

**CARATERIZAÇÃO DE UM ANO DE UTILIZAÇÃO
DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA
DE UM HOSPITAL DE NÍVEL II**

Margarida Simão Rafael

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Adalberto Campos Fernandes, Prof. Auxiliar Convidado ENSP da Universidade
Nova de Lisboa, Prof. Auxiliar Convidado ISCTE-Business School

Coorientador:

Prof. Doutor Paulo Sousa, Prof. Auxiliar, Escola Nacional de Saúde Pública da
Universidade de Lisboa, Departamento de Estratégias de Ação em Saúde

Outubro 2013

**CARATERIZAÇÃO DE UM ANO DE UTILIZAÇÃO
DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA
DE UM HOSPITAL DE NÍVEL II**

Margarida Simão Rafael

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Adalberto Campos Fernandes, Prof. Auxiliar Convidado ENSP da Universidade
Nova de Lisboa, Prof. Auxiliar Convidado ISCTE-Business School

Coorientador:

Prof. Doutor Paulo Sousa, Prof. Auxiliar, Escola Nacional de Saúde Pública da
Universidade de Lisboa, Departamento de Estratégias de Ação em Saúde

Outubro 2013

RESUMO

A afluência desmedida aos Serviços de Urgência Pediátrica é uma problemática cada vez mais atual e que muita preocupação tem gerado entre profissionais de saúde e administradores hospitalares. Hoje em dia assiste-se a uma procura excessiva de serviços de saúde diferenciados, o que gera má utilização dos recursos e provoca, quer um aumento dos custos a eles associados, quer uma tendência de rutura do próprio sistema.

Este estudo pretende caracterizar a utilização do serviço de urgência pediátrica de um hospital de nível II, no sentido de dar resposta à questão de se existe ou não utilização injustificada de cuidados de saúde.

A análise incidiu sobre uma amostra de 37099 episódios de urgência, ocorridos durante um ano e apurou-se que a maioria dos indivíduos são do género masculino, residem no concelho do Barreiro e 78,4% têm até dez anos. Mais de metade dos episódios (57%) são não urgentes e destes, praticamente todos (99,4%) tiveram alta. Verificou-se, com evidência estatística, que a utilização do serviço de urgência é injustificada e dependente do género e idade dos indivíduos, e do dia da semana e hora de entrada do episódio. Apurou-se ainda que, apesar de apenas 21% dos episódios ter realizado meios complementares de diagnóstico e terapêutica, há relação estatisticamente significativa entre a realização destes e os episódios laranjas e amarelos, sobretudo em crianças a partir dos onze anos.

Como conclusão, podemos afirmar que existe utilização excessiva do serviço de urgência pediátrica e que urge medidas de contenção deste fenómeno, nomeadamente a promoção e reforço da rede de cuidados de saúde primários, cadeia de atendimento e rede de referenciação, assim como o aumento da literacia em saúde da população.

Palavras-chave: Serviço de Urgência Pediátrica, Episódios não-urgentes, Utilização excessiva, Crianças

Classificação do JEL Classification System: I12 (Health Production: Economic Behavior), J13 (Labor and Demographic Economics: Child care; Children; Youth)

ABSTRACT

The immoderate affluence to Pediatric Emergency Services is an increasingly problematic today and has generated much concern among health professionals and hospital administrators. Nowadays we are witnessing an excessive demand for differentiated health services, which generates misuse of resources and causes either an increase in costs associated with them, whether a tendency of rupture the system itself.

This study pretends to examine the use of the emergency department of a pediatric hospital level II, in order to answer the question of whether it's or it's not unjustified the health care's use.

The analysis focused on a sample of 37099 episodes of urgency, occurred over a year and it was found that most of the individuals are males, reside in the county of Barreiro and 78.4% are under ten years. More than an half of the episodes (57%) are not urgent and, almost of all (99.4%) of this group were discharged. It was found, with statistical evidence that the use of the emergency department is unjustified and depends on individual's gender and age, and episodes' day of the week and time of entry. We also found that although only 21% of the episodes have done complementary means of diagnosis, there is a statistically significant dependence between the performance of these episodes and being classified as orange and yellow, especially in children older than eleven years.

As a conclusion, we can say that there is an excessive use of the pediatric emergency department and it's urgent to create measures to contain this phenomenon, namely the promotion and strengthening of the primary health care's network, the chain of care and referral network, as well as increased the population's health literacy.

