T4	Falta de espaço físico no SUG		
	T5	Taxa de ocupação das macas		
Output	O1	Número de utentes internados a aguardar vaga para transferência para enfermaria	<0,001	(O1 = O2) > (O4 = O5)
	O2	Falta de camas médicas e cirúrgicas		
	O3	Elevada taxa de ocupação das camas de internamento		
	O4	Ocupação das camas de internamento por casos sociais		
	O5	Dificuldade na transferência e internamento de doentes psiquiátricos		

* p-value é baseado no teste de Friedman.

** Quando foram encontradas diferenças no teste de Friedman, foram realizados testes de comparação múltipla de Wilcoxon com correção de Sidak para comparar os pares de variáveis, apresentando-se as diferenças estatisticamente significativas encontradas na importância atribuída pelos profissionais às causas da sobrelotação do SUG do HGO.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na percepção dos profissionais do sexo masculino e feminino sobre a importância de cada uma das principais causas da sobrelotação do SUG do HGO ($p > 0,05$). Também não existem diferenças nas percepções dos médicos e enfermeiros e dos assistentes operacionais e assistentes técnicos no que respeita à importância do elevado número de utentes não urgentes, da dificuldade dos pacientes no acesso aos cuidados primários e da dificuldade na transferência e internamento de doentes psiquiátricos enquanto causas da sobrelotação do SUG do HGO, embora os médicos e enfermeiros atribuam mais importância a estes aspetos do que os assistentes operacionais e os assistentes técnicos ($p < 0,05$). Os médicos dão mais importância do que os enfermeiros e estes, por sua vez, dão mais importância do que os assistentes operacionais e os assistentes técnicos relativamente à falta de camas médicas e cirúrgicas e à falta de prioridade do poder político na resolução dos problemas reais dos SU enquanto causas da sobrelotação do SUG do HGO ($p < 0,05$). Existe uma relação positiva entre a idade dos profissionais e a importância que atribuem ao facto dos pacientes mal referenciados pelo SNS 24 e ao aumento da proporção de pacientes idosos serem causas da sobrelotação do SUG do HGO ($\rho = 0,208$ e $\rho = 0,302$, respetivamente; $p < 0,05$). Quanto maior a experiência profissional, mais importância é dada ao aumento da proporção de pacientes idosos como causa da sobrelotação do SUG do HGO ($\rho = 0,248$; $p < 0,05$). Também quanto maior a experiência profissional, a experiência em hospitais e a experiência no SUG do HGO, mais importância é dada à falta de camas médicas e cirúrgicas e à falta de prioridade do Ministério da Saúde na resolução estrutural dos problemas reais dos serviços de urgência como causas da sobrelotação do SUG ($0,2 < \rho < 0,3$; $p < 0,05$). Por último, à medida que aumenta a experiência dos profissionais em hospitais e no SUG do HGO, mais importância atribuem ao número de pacientes internados a aguardar vaga para transferência para enfermaria como uma causa da sobrelotação do serviço ($\rho = 0,220$ e $\rho = 0,256$, respetivamente; $p < 0,05$).

6.11. Consequências da sobrelotação: A perspetiva dos profissionais

A Figura 30 apresenta a percentagem de profissionais que considera que a sobrelotação do SUG do HGO tem um forte impacto ou um impacto muito forte (T1B e T2B) em cada um dos 35 aspetos analisados. A sua análise permite concluir que os profissionais que os profissionais consideram que a sobrelotação tem forte impacto na generalidade desses aspetos.

Com o objetivo de identificar as principais consequências da sobrelotação do SUG do HGO, foram criados índices dos efeitos da sobrelotação do SUG do HGO nos pacientes, nos profissionais, no sistema de saúde e no próprio hospital, sendo que os dois primeiros apresentam muito boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,933 e 0,937, respetivamente) e os dois últimos têm uma consistência interna aceitável (alfa de Cronbach de 0,733 e 0,786, respetivamente). Foram também analisadas as cinco consequências que os profissionais consideraram que a sobrelotação tem mais impacto (T1B e T2B), em termos globais e por área de impacto. Foram realizados testes de Friedman e testes de comparação múltipla de Wilcoxon com correção de Sidak para analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre o impacto dessas consequências, que permitissem o desenho de um ranking das principais consequências da sobrelotação do serviço (Quadro 13).

A análise dos resultados destes testes permite concluir que os profissionais consideram que a sobrelotação tem mais impacto nos profissionais e no hospital do que nos utentes e no sistema de saúde ($p < 0,009$).

Das 35 consequências da sobrelotação estudadas, os profissionais do SUG do HGO consideram que as que têm mais impacto são a diminuição da qualidade dos cuidados prestados, o aumento dos tempos de espera do utente (na triagem, no tratamento, etc.), o aumento da carga de trabalho e do stress dos profissionais, a insatisfação dos profissionais, a diminuição da eficiência do hospital e a sobre utilização das instalações e equipamentos do SUG, não se encontrando diferenças estatisticamente significativas entre elas ($p = 0,062$).

Os profissionais consideram que os principais efeitos que a sobrelotação do SUG tem nos pacientes são a diminuição da qualidade dos cuidados prestados e das medidas de controlo e prevenção de infeção, o aumento dos tempos de espera do utente (na triagem, no tratamento, etc.), o aumento do tempo total do episódio (tempo que o utente passa no SUG), a diminuição da satisfação dos utentes com o SUG e a incapacidade de acolhimento adequado do utente (ex.: colocar o utente numa cadeira quando o mesmo necessitaria de estar numa maca), não se encontrando diferenças na perceção do impacto destes aspetos ($p = 0,418$).

No que respeita ao impacto que a sobrelotação do SUG tem nos próprios profissionais, estes consideram que as principais consequências se revelam no aumento da carga de trabalho e no stress, na diminuição da produtividade, na dificuldade no recrutamento e retenção de enfermeiros, na insatisfação dos profissionais e na diminuição da motivação dos profissionais. Os profissionais consideram que a sobrelotação tem mais impacto no aumento do stress do que na diminuição da sua produtividade ($p < 0,003$).

Relativamente aos efeitos da sobrelotação no sistema de saúde, os profissionais consideram que a sobrelotação tem mais impacto (negativo) na formação dos profissionais de saúde e na investigação científica do que nos atrasos na admissão dos utentes provenientes de ambulâncias ($p < 0,017$).

Por fim, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a perceção do impacto da sobrelotação nos custos, eficiência e utilização das instalações e equipamentos do hospital ($p = 0,073$).