Key-words: Pediatric Emergency Department, Non urgent episodes, Excessive use, Children

JEL Classification System: I12 (Health Production: Economic Behavior), J13 (Labor and Demographic Economics: Child care; Children; Youth)

Aos Meus Avós...pelo orgulho que sei que teriam nas minhas conquistas, e aos Meus Pais...pelo orgulho que sei que têm em testemunhar, partilhar e vivê-las comigo.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Mestre Adalberto Campos Fernandes por ter aceitado de imediato a orientação deste projeto, pela disponibilidade e pelas sugestões e sentido crítico que deu às minhas ideias, permitindo que as mesmas se concretizassem sob a forma de dissertação.

Ao Professor Doutor Paulo Sousa pela disponibilidade, sugestões e sentido prático, tão essenciais à realização deste projeto.

À Professora Doutora Sofia Portela pela disponibilidade, ajuda e apoio técnico na concretização deste trabalho, mas também pelo constante incentivo e atenção especial com que me presenteou, sobretudo na reta final deste projeto.

À Direção do Serviço de Pediatria e à Direção Clínica do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE pela oportunidade de realizar este projeto e por terem disponibilizado os dados necessários ao mesmo.

Aos colegas mais próximos, quer de trabalho, quer de mestrado, que ao longo destes dois anos, pelo companheirismo, preocupação e ajuda constantes, se foram tornando amigos, numa caminhada ainda curta, mas de fortes laços.

Por fim, mas sempre em primeiro, aos meus pais. Por todo o apoio, a presença e dedicação incondicionais, as horas intermináveis de paciência e as oportunidades de conhecimento e crescimento constantes. Sem eles, quer o meu percurso académico, quer profissional, nunca teriam sido possíveis.

ÍNDICE

RESUMO	I
ABSTRACT.....	III
AGRADECIMENTOS	VII
ÍNDICE	IX
Índice de Figuras	X
Índice de Quadros	XI
Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos	XI
1. INTRODUÇÃO	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
2.1. Evolução do Serviço Nacional de Saúde.....	15
2.2. Acessibilidade em Saúde.....	23
2.3. Financiamento dos Serviços de Saúde	27
2.4. Sistema de Triagem.....	31
2.5. A Realidade em Pediatria.....	34
3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO	43
3.1. Caracterização da População.....	44
3.2. Caracterização dos Cuidados de Saúde Primários.....	50
4. METODOLOGIA	55
4.1. População e Amostra.....	55
4.2. Objetivos e Formulação de Hipóteses	55
4.3. Variáveis em estudo, Método e Instrumentos de recolha de dados.....	57
5. RESULTADOS.....	59
5.1. Caracterização da Amostra.....	59
5.2. Os episódios de urgência.....	64
5.3. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica	66
5.4. Tipo de Saída.....	67
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS.....	89
Anexo I – Pedido de recolha de dados	90
Anexo II – Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados	91
Anexo III – Relação entre o tipo de episódio e o dia da semana.....	92

Anexo IV – Relação entre o tipo de episódio e a hora de entrada.....	94
Anexo V – Relação entre o tipo de episódio e o género dos indivíduos	98
Anexo VI – Relação entre o tipo de episódio e a média de idade dos indivíduos.....	100
Anexo VII – Relação entre o tipo de episódio e a realização de MCDTs.....	102
Anexo VIII – Relação entre a realização de MCDTs e o dia da semana	104
Anexo IX – Relação entre a realização de MCDTs e a hora de entrada	106
Anexo X – Relação entre a realização de MCDTs e a média de idade dos indivíduos.....	110
Anexo XII – Relação entre o tipo de episódio e o tipo de saída	114
Anexo XIII – Relação entre o tipo de episódio e o tipo de alta.....	116

Índice de Figuras

Figura 1. Valor de Taxa Moderadora aplicável a cada MCDT	31
Figura 2. Prioridades do Sistema de Triagem de Manchester em Portugal.....	33
Figura 3. Enquadramento geográfico da Área Metropolitana	43
Figura 4. Área Geográfica ARS-LVT	44
Figura 5. Divisão Territorial da Área Metropolitana de Lisboa.....	45
Figura 6. Distribuição da população do concelho de Alcochete segundo o género	46
Figura 7. Distribuição da população residente do concelho de Alcochete segundo a faixa etária	46
Figura 8. Distribuição da população do concelho do Barreiro segundo o género.....	47
Figura 9. Distribuição da população residente do concelho do Barreiro segundo a faixa etária.	47
Figura 10. Distribuição da população do concelho da Moita segundo o género.....	48
Figura 11. Distribuição da população residente do concelho da Moita segundo a faixa etária...	48
Figura 12. Distribuição da população do concelho do Montijo segundo o género	49
Figura 13. Distribuição da população residente do concelho do Montijo segundo a faixa etária	49
Figura 14. Caracterização da amostra segundo o género	59
Figura 15. Caracterização da amostra segundo a idade.....	60
Figura 16. Amostra segundo percentagem cumulativa da idade.....	60
Figura 17. Caracterização da amostra segundo concelho de residência.....	61
Figura 18. Amostra segundo percentagem cumulativa do concelho de residência	61
Figura 19. Caracterização da amostra segundo o dia de semana	62
Figura 20. Caracterização da amostra segundo a hora de entrada.....	62
Figura 21. Caracterização da amostra segundo relação entre dia da semana e hora de entrada..	63

Figura 22. Caracterização da amostra segundo tipo de saída	63
Figura 23. Caracterização da amostra segundo a realização de MCDTs	64
Figura 24. Caracterização dos episódios de urgência segundo	64
Figura 25. Relação entre a realização de MCDTs e o dia da semana	66
Figura 26. Relação entre a realização de MCDTs e a hora de entrada do episódio	67
Figura 27. Relação entre tipo de episódio e tipo de saída	68
Figura 28. Relação entre episódios verdes e tipo de saída	68

Índice de Quadros

Quadro 1. Agrupamento de Centro de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.....	50
Quadro 2. ACES XV- Arco Ribeirinho: Centros de Saúde e respetivas extensões, UCSP e USF	51
Quadro 3. Nº total utentes inscritos, Nº inscritos entre 0-18 anos e Nº total consultas Saúde Infantil 2011 ACES X – Arco Ribeirinho.....	53

Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos

AAP – Academia Americana de Pediatria
ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ARS – LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
BCE – Banco Central Europeu
CE – Comissão Europeia
CHBM – Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE
CHMCA - Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente
CNSMI – Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil
CRSMCA – Comissões Regionais de Saúde Materna da Criança e do Adolescente
DGS – Direção Geral de Saúde
DL – Decreto-Lei
DR – Diário da República
EMPS – Estrutura de Missão Parcerias de Saúde
EPE – Entidades Públicas Empresariais

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

GDHs – Grupos de Diagnóstico Homogêneos

GPT – Grupo Português de Triagem de Prioridade na Urgência

HAP – Hospitais de Apoio Perinatal

HAPD – Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado

INE – Instituto Nacional de Estatística

MGF – Medicina Geral e Familiar

NUTS – Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNEDES – Plano Nacional de Desenvolvimento Económico e Social

PNSMI – Programa Nacional de Saúde Materno Infantil

RN – Recém-nascido

SA – Sociedade Anónima

SAP – Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado

SIARS – Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde

SIRIU – Sistema Integrado de Registo de Informação para Urgências

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCF – Unidade Coordenadora Funcional

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

USF – Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo dar resposta ao propósito da décima terceira edição do Mestrado de Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE – que se iniciou no ano letivo 2011/2012 e que deve culminar numa dissertação no âmbito da Gestão em Saúde. Após as várias unidades curriculares, uma das que mais interesse me suscitou foi a de Gestão Estratégica e nesse sentido surgiu a ideia de enquadrar uma das maiores problemáticas do meu dia-a-dia profissional com a Gestão – a excessiva afluência aos serviços de urgência pediátrica e os gastos nela implícitos.

O fenómeno dos serviços de urgência colapsados não é recente e muita preocupação tem gerado ao longo dos tempos, não só a profissionais de saúde mas também a administradores e governantes. Porém a sua resolução não parece estar para breve, por inúmeros fatores, nomeadamente por existirem poucos estudos concretos sobre o que realmente se passa e quais as medidas mais adequadas para a resolução do problema (Goodell *et al.*, 2009).