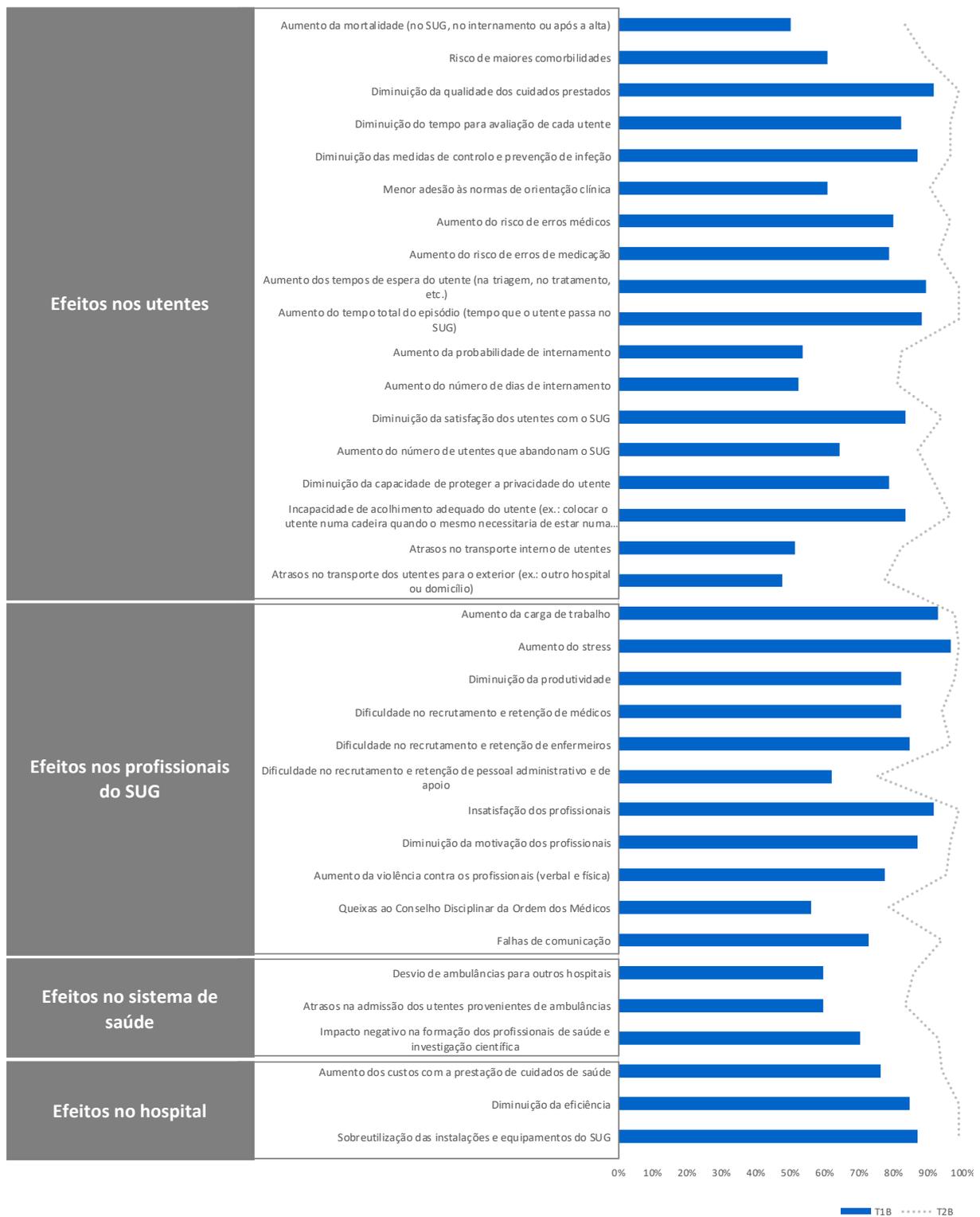


Figura 30 - Consequências da sobrelotação do SUG do HGO, na perspetiva dos profissionais

Quadro 13 - Principais consequências da sobrelotação do SUG do HGO, na perspectiva dos profissionais

			p-value *	Diferenças **
	E1	Efeitos nos utentes	<0,001	(E2 = E4) > (E1 = E3)
	E2	Efeitos nos profissionais do SUG		
	E3	Efeitos no sistema de saúde		
	E4	Efeitos no hospital		
Global	G1	Diminuição da qualidade dos cuidados prestados	0,062	
	G2	Aumento dos tempos de espera do utente (na triagem, no tratamento, etc.)		
	G3	Aumento da carga de trabalho		
	G4	Aumento do stress		
	G5	Insatisfação dos profissionais		
	G6	Diminuição da eficiência		
	G7	Sobreutilização das instalações e equipamentos do SUG		
Efeitos nos utentes	U1	Diminuição da qualidade dos cuidados prestados	0,418	
	U2	Diminuição das medidas de controlo e prevenção de infeção		
	U3	Aumento dos tempos de espera do utente (na triagem, no tratamento, etc.)		
	U4	Aumento do tempo total do episódio (tempo que o utente passa no SUG)		
	U5	Diminuição da satisfação dos utentes com o SUG		
	U6	Incapacidade de acolhimento adequado do utente (ex.: colocar o utente numa cadeira quando o mesmo necessitaria de estar numa maca)		
Efeitos nos profissionais do SUG	P1	Aumento da carga de trabalho	0,004	P2 > P3
	P2	Aumento do stress		
	P3	Diminuição da produtividade		
	P4	Dificuldade no recrutamento e retenção de enfermeiros		
	P5	Insatisfação dos profissionais		
	P6	Diminuição da motivação dos profissionais		
Efeitos no sistema de saúde	S1	Desvio de ambulâncias para outros hospitais	0,023	S3 > S2
	S2	Atrasos na admissão dos utentes provenientes de ambulâncias		
	S3	Impacto negativo na formação dos profissionais de saúde e investigação científica		
Efeitos no hospital	H1	Aumento dos custos com a prestação de cuidados de saúde	0,073	
	H2	Diminuição da eficiência		
	H3	Sobreutilização das instalações e equipamentos do SUG		

* p-value é baseado no teste de Friedman.

** Quando foram encontradas diferenças no teste de Friedman, foram realizados testes de comparação múltipla de Wilcoxon com correção de Sidak para comparar os pares de variáveis, apresentando-se as diferenças estatisticamente significativas encontradas na importância atribuída pelos profissionais às causas da sobrelotação do SUG do HGO.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas perceções dos profissionais do sexo feminino e masculino sobre as consequências da sobrelotação do SUG do HGO ($p > 0,05$). Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre médicos e enfermeiros e entre assistentes operacionais e assistentes técnicos na perceção do impacto da sobrelotação no SUG na diminuição da qualidade dos cuidados prestados, das medidas de controlo e prevenção de infeção, da satisfação dos utentes com o SUG, e da eficiência do hospital, todavia, comparativamente, o primeiro grupo de profissionais considera que a

sobrelotação do SUG tem um maior impacto relativamente a estes aspetos ($p < 0,05$). No que respeita às restantes principais consequências da sobrelotação, não se encontraram diferenças significativas entre as várias categorias profissionais ($p > 0,05$).

Quanto maior a experiência profissional (total, em hospitais e no SUG do HGO), maior a perceção dos profissionais sobre o maior impacto da sobrelotação do SUG na diminuição das medidas de controlo e prevenção de infeção ($\rho = 0,266$, $\rho = 0,237$, e $\rho = 0,250$, respetivamente; $p < 0,05$). Encontrou-se também uma relação positiva entre a experiência profissional e a perceção do impacto da sobrelotação no aumento dos tempos de espera do utente (na triagem, no tratamento, etc.) ($\rho = 0,238$) e entre a idade dos profissionais e a sua experiência profissional (total e em hospitais) e o grau de impacto da sobrelotação no desvio de ambulâncias para outros hospitais ($\rho = 0,261$, $\rho = 0,307$, e $\rho = 0,282$, respetivamente; $p < 0,05$). Por último, os profissionais com maior experiência no SUG do HGO têm a perceção de um menor impacto da sobrelotação na diminuição da eficiência do hospital ($\rho = -0,216$; $p < 0,05$).

7. DISCUSSÃO DE POTENCIAIS INTERVENÇÕES PARA REDUZIR A SOBRELOTAÇÃO DO SUG DO HGO. A PERSPETIVA DOS RESPONSÁVEIS DOS CSP DA ÁREA DE REFERENCIAÇÃO

Foi discutido com os participantes das entrevistas e *focus groups* as potenciais intervenções para mitigar ou reduzir o problema da forte procura de pacientes pelo SUG do HGO de forma inapropriada. O Diretor Executivo e a Presidente do Concelho Clínico ACES Almada-Seixal consideraram que a organização interna do SU seria o principal problema, razão pela qual o tempo de espera era grande, não considerando o número elevado de utentes que utilizam o SU inapropriadamente um dos problemas a abordar, dado que assumem que realizam o número de consultas de seguimento e de doença aguda contratualizadas.

No *focus group* foi partilhada a preocupação pela utilização indevida dos recursos existentes, sendo evidente, pela experiência dos colegas de MGF, que a procura de cuidados de saúde, também nos CSP não é adequada. Surgiu a questão se seria útil oferecer aos utentes consultas programadas, uma vez que é nítido que o utente “quer consulta quando precisa”. Será um caminho, ir de encontro àquilo que o utente considera necessário? Será de equacionar os rastreios serem feitos por enfermeiros especialistas (como a saúde da mulher e da criança, os rastreios de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, entre outros) e o médico nos CSP se dedicar apenas à resposta às necessidades percecionadas pelos utentes? Tratam-se, em grande medida, de falsas necessidades de saúde, constatando-se que os jovens têm cada vez menos noções de autocuidados. Concluiu-se, de forma unânime, que é imperiosa a educação para a saúde com campanhas abrangentes.

Foi focada a necessidade de sistematicamente informar o doente de que escolher a tipologia de cuidados adequada é um dever de cidadania e que o mau uso dos cuidados de saúde pode prejudicar gravemente os utentes, deixando claro que os recursos são limitados e deverão ser usados criteriosamente. Mais uma vez, os colegas de MGF reforçam a necessidade de educação para a saúde.

Foi ainda salientada a importância de no SU se solicitarem o mínimo de exames complementares necessários, sob pena do utente voltar ao SU com o objetivo de realização de inúmeros exames complementares de diagnóstico. Trata-se de uma realidade que não é de fácil resolução visto que estes doentes são observados por médicos menos diferenciados que, para sua defesa, solicitam maior número de exames complementares, o que aumenta os custos e o tempo de episódio, e não acrescenta mais-valia ao utente, contribuindo para a sobrelotação.

Também foi levantada a hipótese de encaminhamento direto para consulta urgente de especialidade pelo MGF. A triagem dos pedidos de consultas de especialidades hospitalares, de acordo com a percepção dos colegas de MGF, não é célere o suficiente, pelo que o encaminhamento para o SU é um recurso utilizado pelos médicos de MGF, nas situações que consideram necessitar de abordagem a breve prazo.

Os dez médicos de MGF, coordenadores de USF, apontam a aplicação de pesadas taxas moderadoras no SU como uma necessidade, para os utentes que pretendem ser avaliados em contexto de urgência sem que para tal tenham indicação. Na opinião deste grupo de médicos o hospital deverá ter capacidade para decidir não avaliar o doente que não tem indicação clínica para ser atendido num SU. Esta medida carece de decisão política e de resposta dos CSP para as situações que tenham indicação. De acordo com o Diretor Executivo e a Presidente do Concelho Clínico ACES Almada-Seixal, existe resposta nos CSP, quer para os utentes com médico de família, quer para os que não têm médico atribuído.