Numa altura em que os números dominam o nosso dia-a-dia, e em que se fala em racionar o acesso à saúde, muitos são os casos, como referi, em que não se conhece a realidade. Falha não só conhecimento dos factos em si, como uma monitorização por parte do Ministério da Saúde face às diferentes áreas de estudos, cujos resultados são bastante díspares (Relatório de Primavera, 2013).

É por isso importante sabermos o que se passa nos hospitais, para assim podermos encontrar soluções que se adequem às necessidades dos doentes mas que ao mesmo tempo respeitem a cadeia de atendimento, prestando cuidados primários às patologias de diagnóstico clínico e terapêutica ambulatória, e reservando os cuidados secundários e terciários a patologia aguda que requeira meios complementares de diagnóstico e atuação hospitalar para a sua resolução (Brousseau *et al.*, 2004).

Por outro lado, é importante conhecer a realidade epidemiológica e estatística do que se passa nos serviços de prestação de cuidados de saúde, quer numa perspetiva presente mas também futura, para melhor poder adequar os recursos às necessidades (Contrato-Programa 2012). O enquadramento teórico vai fornecer alicerces à prática para que se possam assim não só delinear estratégias mas também tomar medidas, nomeadamente na diminuição de prejuízo, através da alteração de hábitos de conduta, tendo sempre em conta a realidade da população à qual se aplicam as mesmas, e que

visem sobretudo a aplicabilidade certa para que se consiga manter um atendimento de excelência com os recursos disponíveis (Relatório de Primavera, 2013).

É neste contexto que surge este trabalho, que apesar de incidir sobre uma população restrita e muita específica, visa o conhecimento de uma realidade e ambiciona que através do mesmo seja possível aplicar medidas de melhoramento e rentabilidade do serviço, tornando-o num modelo a seguir.

Assim proponho-me caracterizar a utilização do Serviço de Urgência Pediátrica de um Hospital de nível II durante um ano e perceber de que forma influencia o atendimento e quais os gastos a ela inerentes.

Sabe-se que os cuidados de saúde prestados no âmbito de um serviço de urgência são significativamente mais caros do que os cuidados primários (Phelps *et al.*, 2000). Há uma grande percentagem de urgências injustificadas o que compromete o atendimento a vários níveis. Por um lado os tempos de atendimento tornam-se morosos e as verdadeiras urgências podem acabar por que esperar mais do que o seu problema exige, criando uma cascata de descontentamento e ansiedade quer por parte dos utentes quer dos profissionais de saúde. Por outro lado, gastam-se recursos quer humanos quer materiais em situações que deles não careciam, havendo a possibilidade de faltarem nos casos em que são imprescindíveis, o que inevitavelmente encarece os orçamentos hospitalares (Ministério da Saúde, 2007).

Porém importa ir mais longe e conhecer os custos reais dos serviços, assim como as suas necessidades, de forma a permitir uma reorganização dos recursos e do próprio financiamento, com o objetivo *major* de oferecer uma prestação de cuidados terciários de qualidade e excelência.

É com a necessidade de conhecer a realidade que surge este trabalho projeto, que pretende caracterizar a recorrência ao SU pediátrico de um hospital de nível II durante um ano, para compreender as características da afluência e quais as repercussões desta nos recursos de saúde. Para enquadrar a população recorrente, caracterizar-se-ão também os recursos a nível dos cuidados de saúde primários que lhe estão disponíveis.

É ainda pretensão deste estudo contribuir um pouco mais para o conhecimento da realidade diária dos nossos hospitais, de modo a poder estruturar medidas/estratégias que visam um melhor funcionamento dos serviços e sobretudo uma melhor gestão das despesas e diminuição dos geradores de custos.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Evolução do Serviço Nacional de Saúde

Com a aprovação da Constituição da República a dois de abril de 1976, estabelece-se, através do artigo 64, “o direito à proteção da saúde”, mas também “o dever de a defender e promover”, “através de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”. Porém, a universalidade só foi conquistada a partir de 1978 com a cobertura integral dos encargos com a saúde pelo orçamento de Estado (Campos, 2001).

Quanto à generalidade, esta é conseguida só a partir de 1984, após a integração dos serviços médico-sociais das antigas caixas de previdência com os centros de saúde pertencentes à Direção Geral de Saúde, e a criação de uma só direção-geral para os cuidados de saúde primários (Campos, 2001)

Com a revisão Constitucional nº 1/89, o serviço nacional de saúde (SNS) passa a ser “tendencialmente gratuito” e a inicial finalidade de “socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos” é substituída, na mesma lei, por “socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos” (Campos, 2001).