Foi também considerado necessário existirem exames complementares simples na consulta aberta (isto é, para o atendimento não programado) nos CSP (como uma bateria restrita de exames analíticos, eletrocardiograma e radiogramas torácicos e para pequeno trauma).

8. PROPOSTA DE SOLUÇÕES PARA REDUZIR A SOBRELOTAÇÃO DO SUG DO HGO

Com base na literatura consultada, na análise dos dados do sistema de informação do HGO, nos questionários aos pacientes e profissionais, bem como nas entrevistas e *focus groups*, foram desenhadas várias propostas de solução para a sobrelotação do SUG do HGO, que se abordam em seguida.

São muitas as soluções pensadas e implementadas um pouco por todo o mundo, a maioria sem evidência segura de benefício.

Face ao grande volume de doentes inapropriados que o SUG acolhe diariamente, às características da população, aos recursos existentes nos CSP dos 2 concelhos que o Hospital serve, às limitações de espaço físico existentes no SUG, propõe-se um conjunto de soluções para resolver os problemas derivados do *input*, *throughput* e *output*. Relativamente ao *input*, salientam-se as medidas a implementar ao nível pré-hospitalar, ao nível da SNS 24, do CODU, dos CSP e por fim, o recurso a outros organismos para cuidados de saúde. No que concerne ao *throughput*, consideram-se a pré-triagem médica, as unidades *fast track* e os médicos de MGF

integrados nas equipas de urgência. Importa também falar do *output*, sendo que, quer da minha experiência de mais 30 anos de atividade em SUG, quer das referências na literatura, o *boarding* limitado e demorado, apelidado por alguns autores de *accessblock*, será a causa mais relevante e mais determinante de sobrelotação. Este problema deve-se a número de camas não ajustadas ao volume de doentes que o hospital serve, mas também ao facto da demora média de internamento ser superior atualmente face ao envelhecimento da população e maior índice de gravidade, pela demora na realização de exames complementares de diagnóstico necessários para a marcha diagnóstica, como ao número de profissionais médicos insuficiente, que entre turnos de urgência e descansos compensatórios, não têm a assiduidade desejada para apoiar os médicos em formação, levando a protelamento indesejável de altas.

Por fim, será salientada a **educação para a saúde**, atribuindo um papel preventivo, na medida em que é primordial o papel das Equipas de Família, como também numa fase mais precoce no pré-escolar e na escola.

8.1 Input

8.1.1. Referenciação pela SNS 24

Em contexto pandémico que vivemos há bem mais de dois anos, a linha SNS 24 assumiu um papel de orientação dos doentes, dispondo ainda da possibilidade de orientação na receção dos atestados de isolamento e de recuperação. Tal como a análise dos dados apurados no HGO aponta, atendendo à elevada prevalência de infeção SARS CoV2 na comunidade, mas também ao fim dos testes de antígeno gratuitos em farmácia, o encaminhamento de utentes para o SUG pelo SNS 24 é cada vez mais elevado. Acresce ainda o facto, de acordo com os dados recolhidos e a perceção prática, muitos utentes são encaminhados indevidamente pelo SNS 24 para o SUG. Assim, propõe-se a revisão dos fluxogramas utilizados pelo SNS 24 e sua atualização contínua, quer no que se refere à orientação de acordo com as orientações da Direção Geral de saúde (DGS), bem como à orientação de encaminhamento para os serviços de saúde. A plataforma SNS 24 para melhor serviço aos utentes, deve atualizar continuamente os serviços de saúde em funcionamento em todo o país, bem como os horários dos mesmos e a disponibilidade para acolher os utentes. A utilização de recursos eletrónicos e de videochamada, nomeadamente a avaliação de saturação de Oxigénio digital remotamente, seria uma forma de evitar tentativas de hipervalorização de sintomas e simulação de sintomas não existentes ou muito frustres, com

o objetivo do recurso a cuidados de saúde mais diferenciados. A SNS 24 deve terminar os fluxogramas de doença ligeira sem encaminhamento para Unidades de Saúde, nomeadamente para o domicílio, contribuindo com ensino de sinais de alarme para recurso a cuidados de saúde. A SNS24 deve ter um papel forte na educação para a saúde, à procura de mitigação de sintomas *minor*, tantas vezes inespecíficos, não permitindo efetuar diagnóstico do quadro clínico, que, em boa parte das vezes, é autolimitado. Para que este objetivo seja possível, é necessário que a remuneração dos profissionais de saúde que operam na SNS 24 não tenha por base o volume de chamadas concluídas, uma vez que quanto mais precocemente no algoritmo for terminado o episódio, menor será o tempo de duração da chamada telefónica e maior será o volume de doentes encaminhado para os serviços de urgência e maior a remuneração do profissional que atende as chamadas. A auditoria da SNS24 deve incluir a avaliação posterior dos episódios, nomeadamente o resultado do encaminhamento para hospital e cuidados de saúde primários, analisando não só a cor de triagem, como o volume de doentes *LWBS* e ainda a percentagem de internamentos.

8.1.2. Referenciação pelo CODU

Os meios de encaminhamento postos ao dispor pelo CODU para transporte do utente para o hospital são gratuitos para o utente. Nos últimos anos temos assistido a um número crescente de ativações inapropriadas, uma vez que os utentes descrevem as queixas de forma hipervalorizada e por vezes descrevendo telefonicamente queixas que não apresentam depois aquando da triagem nos SU. Este facto leva a que atualmente cerca de 70% dos encaminhamentos de ambulância para o hospital sejam efetuados através do CODU, quando na fase pré pandemia eram cerca de 50% dos casos.

Para resolução deste problema a solução que se propõe, após a avaliação pelos TAEs no local (que avaliam sinais vitais e efetuam colheita de dados clínicos sumários), ser possível o retorno de dados ao CODU e abortado o pedido, nos episódios considerados injustificados, ou mesmo o desvio para os CSP para consulta de MGF. Atualmente é muito difícil anular um meio de apoio solicitado, uma vez que o CODU não aceita o pedido de anulação, exceto se o utente concordar e assinar um documento de responsabilização. Como parece claro, o utente é o primeiro interessado no transporte pelo CODU por dois motivos: gratuidade e triagem prioritária relativamente a utentes não referenciados do exterior. Esta medida de suspensão do

encaminhamento para o SUG carece de formação mais sólida aos TAE's e/ou de enfermeiros na composição das equipas, prática que existe noutros países. As equipas de emergência pré-hospitalar poderão ser uma solução para evitar o elevado número de encaminhamentos indevidos para os SU. Será também uma forma de melhor utilização do parque de ambulâncias e dos técnicos de apoio à emergência.

O German Advisory Council of Development in Health Care Sector propôs desviar os casos menos urgentes para os CSP.

8.1.3. Os CSP: O papel do médico de MGF

O MF conhece o seu utente e a sua saúde física e procura entendê-lo como um todo, integrado no seu contexto de vida (dos seus problemas, da sua cultura, da sua comunidade, dos seus receios e angústias, crenças, expectativas e necessidades). Neste contexto, o MF acompanha o seu utente desde o nascimento até à morte, educando-o para a saúde desde tenra idade, efetua rastreios para diagnosticar doenças precocemente e acompanha as doenças crónicas. É o MF que faz a ponte com as consultas de especialidades hospitalares e que em conjunto com o enfermeiro e assistente administrativo constituem a equipa de família, acompanhando o utente no seu ambiente familiar.

A acessibilidade aos CSP, na opinião dos utentes recolhida no questionário e de acordo com a perceção dos profissionais de saúde do HGO, não é satisfatória. Não é alheio o facto de cerca de 50 mil utentes dos conselhos de Almada e Seixal não disporem de médico de família.

A iniciativa Via Verde Laranjeiro que acolhe cerca de 7.800 utentes sem médico de família é um passo para este grupo de utentes que têm o mesmo direito à saúde que os demais.

A doença aguda ligeira poderá ser abordada mais prontamente pelos MF, nomeadamente com consulta telefónica num curto período do dia (definido para cada médico) considerando a utilização de vaga de consulta para esse dia ou para o dia seguinte. Esta solução poderá ser uma boa resposta para os utentes mais idosos. A população mais jovem, com conhecimentos na área da informática, poderiam utilizar o mail / formulário digital, como via para o contacto, devendo estes contactos obter resposta no período máximo 48h. Será necessário existir forma de contabilização destes pedidos de apoio do médico, pelo que uma solução seria o envio do mail por um formulário digital, efetuado automaticamente o registo do ato e

encaminhado para o respetivo médico, devendo ser considerados para avaliação da produtividade, indicadores associados ao acolhimento da doença aguda.

8.1.4. Pré-triagem médica

A abordagem médica aquando da triagem, aos utentes inapropriados, é de acordo com a minha experiência, uma medida que é tranquilizadora para os utentes, podendo assumir também aspetos didáticos e encaminhar os utentes para os cuidados de saúde indicados ou mesmo para o domicílio, de acordo com a situação. Num curto espaço de tempo seria possível dar indicação das medidas farmacológicas e/ou dietéticas a adotar, bem como indicações para regresso ao SUG, ensinando para tal, os sinais de alarme.

A pré-triagem com estas características carece de suporte político, na medida em que deixaria de ser opção do doente poder decidir ser acolhido no SUG, devendo a orientação do médico ser respeitada. Também exige que existam especialistas em número suficiente, uma vez que nos períodos de maior afluência, esta seria da responsabilidade do médico.

A minha experiência pessoal de vários anos, prévia à implementação da triagem de Manchester, da triagem improvisada em períodos de enorme afluência em contexto pandémico recente e mais recentemente ainda, há alguns meses, aquando do ataque informático de que o HGO foi alvo, chamei a tarefa de pré-triagem médica a mim, por forma a procurar descongestionar o SU. A abordagem dos doentes à chegada, deverá ser seguida de uma admissão que permita que fique registado o episódio e identificado o encaminhamento dado ao doente, procurando que o processo seja célere para que os doentes que não permaneçam no SUG e desmobilizem o mais depressa possível.

Estas medidas podem ser controversas na medida em que estes utentes, na maioria das vezes triados como não prioritários, iriam ver as suas queixas orientadas e por vezes resolvidas em tempos mais curtos que os doentes que iriam permanecer no SU, colocando-se desta forma questões éticas difíceis de resolver.

8.1.5. Custo acrescido para utentes inapropriados e encaminhamento referenciado

Propõe-se que os decisores políticos definam taxas elevadas para os utentes que recorram inapropriadamente ao SUG, tratando-se de uma medida dissuasora eficaz.

A decisão política para a admissão ao SUG de apenas doentes referenciados, é a proposta que poderá ter melhores resultados práticos; no entanto, é uma medida que pode gerar grande polémica na comunicação social. A escassez de recursos humanos que o SNS vive, não só nos hospitais, como nos CSP, poderá tornar difícil esta decisão, pois a mesma carece de capacidade de resposta nos CSP que de imediato não parece ser possível.

8.2. Throughput

No modo de funcionamento ideal, os doentes que recorrem ao SUG serão apenas aqueles cujas funções vitais estejam em risco, perigando a vida, se o paciente não for abordado de imediato. Depois de admitido no SUG, o utente deverá ser abordado de acordo com a prioridade estabelecida pela Triagem de Manchester, sendo priorizados os doentes com patologias mais graves.

No ambiente de SUG, após a sua admissão, proponho estratégias que poderão agilizar encurtar o tempo médio de episódio e como tal, reduzir a sobrelotação, nomeadamente unidades de *fast track*, integração de equipas, equipas geriátricas, avaliação de doentes em Hospitais de Dia e Consultas Urgentes para evitar a descompensação de doenças crónicas, e áreas dedicadas.

8.2.1. Unidades Fast Track

Fast track são unidades contíguas ao SUG, que partilham a triagem e os ECD. As unidades *Fast Track* têm como objetivo a resolução rápida e destina-se aos utentes que não têm critérios de gravidade. O objetivo desta área dedicada aos utentes não urgentes, triados como verdes e azuis, é o de encurtar o tempo total de episódio. Trata-se de uma área física dedicada apenas a estes doentes, algumas experiências efetuaram-na dentro do Hospital, outras no exterior em edifício individualizado, geograficamente mais próxima ou mais distante, usufruindo dos ECD do hospital ou não. Esta iniciativa é a única, de acordo com a literatura, que comprovadamente

tem resultados positivos, na medida em que a LOS é encurtada e a sobrelotação menos sentida. Contudo, especula-se que tenha efeito negativo no acolhimento dos doentes com doença urgente. A implementar este setor, devem estar bem definidos os algoritmos de abordagem do doente, sempre que possível, a atitude deverá ser de terapêutica oral para alívio sintomático e diferindo os exames complementares para o diagnóstico da situação para o médico assistente do paciente.

8.2.2. Integração de Equipas Médicas

Na revisão de literatura efetuada, entre outras soluções, aponta-se a colaboração de médicos de MGF totalmente integrados na equipa de médicos de urgência. A partilha de experiências pode ser interessante, na medida em que facilita o diálogo interpares e a resolução de problemas no âmbito de doentes abordados pelas duas especialidades médicas.

8.2.3. Equipas Geriátricas

Dado o progressivo aumento de utentes com idade mais avançada, a sua abordagem diferenciada e dirigida, rastreando fragilidades (aplicando as ferramentas existentes) e identificando desta forma os pacientes em risco de resultados adversos. Desta forma, a equipa geriátrica, constituída por médico e enfermeiro com qualificação em Geriatria, abordaria os utentes com idade mais avançada (sugiro com pelo menos 80 anos), aplicaria as escalas de fragilidade e prestaria os cuidados ao paciente, relativamente à intercorrência de vinda ao SUG. Aquando da alta, o doente seria encaminhado para as equipas de família dos CSP.

8.2.4. Hospitais de Dia e consultas urgentes

Os doentes acompanhados pelas especialidades que possuem Hospital de Dia em funcionamento no HGO (Pneumologia, Infeciologia, Oncologia, Hematologia, Reumatologia, Psiquiatria, Insuficiência Cardíaca, entre outros), não deveriam recorrer ao SUG sem que fossem avaliados naquelas unidades, exceto se apresentarem instabilidade hemodinâmica. A vinda ao SU deveria ser evitada, sendo necessário camas disponíveis aquando da necessidade de internamento destes doentes. Desta forma, o doente seria internado diretamente na

Enfermaria da respetiva especialidade sem necessidade de entrada pelo SUG. As taxas de ocupação elevadíssimas atuais tornam esta proposta de solução difícil de implementar.

Para uma abordagem mais célere, será indispensável garantir nos Hospitais de Dia a realização de ECD com o mesmo critério de urgência do SUG, bem como horário alargado, no mínimo das 8-20h e de 2ªfeira a sábado.

Relativamente às consultas urgentes, estas deverão ser passíveis de solicitação a partir da triagem do SU, como do atendimento de doença aguda dos CSP e ainda da consulta de MGF, em todos os doentes que reúnam os critérios para as mesmas. São exemplo as consultas de Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Endocrinologia, de Oncologia, Hematologia, Gastroenterologia, Cardiologia, Nefrologia, Pneumologia, Reumatologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular. Para além de se estabelecerem os critérios de referenciação para as mesmas, há que garantir a consulta no período máximo de 48h e assegurar a realização de exames analíticos e radiológicos no próprio dia para orientação clínica e terapêutica seguras e atempadas.

8.2.5. Equipas médicas e de enfermagem diferenciadas e adequadamente dimensionadas

Várias razões têm levado à saída de cada vez mais médicos do SNS para organismos privados ou à redução drástica do número de horas dos contratos do SNS. O SNS tem recorrido a médicos em prestação de serviços, na sua grande maioria médicos indiferenciados.

O SUG necessita de equipas médicas e de enfermagem diferenciadas e adequadamente diferenciadas. Este tema é premente, pelo que urge pensar na carreira médica, na forma de contratar médicos diferenciados, com remuneração ajustada ao grau de diferenciação, considerando 40 horas semanais, com sistema de avaliação e progressão transparentes e transversal ao SNS.

A criação de carreira de Medicina de Urgência e Emergência pode ser uma solução, com uma formação dirigida à abordagem do doente com risco de vida eminente, quer de área médica, quer politrauma, para criar equipas de trabalho harmonizadas e dotadas de conhecimento para a prestação de cuidados atempados, seguros e de qualidade. É também imperioso compreender a motivação dos profissionais de saúde mais jovens, aliando as necessidades de um SNS que deve dar resposta às necessidades de saúde da população, de forma tendencialmente gratuita, de acordo com a Constituição da República Portuguesa.

8.2.6. Tecnologias de informação

Com a atual tecnologia de informação disponível, propõe-se uniformizar a conduta clínica relativa aos principais sintomas abordados em contexto de urgência, por forma a evitar uso excessivo de ECD, como também uniformizando a conduta terapêutica, em cumprimento das *guidelines*, no sentido de melhoria na qualidade e segurança do doente.

8.3. Output

O doente com alta não deve permanecer no SU, pois não é o sítio certo para receber os seus cuidados e porque, por outro lado, contribui para a sobrelotação. Estão neste grupo os doentes com alta para o serviço de internamento, como aqueles utentes que aguardam o regresso ao domicílio.

A permanência de doentes no SUG após decisão de internamento, como já referido anteriormente, o *access block*, contribui para a sobrelotação, com todos os aspetos negativos acima mencionados, segundo alguns autores o principal responsável por este fenómeno. Contudo, este problema só poderá ser resolvido com a contribuição dos decisores políticos, com aumento do número de camas e medidas que visem a capacidade de contratação de profissionais de saúde, para que existam equipas disponíveis para a essas camas adicionais.