Porém, o SNS nunca alcançou sequer a “tendência gratuita” já que o financiamento público dos cuidados de saúde foi sempre complementado por encargos pagos pelos utentes ou empresas (Campos, 2001).

Em 1990 é publicada a Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/1990) que altera por completo a filosofia do sistema, contemplando os cidadãos como os principais responsáveis pela sua saúde. Por outro lado passam a fazer parte integrante do SNS entidades privadas e profissionais liberais, assim como é permitido aos profissionais do sistema exercer atividade privada. Consagra-se também o princípio de gestão empresarial das unidades de saúde através, entre outras medidas, da descentralização dos serviços para as administrações regionais de saúde (Campos, 2001).

Com a Lei de Bases consagra-se também o pagamento de taxas moderadoras cobradas diretamente ao utente, não só com o objetivo regulador do acesso, envolvendo diretamente os utentes e, em geral, a comunidade, na melhoria da gestão dos estabelecimentos e da prestação de cuidados de saúde, mas também com o objetivo de manter um princípio de justiça social no próprio acesso. Assim, através da portaria

338/92 de 11 de abril, são fixados os primeiros valores referente às taxas moderadoras e em circular normativa são definidas as respectivas isenções. Ficam desde logo fora da obrigatoriedade do pagamento as grávidas e parturientes, crianças até aos doze anos de idade e situações de carácter crónico e/ou social, que se foram atualizando ao longo dos anos (Campos, 2001).

É em 1993, com o decreto-lei nº 11/93 de quinze de janeiro, que se aprova o Estatuto do SNS onde se faz a separação legal entre sistema e serviço e em que se estabelece a separação entre financiador e prestador de cuidados de saúde. Também a empresarialização dos hospitais públicos, a concessão de gestão ao sector privado e um sistema de financiamento opcional para quem desejasse renunciar à universalidade do SNS são consagradas neste estatuto. Nele se determina ainda que os preços dos cuidados prestados no SNS devem ter em conta os “custos reais e o necessário equilíbrio de exploração” (Campos, 2001).

Na sequência desta separação entre financiador e prestador, importa salientar que já em 1986, a portaria 344-B/86 de 5 de julho, aprovou as tabelas de preços a praticar pelo SNS em relação a todos os subsistemas de saúde cujos beneficiários a ele recorrem, bem como a quaisquer entidades, publicas ou privadas, responsáveis pelo pagamento, baseando-se no decreto-lei nº 57/86 de vinte de março que regulamentou as condições de exercício de direito de acesso ao SNS. Porém, este decreto-lei acabaria por ser revogado pelo nº 11/93 que aprovou o Estatuto do SNS. Ainda assim, ao abrigo do primeiro, em maio de 1990 (Portaria nº409/90), são atualizadas as tabelas de preços a praticar pelo SNS, tendo em conta os Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDHs), pela primeira vez com expressão legal no nosso país, mas que constituem a base do financiamento em saúde hoje em dia (Campos, 2001).

Em 1996 teve lugar um encontro sobre política da saúde, por iniciativa da Comissão Parlamentar da Saúde, onde duas conclusões foram consensuais: o SNS deveria ser mantido e até reforçado como peça importante da proteção social na saúde, mas para se manter necessitava de reformas profundas que o tornassem mais equitativo, eficaz e eficiente no controle de gasto (Campos, 2001).

No início de 1999 é publicado o Plano Nacional de Desenvolvimento Económico e Social para 2000-2006 (PNEDES), que no capítulo respeitante à saúde, volta a frisar a importância do Estado na produção e oferta de serviços de saúde, mas também a necessidade de separação entre prestador e financiador, para não só estimular

a transparência do sector, mas também evitar a duplicação de cobertura, o que pode gerar desperdício e diminuir a equidade de acesso aos cuidados de saúde (Campos, 2001).