Os doentes que regressam ao seu domicílio estão dependentes de disponibilidade das famílias nos utentes autónomos, e da criação de condições no domicílio ou em instituição que substitua a família, na impossibilidade desta. Os motivos sociais são um dos grandes constrangimentos à saída dos utentes com alta clínica. As famílias são mononucleares, muito isoladas, com poucos recursos, apresentando dificuldade na criação de condições para acolher o utente idoso, que tantas vezes apresenta limitações físicas e/ou cognitivas, carecendo de cuidadores para a realização das suas atividades de vida diárias.

Um grupo de doentes beneficia de integração em estruturas de reabilitação do SNS, as unidades da RNCCI, encontrando-se estes doentes maioritariamente nas enfermarias, impedindo que outros doentes, com necessidade de internamento beneficiem de cuidados médicos, ficando retidos nos SU. Também é imperiosa uma resposta mais rápida para os utentes em fim de vida, com necessidade de cuidados paliativos, com famílias exaustas, levando os últimos dias de vida nos corredores dos SU, sem a presença de um familiar. O SNS necessita

de mais camas de Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) para estes doentes, para que saiam dos SU e vivam o seu final de vida com cuidados dignos.

É necessária uma cada vez maior articulação da Segurança Social (SS) com os hospitais. Os doentes com critérios para integração em lares (da responsabilidade financeira da Segurança Social) não podem ficar a cargo do SNS em camas de doentes agudos para satisfação das suas necessidades diárias (muitas vezes durante semanas). Poderiam ser encetadas negociações com as autarquias para a criação de parcerias que permitam a saída destes doentes com alta clínica das enfermarias e do SUG, contribuindo para a redução da sobrelotação no SUG.

8.4. Educação para a Saúde

A Organização Mundial de saúde (OMS) define Literacia em Saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (DGS, 2019; p. 34).

A iliteracia em saúde é uma das causas da escolha inadequada do SU, resultante do paciente sobrestimar o seu estado de saúde. É imperioso a divulgação junto da população, da necessidade de escolha da tipologia de cuidados de acordo com a gravidade do sintoma.

Quando os utentes participantes no estudo são confrontados com efetiva severidade da doença, apenas metade deles admitem modificar a opção de cuidados de saúde escolhida, o que sugere que a educação para a saúde pode ajudar a evitar admissões aos SU, mas não é suficiente.

A divulgação a nível nacional, nas USF e nos SU, de brochuras simples, explicativas das medidas a adotar em utentes com sintomas ligeiros, permitiria reduzir a iliteracia em saúde. Um conjunto de medidas simples, de gestos alimentares e atitudes terapêuticas básicas, resolveriam uma percentagem significativas de casos. Também as Autarquias e o Ministério de Educação podem ter um papel muito importante na educação para a saúde.

9. CONCLUSÃO

A sobrelotação nos SU é conhecida mundialmente e encontra-se em crescimento, com efeitos nocivos tais como atraso no início do tratamento de pacientes gravemente doentes, insatisfação de utentes e profissionais, aumento da morbilidade e mortalidade, aumento de erros médicos, aumento de custos e da pressão sobre os serviços.

O objetivo principal deste estudo foi o diagnóstico da situação de sobrelotação do Serviço de Urgência Geral (SUG) do HGO e a proposta de potenciais intervenções para reduzir a sobrelotação deste serviço. Por sua vez, os objetivos específicos do estudo foram: realizar o diagnóstico da procura de serviços e da situação de sobrelotação do SUG do HGO, analisar o perfil dos utentes do SUG do HGO, identificar as principais causas da sobrelotação do SUG do HGO, identificar as principais consequências da sobrelotação do SUG do HGO e identificar os motivos da ida inapropriada dos pacientes ao SUG do HGO, em vez da procura do MF ou do atendimento de doença urgente nas Unidades de Saúde. Foi colhida a perspetiva dos pacientes e dos profissionais do SUG do HGO.

A base de dados com todos os episódios ocorridos no SUG do HGO entre 2017 e 2021, recolhida do sistema de informação do HGO, foi sujeita a um diagnóstico de qualidade dos dados, tendo sido considerado um total de 470.977 episódios relativos a 201.169 utentes. Com base na análise destes dados foi realizado o diagnóstico da procura e da situação de sobrelotação do SUG do HGO, assim como a análise do perfil dos seus utentes, a frequência da procura, as causas da ida do utente ao SUG, a sua proveniência e destino após o atendimento no SUG. Foi também feita uma análise detalhada dos episódios por cor de triagem e dos episódios considerados inapropriados. Para efeitos do presente estudo, entende-se por episódio inapropriado o que resulta de pacientes que recorrem ao SUG sem referenciação ou que deram entrada transportados por ambulância, ao qual é atribuída cor verde ou azul no Sistema de Triagem de Manchester (situação não urgente ou pouco urgente).

Procurou-se avaliar os motivos que levam os pacientes inapropriados ao SUG do HGO em vez de irem ao MF ou ao atendimento complementar dos CSP, na perspetiva dos pacientes e dos profissionais. Para tal, com base na revisão de literatura, foi desenhado um questionário com o objetivo de ser o mais abrangente e completo possível, o qual foi aplicado a 520 utentes com vinda inapropriada ao SUG.

Foi também desenhado e aplicado um questionário aos profissionais do SUG do HGO tendo em vista colher a sua perceção acerca das principais causas e consequências da sobrelotação do SUG do HGO e da situação de sobrelotação deste serviço em si. Adicionalmente, procurou-se também obter a perceção dos profissionais sobre os motivos pelos quais os pacientes inapropriados recorrem ao SUG em detrimento da procura dos CSP. Foi confrontada a perceção dos pacientes e de 96 profissionais sobre estes motivos.

Os motivos principais de vinda dos utentes ao SU prendem-se com a conveniência do SUG (abertura 24 horas por dia, ausência de necessidade de agendamento e realização no próprio episódio de exames complementares) e observação por um médico especialista. Estes não coincidem na íntegra com a perspetiva dos profissionais, que consideram como principais motivos da vinda inapropriada dos pacientes ao SUG, a conveniência deste serviço (o serviço de urgência estar sempre aberto, não ter que agendar uma consulta no serviço de urgência, poder ser observado neste serviço por um médico e fazer os exames no mesmo local e no mesmo dia) e com o acesso ao médico de família e/ou SAP. Na perspetiva dos profissionais, as principais causas de sobrelotação do SUG são a dificuldade dos pacientes no acesso aos CSP, a falta de espaço físico no SUG e o número de utentes internados a aguardar vaga para transferência para enfermaria. Os profissionais consideram que a sobrelotação tem mais impacto nos profissionais e no hospital do que nos utentes e no sistema de saúde.

Tendo em vista propor intervenções exequíveis para melhorar a situação de sobrelotação do SUG do HGO, foram entrevistados o Diretor Executivo do ACES Almada-Seixal e a Presidente do Concelho Clínico ACES Almada-Seixal e realizados focus group com 10 médicos de MGF, 9 dos quais Coordenadores de USF e UCSP e um membro do conselho técnico. Foram momentos de discussão sobre as várias intervenções passíveis de ser implementadas para resolução do problema da sobrelotação do SUG do HGO e de como os CSP poderiam trabalhar em conjunto com o HGO nesse sentido.

As intervenções a realizar para reduzir a sobrelotação do SUG do HGO são a referenciação de todos os utentes pela SNS, CODU e Cuidados de saúde Primários; a pré-triagem médica; o custo acrescido para utentes com vindas inapropriadas; as unidades *fast track*; a integração de equipas médicas (MGF e Medicina Interna); as equipas geriátricas dedicadas em unidades diferenciadas; os Hospitais de Dia e Consultas Urgentes para as especialidades; as equipas médicas e de enfermagem devidamente dimensionadas; as tecnologias de informação para atuação de acordo com protocolos de conduta clínica definidos

conduzindo ao uso de meios complementares de diagnóstico criterioso; a resolução do *accessblock* com *boarding* mais célere; a educação para a saúde a toda a população.

Este trabalho teve como limitação a participação de apenas 40,7% dos profissionais na resposta ao questionário em suporte digital.

Para futuros trabalhos fica a sugestão de estudo do impacto das medidas propostas com projetos piloto e análises custo-benefício dirigidas a cada medida proposta. O *boarding* é um problema também apontado como um dos grandes responsáveis pela sobrelotação, a merecer igualmente estudo dirigido. Todas as propostas serão tanto mais eficazes quanto maior o acolhimento por parte dos decisores políticos.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abir, M., Goldstick, J. E., Malsberger, R., Williams, A., Bauhoff, S., Parekh, V. I., Kronick, S., & Desmond, J. S. (n.d.). *Evaluating the impact of emergency department crowding on disposition patterns and outcomes of discharged patients*. <https://doi.org/10.1186/s12245-019-0223-1>
- Abir, M., Goldstick, J. E., Malsberger, R., Williams, A., Bauhoff, S., Parekh, V. I., Kronick, S., & Desmond, J. S. (2019). Evaluating the impact of emergency department crowding on disposition patterns and outcomes of discharged patients. *International Journal of Emergency Medicine*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s12245-019-0223-1>
- Akbulut, Y., Tatar, M., Çetinyurek, A. & Tata, F. (2008). Non-urgent use of the emergency department: A quantitative evaluation from a patient perspective. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 1(4), 389-399
- Almeida, A., & Vales, J. (2020). The impact of primary health care reform on hospital emergency department overcrowding: Evidence from the Portuguese reform. *International Journal of Health Planning and Management*, 35(1), 368–377. <https://doi.org/10.1002/hpm.2939>
- Al-Otmy, S.S., Abduljabbar, A.Z., Al-Raddadi, R.M. & Farahat, F. (2020). Factors associated with non-urgent visits to the emergency department in a tertiary care centre, western Saudi Arabia: cross-sectional study. *BMJ Open*, 10, e035951. doi:10.1136/bmjopen-2019-035951
- Alyasin, A. & Douglas, C. (2014). Reasons for non-urgent presentations to the emergency department in Saudi Arabia. *International Emergency Nursing*, 22(4), 220-225. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.03.001>
- American College of Emergency Physicians (2019). Policy Statement – Crowding. <https://www.acep.org/globalassets/new-pdfs/policy-statements/crowding.pdf>
- Andrews, H. & Kass, L. (2018). Non-urgent use of emergency departments: populations most likely to overestimate illness severity. *Internal and Emergency Medicine*, 13, 893–900. <https://doi.org/10.1007/s11739-018-1792-3>
- Asplin, B. R., Magid, D. J., Rhodes, K. v., Solberg, L. I., Lurie, N., & Camargo, C. A. (2003). A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*, 42(2), 173–180. <https://doi.org/10.1067/mem.2003.302>

- Atenstaedt, R., Gregory, J., Price-Jones, C., Newman, J., Roberts, L. & Turner J. (2015). Why do patients with nonurgent conditions present to the Emergency Department despite the availability of alternative services?. *European Journal of Emergency Medicine*, 22(5), 370-373. DOI: 10.1097/MEJ.0000000000000224
- Bahadori, M, Mousavi, S.M., Teymourzadeh, E. & Ravangard, R. (2019). Emergency department visits for non-urgent conditions in Iran: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 9:e030927. doi:10.1136/bmjopen-2019-030927
- Baier, N., Geissler, A., Bech, M., Bernstein, D., Cowling, T. E., Jackson, T., van Manen, J., Rudkjøbing, A., & Quentin, W. (2019). Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization, payment and reforms. In *Health Policy* (Vol. 123, Issue 1, pp. 1–10). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.001>
- Beache, S.K. & Guell, C. (2016). Non-urgent accident and emergency department use as a socially shared custom: a qualitative study. *Emergency Medicine Journal*, 33, 47–51. doi:10.1136/emered-2014-204039
- Berchet, C. (2015). Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. *OECD Health Working Papers*, 83. <https://doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>
- Bittencourt, R. J., de Medeiros Stevanato, A., Bragança, C. T. N. M., Gottens, L. B. D., & O’Dwyer, G. (2020). Interventions in overcrowding of emergency departments: An overview of systematic reviews. In *Revista de Saude Publica* (Vol. 54). Universidade de Sao Paulo. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054002342>
- 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>
- Bond, K., Ospina, M.B., Blitz, S., Afilalo, M., Campbell, S.G., Bullard, M., Innes, G., Holroyd, B., Curry, G., Schull, M. & Rowe, B.H. (2007). Frequency, determinants and impact of overcrowding in emergency departments in Canada: a national survey. *Healthcare Quarterly*, 10(4), 32–40. DOI: 10.12927/hcq.2007.19312
- Boudi, Z., Lauque, D., Alsabri, M., Östlundh, L., Oneyji, C., Khalemsky, A., Rial, C. L., Liu, S. W., Camargo, C. A., Aburawi, E., Moeckel, M., Slagman, A., Christ, M., Singer, A., Tazarourte, K., Rathlev, N. K., Grossman, S. A., & Bellou, A. (2020). Association between boarding in the emergency department and in-hospital mortality: A systematic review. In

PLoS ONE (Vol. 15, Issue 4). Public Library of Science.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231253>

- Boushy, D. & Dubinsky, I. (1999). Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective. *The Journal of Emergency Medicine*, 17(3), 405–412. DOI: 10.1016/s0736-4679(99)00015-3
- Boyle, A., Beniuk, K., Higginson, I., & Atkinson, P. (2012). Emergency Department Crowding: Time for Interventions and Policy Evaluations. *Emergency Medicine International*, 2012, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2012/838610>
- Brasseur, E., Gilbert, A., Servotte, J. C., Donneau, A. F., D’Orio, V., & Ghuysen, A. (2021). Emergency department crowding: why do patients walk-in? *Acta Clinica Belgica: International Journal of Clinical and Laboratory Medicine*, 76(3), 217–223. <https://doi.org/10.1080/17843286.2019.1710040>
- Brasseur, E., Gilbert, A., Servotte, J.-C., Donneau, A.-F., D’Orio, V. & Ghuysen, A. (2019). Emergency department crowding: Why do patients walk-in?, *Acta Clinica Belgica*. DOI: 10.1080/17843286.2019.1710040
- Carret, M.L.V., Fassa, A.G. & Kawachi, I. (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 7(1):131. DOI:10.1186/1472-6963-7-131
- Chaiyachati, K., & Kangovi, S. (2020). Inappropriate ED visits: Patient responsibility or an attribution bias? In *BMJ Quality and Safety* (Vol. 29, Issue 6, pp. 441–442). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009729>
- Chan, S. S. W., Cheung, N. K., Graham, C. A., & Rainer, T. H. (2015a). Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments. In *Hong Kong Medical Journal* (Vol. 21, Issue 4, pp. 345–352). Hong Kong Academy of Medicine Press. <https://doi.org/10.12809/hkmj144399>
- Chan, S. S. W., Cheung, N. K., Graham, C. A., & Rainer, T. H. (2015b). Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments. *Hong Kong Medical Journal*, 21(4), 345–352. <https://doi.org/10.12809/hkmj144399>
- Chiu, I.-M., Lin, Y.-R., Syue, Y.-J., Kung, C.-T., Wu, K.-H., & Li, C.-J. (2018). The influence of crowding on clinical practice in the emergency department. *The American Journal of Emergency Medicine*, 36(1), 56–60. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.07.011>

- Chung, C. (2000). Emergency Department Misuse and Administrative Interventions. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 7(4).
<https://doi.org/10.1177/102490790000700405>
- 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. In *Academic Emergency Medicine* (Vol. 24, Issue 9, pp. 1137–1149). Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1111/acem.13220>
- Coster, J. E., Turner, J. K., Daniel, ;, Mbchb, B., Cantrell, A., Ma, B. A., & Coster, J. (n.d.). *Title of Manuscript Why do people choose Emergency and Urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis Running Title: Why do people choose Emergency and Urgent care services? Acknowledgments: None.*
<https://doi.org/10.1111/acem.13220-16-920>
- de Freitas, L., Goodacre, S., O'Hara, R., Thokala, P., & Hariharan, S. (2018). Interventions to improve patient flow in emergency departments: An umbrella review. *Emergency Medicine Journal*, 35(10), 626–637. <https://doi.org/10.1136/emered-2017-207263>
- Davison, A.G., Aildrey, A.C.C. & Floyer, M.A. (1983). Use and misuse of an accident and emergency department in the East End of London. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 76, 37-40.
- Derlet, R. W., & Richards, J. R. (2000). *ADMINISTRATION/CONCEPTS JANUARY 2000 35: 1 ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE 63.*
- de Valk, J., Taal, E.M., Nijhoff, M.S., Harms, M.H., Lieshout, E.M.M., Patka, P. & Rood, P.P.M. (2014). Self-referred patients at the Emergency Department: patient characteristics, motivations, and willingness to make a copayment. *International Journal of Emergency Medicine*, 7:30. <http://www.intjem.com/content/7/1/30>
- 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*, 16, 42-52. <https://doi.org/10.12707/RIV17095>
- Durand, A. C., Palazzolo, S., Tanti-Hardouin, N., Gerbeaux, P., Sambuc, R., & Gentile, S. (2012). Nonurgent patients in emergency departments: Rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Research Notes*, 5(1), 525–533. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-525>
- Emergency College of Emergency Physicians (2019). Policy Statement – Crowding