Em 2002 é aprovado o novo regime jurídico de gestão hospitalar pela Lei nº 27/2002 de 8 de novembro, onde se introduzem modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Altera-se não só o regime jurídico dos hospitais públicos que passam a ser Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos (SA), como se define um novo modelo de gestão hospitalar aplicável aos estabelecimentos que integram a rede de prestação de cuidados de saúde – estabelecimentos do SNS, estabelecimentos privados que prestam cuidados aos utentes do SNS e outros, nos termos dos contractos celebrados ou convenções existentes. Também o financiamento do SNS é alterado, passando a existir pagamento direto dos atos segundo tabela desde então estabelecida (Relatório sobre Rede Hospitalar com Financiamento Público, 2011).

É no mesmo ano que se adotam modelos de Parcerias Público Privadas (PPP) assim como novas linhas de financiamento, passando a incluir-se o sector privado na rede prestadora de cuidados de saúde (DL nº185/2002). O modelo das PPP sofreu desde então quatro alterações, a ultima em 2011, ao estabelecerem-se novas orientações, nomeadamente referentes ao processo de extinção da Estrutura de Missão Parcerias Saúde¹ (EMPS), de forma a assegurar a continuidade do programa de PPP no âmbito do Ministério da Saúde (Despacho nº1324/2011).

A 13 de setembro de 2003, com a portaria 985/2003 é publicada pela primeira vez uma tabela que fixa os preços das taxas moderadoras cobradas diretamente ao utente, na sequência do decreto-lei nº 173/2003 de 1 de agosto, que visa sistematizar e compilar a já dispersa normativa existente neste domínio mas também criar um instrumento modelador, regulador e racionalizador do acesso à prestação de cuidados de saúde, com atualização dos valores, tendo como base uma ideia de diferenciação positiva dos grupos mais carenciados e desfavorecidos para manter um reforço efetivo do principio de justiça social no SNS (Relatório sobre Rede Hospitalar com Financiamento Público, 2011).

¹ A estrutura de missão Parcerias Saúde (EMPS) foi criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de Novembro, com o intuito de atender à necessidade de apoiar o Ministério da Saúde no lançamento, acompanhamento e avaliação sectorial das parcerias público-privadas.

A dez de dezembro de 2003, com o decreto-lei nº309/2003 nasce a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), existindo assim pela primeira vez expressão constitucional da separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e financiador. Esta entidade tem por objetivo a regulação, supervisão e acompanhamento das atividades dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, sendo-lhe atribuída independência de modo a separar as referidas funções e garantir uma regulação imparcial (Relatório sobre Rede Hospitalar com Financiamento Público, 2011).

No seguimento de uma primeira estratégia de saúde apresentada em 1999 mas abandonada no ano seguinte, surge em 2004, pela mão da Direção Geral de Saúde, o “Plano Nacional de Saúde 2004-2010”, que vem definir as orientações estratégicas para o período citado, com a finalidade de sustentar e integrar, nas suas várias vertentes, a colaboração de todos os sectores que contribuem para a promoção da saúde (Plano Nacional de Saúde 2004-2010, 2004).

A 7 de junho de 2005 com o decreto-lei nº93/2005, é adotado um novo modelo de gestão hospitalar, passando os hospitais SA a Entidades Publicas Empresariais (EPE). As entidades gestora e financiadora mantêm-se mas permite-se uma maior intervenção da tutela no que às orientações estratégicas diz respeito assim como uma maior superintendência por parte dos Ministros das Finanças e Saúde (Graça, 2005).

Tal como já acontecia com os hospitais SA e as respetivas Administrações Regionais de Saúde, também os hospitais EPE devem celebrar Contratos-Programa com o Ministério da Saúde, onde sejam definidos os objetivos a atingir e acordados com a tutela, assim como os indicadores de atividade que permitam aferir o desempenho das respetivas unidades hospitalares e equipas de gestão. Assim, desde dezembro de 2005 que se celebra anualmente o Contrato-Programa dos Hospitais do SNS para o ano subsequente, onde não só se define a metodologia para a aferição dos preços e se fixam os objetivos para o respetivo ano, mas se procura garantir a sustentabilidade das instituições e do SNS, sem com isso perder qualidade, e salvaguardando os níveis de acesso e eficiência para continuar a responder às necessidades de saúde dos cidadãos ao nível da prestação de cuidados (Despacho nº721/2006).