- Gilligan, P., & Hetherington, V. (n.d.). Improving Timeliness of Care in Ireland's Emergency Departments. In *Ir Med J* (Vol. 113, Issue 10).
- Gill, J.M. & Riley, A.W. (1996). Nonurgent Use of Hospital Emergency Departments: Urgency from the Patient's Perspective. *The Journal of Family Practice*, 42(5), 491-496.
- He, J., Hou, X., Toloo, S., Patrick, J. R., & Gerald, G. F. (2011). Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding. *World Journal of Emergency Medicine*, 2(4), 253. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2011.04.002>
- Hesselink, G., Sir, Ö., & Schoon, Y. (2019). Effectiveness of interventions to alleviate emergency department crowding by older adults: A systematic review. *BMC Emergency Medicine*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/S12873-019-0288-4>
- Holzinger, F., Oslislo, S., Resendiz Cantu, R., Möckel, M., & Heintze, C. (2021). Diverting less urgent utilizers of emergency medical services to primary care: is it feasible? Patient and morbidity characteristics from a cross-sectional multicenter study of self-referring respiratory emergency department consulters. *BMC Research Notes*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05517-8>
- Hoot, N. R., & Aronsky, D. (2008a). Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. In *Annals of Emergency Medicine* (Vol. 52, Issue 2). Mosby Inc. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.03.014>
- Hoot, N. R., & Aronsky, D. (2008b). Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Annals of Emergency Medicine*, 52(2). <https://doi.org/10.1016/J.ANNEMERGMED.2008.03.014>
- Howard, M.S., Davis, B.A., Anderson, C., Cherry, D., Koller, P. & Shelton, D. (2005). Patients' Perspective on Choosing the Emergency Department for Nonurgent Medical Care: A Qualitative Study Exploring One Reason for Overcrowding. *Journal of Emergency Nursing*, 31(5), 429-435. DOI: 10.1016/J.JEN.2005.06.023
- Hsu, C. M., Liang, L. L., Chang, Y. te, & Juang, W. C. (2019). Emergency department overcrowding: Quality improvement in a Taiwan Medical Center. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118(1P1), 186–193. https://doi.org/10.1016/J.JFMA.2018.03.008/EMERGENCY_DEPARTMENT_OVERCROWDING_QUALITY_IMPROVEMENT_IN_A_TAIWAN_MEDICAL_CENTER.PDF
- Hwang, U., McCarthy, M. L., Aronsky, D., Asplin, B., Crane, P. W., Craven, C. K., Epstein, S. K., Fee, C., Handel, D. A., Pines, J. M., Rathlev, N. K., Schafermeyer, R. W., Zwemer, F.

- L., & Bernstein, S. L. (2011). Measures of Crowding in the Emergency Department: A Systematic Review. *ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE*, 18, 527–538. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01054.x>
- Idil, H., Kilic, T.Y., Toker, I., Turan, K.D. & Yesilaras, M. (2018). Non-urgent adult patients in the emergency department: Causes and patient characteristics. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18, 71-74. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2017.10.002>
- Irish Medical Organization (2018). IMO Position Paper on Achieving the 6-Hour Target for Patients Attending Emergency Departments in Ireland. <https://www.imo.ie/news-media/publications/Compliance-PP.pdf> (April 18, 2022)
- Ismail, S. A., Gibbons, D. C., & Gnani, S. (2013). Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: A systematic review of primary care service interventions. In *British Journal of General Practice* (Vol. 63, Issue 617). <https://doi.org/10.3399/bjgp13X675395>
- Jeyaraman, M. M., Copstein, L., Al-Yousif, N., Alder, R. N., Kirkland, S. W., Al-Yousif, Y., Suss, R., Zarychanski, R., Doupe, M. B., Berthelot, S., Mireault, J., Tardif, P., Askin, N., Buchel, T., Rabbani, R., Beaudry, T., Hartwell, M., Shimmin, C., Edwards, J., ... Abou-Setta, A. M. (2021). Interventions and strategies involving primary healthcare professionals to manage emergency department overcrowding: A scoping review. In *BMJ Open* (Vol. 11, Issue 5). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048613>
- Jiang, L., Ye. L., Dai, M., Zhou, J. & Li, Q. (2020). Use Andersen’s behavior model to explain non-urgent visits in emergency department: A single center study in southwest China. *International Emergency Nursing*, 52, 100845. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100845>
- Jobé, J., Donneau, A. F., Scholtes, B., & Ghuysen, A. (2018a). Quantifying emergency department crowding: comparison between two scores. *Acta Clinica Belgica: International Journal of Clinical and Laboratory Medicine*, 73(3), 207–212. <https://doi.org/10.1080/17843286.2017.1410605>
- Jobé, J., Donneau, A. F., Scholtes, B., & Ghuysen, A. (2018b). Quantifying emergency department crowding: comparison between two scores. *Acta Clinica Belgica: International Journal of Clinical and Laboratory Medicine*, 73(3), 207–212. <https://doi.org/10.1080/17843286.2017.1410605>
- Jones, P. G., & van der Werf, B. (2021). Emergency department crowding and mortality for patients presenting to emergency departments in New Zealand. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 33(4), 655–664. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13699>

- Kraaijvanger, N., van Leeuwen, H., Rijpsma, D. & Edwards, M. (2016). Motives for self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 16(1): 685. DOI 10.1186/s12913-016-1935-z
- Kraaijvanger, N., Rijpsma, D., van Leeuwen, H., van Dijk, N. & Edwards, M. (2016). Self-referrals in a Dutch Emergency Department: how appropriate are they?. *European Journal of Emergency Medicine*, 23(3), 194-202. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000216
- Kraaijvanger, N., Rijpsma, D., Willink, L., Lucassen, P., van Leeuwen, H. & Edwards, M. (2017). Why patients self-refer to the Emergency Department: A qualitative interview study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23, 593–598. <https://doi.org/10.1111/jep.12680>
- Kelen, G. D., Wolfe, R., D'Onofrio, G., Mills, A. M., Diercks, D., Stern, S. A., Wadman, M. C., & Sokolove, P. E. (2021). *Emergency Department Crowding: The Canary in the Health Care System*. <https://doi.org/10.1056/CAT.21.0217>
- Kenny, J. F., Chang, B. C., & Hemmert, K. C. (2020). Factors Affecting Emergency Department Crowding. In *Emergency Medicine Clinics of North America* (Vol. 38, Issue 3, pp. 573–587). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.04.001>
- Kraaijvanger, N., Rijpsma, D., Willink, L., Lucassen, P., van Leeuwen, H., & Edwards, M. (2017). Why patients self-refer to the Emergency Department: A qualitative interview study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(3), 593–598. <https://doi.org/10.1111/jep.12680>
- Kuo, Y. H., Leung, J. M. Y., & Graham, C. A. (2015). Using Simulation to Examine the Effect of Physician Heterogeneity on the Operational Efficiency of an Overcrowded Hospital Emergency Department. *Journal of Physics: Conference Series*, 616(1). <https://doi.org/10.1088/1742-6596/616/1/012017>
- Lago, L., Westley-Wise, V., Mullan, J., Lambert, K., Zingel, R., Carrigan, T., Triner, W., & Eagar, K. (2019). Here one year, gone the next? Investigating persistence of frequent emergency department attendance: a retrospective study in Australia. *BMJ Open*, 9, 27700. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027700>
- Land, L. & Meredith, N. (2013). An evaluation of the reasons why patients attend a hospital Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 21(1), 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.12.001>

- Lewis, R. J. (2004). Academic Emergency Medicine and the “Tragedy of the Commons.” *Academic Emergency Medicine*, 11(5), 423–427. <https://doi.org/10.1111/J.1553-2712.2004.TB02399.X>
- Liaw, S.-T., Hill, T., Bryce, H. & Adams, G. (2001), Emergency and primary care at a Melbourne hospital: reasons for attendance and satisfaction. *Australian Health Review*, 24(2), 120-134.
- Lindner, G., & Woitok, B. K. (2021). Emergency department overcrowding: Analysis and strategies to manage an international phenomenon. In *Wiener Klinische Wochenschrift* (Vol. 133, Issues 5–6, pp. 229–233). Springer. <https://doi.org/10.1007/s00508-019-01596-7>
- Masso, M., Bezzina, A. J., Siminski, P., Middleton, R., & Eagar, K. (2007). Why patients attend emergency departments for conditions potentially appropriate for primary care: Reasons given by patients and clinicians differ. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 19(4), 333–340. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2007.00968.x>
- McHale, P., Wood, S., Hughes, K, Bellis, M.A., Demnitz, U. & Wyke, S. (2013). Who uses emergency departments inappropriately and when - a national cross-sectional study using a monitoring data system. *BMC Medicine*, 11:258. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-11-258>
- McKenna, P., Heslin, S. M., Viccellio, P., Mallon, W. K., Hernandez, C., & Morley, E. J. (2019). Emergency department and hospital crowding: Causes, consequences, and cures. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 6(3), 189–195. <https://doi.org/10.15441/ceem.18.022>
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018a). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE*, 13(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018b). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE*, 13(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018c). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE*, 13(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>
- Moschetti, K., Iglesias, K., Baggio, S., Velonaki, V., Hugli, O., Burnand, B., Daeppen, J. B., Wasserfallen, J. B., & Bodenmann, P. (2018). Health care costs of case management for

- frequent users of the emergency department: Hospital and insurance perspectives. *PLoS ONE*, 13(9). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0199691>
- Moskop, J. C., Geiderman, J. M., Marshall, K. D., McGreevy, J., Derse, A. R., Bookman, K., McGrath, N., & Iserson, K. v. (2018). Another Look at the Persistent Moral Problem of Emergency Department Crowding. *Annals of Emergency Medicine*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.11.029>
- Naouri, D., Naouri, D., Ranchon, G., Vuagnat, A., Schmidt, J., el Khoury, C., el Khoury, C., Yordanov, Y., & Yordanov, Y. (2020). Factors associated with inappropriate use of emergency departments: Findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Quality and Safety*, 29(6), 449–464. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009396>
- Northington, W.E., Brice, J.H. & Zou, B. (2005). Use of an emergency department by nonurgent patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 23, 131–137
- O’Cathain et al. (2019). “Clinically unnecessary” use of emergency and urgent care: A realist review of patients’ decision making. <https://doi.org/10.1111/hex.12995>
- Oberlin, M., Andrès, E., Behr, M., Kepka, S., le Borgne, P., & Bilbault, P. (2020a). [Emergency overcrowding and hospital organization: Causes and solutions]. *La Revue de Medecine Interne*, 41(10), 693–699. <https://doi.org/10.1016/J.REVMED.2020.05.023>
- Oberlin, M., Andrès, E., Behr, M., Kepka, S., le Borgne, P., & Bilbault, P. (2020b). Emergency overcrowding and hospital organization: Causes and solutions. In *Revue de Medecine Interne* (Vol. 41, Issue 10, pp. 693–699). Elsevier Masson s.r.l. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2020.05.023>
- OECD (2017). Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>
- Oslislo, S., Heintze, C., Schmiedhofer, M., Möckel, M., Schenk, L. & Holzinger, F. (2019). How to decide adequately? Qualitative study of GPs’ view on decisionmaking in self-referred and physician-referred emergency department consultations in Berlin, Germany. *BMJ Open*, 9:e026786. doi:10.1136/bmjopen-2018-026786
- Osório, J. A., Paiva, C., São, H., Porto, J.-, Marques Da Silva, A., Almeida, A. L., Manuel, C., Seco, S., Pires, C. M., & Gomes, R. (n.d.). *ELEMENTOS DA COMISSÃO DE REAVALIAÇÃO DA REDE NACIONAL DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA: Coordenador da VMER dos HUC*.
- Park, S. J., Kim, J.-Y., Yoon, Y.-H., Lee, E. S., Kim, H.-J., Kim, S. B., & Kahng, H. G. (2021). Analysis of the Adequacy of Prehospital Emergency Medical Services Use of Patients

- Who Visited Emergency Departments in Korea from 2016 to 2018: Data from the National Emergency Department Information System. *Emergency Medicine International*, 2021, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2021/6647149>
- Rasouli, H. R., Aliakbar Esfahani, A., & Abbasi Farajzadeh, M. (2019). Challenges, consequences, and lessons for way-outs to emergencies at hospitals: a systematic review study. *BMC Emergency Medicine*, 19(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0275-9>
- Rasouli, H. R., Esfahani, A. A., Nobakht, M., Eskandari, M., Mahmoodi, S., Goodarzi, H., & Farajzadeh, M. A. (2019). Outcomes of Crowding in Emergency Departments; a Systematic Review. In *Archives of Academic Emergency Medicine* (Vol. 7, Issue 1). <http://journals.sbm.ac.ir/aaem>
- Redstone, P., Vancura, J.L., Barry, D. & Kutner, J.S. (2008). Nonurgent Use of the Emergency Department. *Journal of Ambulatory Care Management*, 31(4), 370-376. DOI: 10.1097/01.JAC.0000336555.54460.fe
- Richardson, L.D & Hwang, U. (2001). Access to Care: A Review of the Emergency Medicine Literature. *Academic Emergency Medicine*, 8(11), 1030-1036. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2001.tb01111.x
- Rieffe, C., Oosterveld, R., Wijkkel, D., & Wiefferink, C. (1999). Reasons why patients bypass their GP to visit a hospital emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 7, 217-225.
- Royal College of Emergency Medicine (2021). RCEM Acute Insights Series: Crowding and its Consequences. https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2021/11/RCEM_Why_Emergency_Department_Crowding_Matters.pdf (January 10, 2022)
- Salway, R., Valenzuela, R., Shoenberger, J., Mallon, W., & Viccellio, A. (2017). EMERGENCY DEPARTMENT (ED) OVERCROWDING: EVIDENCE-BASED ANSWERS TO FREQUENTLY ASKED QUESTIONS. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 213–219. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.04.008>
- Savioli, G., Ceresa, I. F., Gri, N., Piccini, G. B., Longhitano, Y., Zanza, C., Piccioni, A., Esposito, C., Ricevuti, G., & Bressan, M. A. (2022). Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. In *Journal of Personalized Medicine* (Vol. 12, Issue 2). MDPI. <https://doi.org/10.3390/jpm12020279>

- Schmiedhofer, M., Searle, J., Slagman, A. & Möckel, M. (2016). Exploring Patient Motives to Use Emergency Departments for Non-urgent Conditions: A Qualitative Study. *Das Gesundheitswesen*, 79(10), 835-844. doi: 10.1055/s-0042-100729
- Schull, M. J., Slaughter, P. M., & Redelmeier, D. A. (2002). Urban emergency department overcrowding: Defining the problem and eliminating misconceptions. In *Canadian Journal of Emergency Medicine* (Vol. 4, Issue 2, pp. 76–83). Canadian Medical Association. <https://doi.org/10.1017/S1481803500006163>
- Schull, M. J., Vermeulen, M. J., Stukel, T. A., Guttman, A., Leaver, C. A., Rowe, B. H., Sales, A., & Bernstein, S. (2012). Evaluating the Effect of Clinical Decision Units on Patient Flow in Seven Canadian Emergency Departments. *ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE*, 19, 828–836. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2012.01396.x>
- Sempere-Selva, T., Peiró, S., Sendra-Pina, P., Martínez-Espín, C., & López-Aguilera, I. (2001). Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitude, associated factors, and reasons - An approach with explicit criteria. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 568–579. <https://doi.org/10.1067/mem.2001.113464>
- Sieck, C.J., Hefner, J.L., Wexler, R., Taylor, C.A. & McAlearney, A.S. (2016) Why do they do that?: Looking beyond typical reasons for non-urgent ED use among Medicaid patients. *Patient Experience Journal*, 3(2), Article 5
- Şimşek, P. & Gürsoy, A. (2016). Turkish health care providers' views on inappropriate use of emergency department: Who, when and why?. *International Emergency Nursing*, 27, 31-36. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.11.004>
- Street, M., Berry, D., & Considine, J. (2018). Frequent use of emergency departments by older people: A comparative cohort study of characteristics and outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(8). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy062>
- United States General Accounting Office (2003). Hospital Emergency Departments: Crowded Conditions Vary among Hospitals and Communities. Washington: Author. <https://www.gao.gov/assets/gao-03-460.pdf>
- United States Government Accountability Office (2009). Hospital Emergency Departments: Crowding Continues to Occur, and Some Patients Wait Longer than Recommended Time Frames, Washington D.C.. <https://www.gao.gov/assets/gao-09-347.pdf> (April 18, 2022)
- Unwin, M., Kinsman, L., & Rigby, S. (2016). Why are we waiting? Patients' perspectives for accessing emergency department services with non-urgent complaints. *International Emergency Nursing*, 29, 3–8. <https://doi.org/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. *Am J Manag Care, 19*(1).
- Vallejo, M.E., López, M.R., Franco, L.F., Torres-Macho, J. & Maceiras, S.D. (2014). Non-urgent and non-referred patients presenting to the Emergency Department (ED): Understanding the reasons of the non-urgent patients to visit the ED. *Política y Sociedad, 48*(2), 329-352. doi: 10.5209/rev_POSO.2011.v48.n2.7
- Van Charante, E.P.M., Ter Riet, G. & Bindels, P. (2008). Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: Patients' motives and characteristics. *Patient Education and Counseling, 70*, 256–265. doi:10.1016/j.pec.2007.10.012
- Weiss, A. L., D'Angelo, L. J., & Rucker, A. C. (2014). Adolescent use of the emergency department instead of the primary care provider: Who, why, and how urgent? *Journal of Adolescent Health, 54*(4), 416–420. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.09.009>
- Woodworth, L. (2020). Swamped: Emergency Department Crowding and Patient Mortality. *Journal of Health Economics, 70*. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102279>
- 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*(1), 1–9. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.200277>
- Yoon, P., Steiner, I., & Reinhardt, G. (2003). Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine, 5*(3), 155–161. <https://doi.org/10.1017/S1481803500006539>