É já a vinte e quatro de agosto de 2007, com a lei nº 41, que se aprova a “Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde”, a qual pretende garantir a prestação dos cuidados pelo SNS e pelas entidades

convencionadas, num tempo considerado aceitável para a condição de saúde de cada utente e assegurar o direito dos mesmos à informação sobre o tempo de acesso (Lei nº41/2007).

Porém, só em junho de 2010 é publicado o primeiro “Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde do SNS”, referente ao ano de 2009, dando cumprimento à lei de 2007 supracitada.

Ainda em 2007, com o decreto-lei nº 298 de vinte e dois de agosto, surgem as primeiras unidades de saúde familiar (USF), apostando na acessibilidade, globalidade e continuidade dos cuidados prestados, iniciando-se assim a reforma dos cuidados de saúde primários (DL nº298/2007).

Em 2008 é dado mais um passo para esta reforma – decreto-lei nº28/2008 de vinte e dois de fevereiro – com a criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, que têm como objetivo dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e melhoria no acesso aos mesmos (DL nº28/2008).

Após a prioridade dada nos anos anteriores às reformas dos cuidados de saúde primários, em junho de 2010 é publicado “A organização Interna e a Governação dos Hospitais”, fruto do trabalho do Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, que visa uma majoração da eficiência para permitir uma melhoria de acesso aos cuidados de saúde, aumento na qualidade dos serviços prestados e com isso a satisfação de utentes e profissionais. Concluiu-se ser necessária uma reorganização interna das instituições hospitalares, nunca deixando de lado a meta da sustentabilidade financeira (Ministério da saúde, 2010).

Em outubro do mesmo ano publica-se o Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados de Saúde Hospitalares, onde se pretende dar continuidade à estratégia apresentada em 2004 e que “contenha orientações claras dirigidas à maximização da obtenção de ganhos em saúde, de forma sustentável, na vertente dos Cuidados de Saúde Hospitalares” (Escoval *et al*, 2010).

Em junho de 2013 foi publicado o Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS referente ao ano de 2012, no qual se concluiu que o acesso aos cuidados de saúde deve ser assumido pelas entidades de uma forma transversal, devendo as entidades que possuem responsabilidades na administração em saúde, manter atitudes

que visem o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade, já que esta é uma questão essencial para a obtenção de ganhos em saúde. Concluiu-se igualmente ser de extrema relevância a promoção de boas práticas de utilização dos instrumentos promotores do acesso, para uma melhor gestão global das instituições, a qual só é possível através de uma articulação rigorosa entre os sistemas de gestão clínica e a informação ao cidadão/utente (Relatório Acesso Cuidados Saúde 2012, 2013).

Com este percurso é notório que a saúde, na sua globalidade, não consegue sair nem da agenda política dos sucessivos governos e oposições, tratando-se de um tema de constante preocupação.

No que aos **cuidados de saúde pediátricos** particularmente diz respeito, também muita preocupação gerou nas últimas décadas e muito foi feito.

Nos últimos 30 anos, Portugal foi dos países que mais evoluiu na melhoria dos indicadores materno-infantis. Para isso contribuiu uma série de esforços, não só por parte dos profissionais mais diretamente ligados a esta área, mas também de medidas por parte do Ministério da Saúde (Machado, 2007).

Desde janeiro de 1987 que foi criado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, o subsistema de transporte especializado de recém-nascidos de alto risco, inicialmente implantado nas zonas da grande Lisboa e do grande Porto mas que a curto prazo se estendeu à região de Coimbra, cobrindo-se assim 70% de todos os partos e ficando desde logo em aberto a cobertura integral do território continental (Rede de Referenciação Materno-Infantil, 2001).

A doze de março de 1989, com o despacho Ministerial nº8/89, é criada a Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI), cujo objetivo é assegurar equidade no acesso à vigilância da grávida, do recém-nascido (RN), da criança e do adolescente a nível nacional. É também da competência desta comissão a elaboração do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI). Neste programa definiram-se os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP), os Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) e foram protocoladas as áreas geográficas de influência e o modo de articulação com os Centros de Saúde (Despacho nº8/89).

Em 1994 o despacho de 1989 é revogado, extinguindo-se a Comissão por ele criada, dando lugar, através do despacho de 31 de maio, à Comissão Nacional de Saúde

da Mulher e da Criança. Porém, também esta sofreu alterações em 2003 e em 2009, criando-se no último a Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente (Despacho de 31 de maio de 1994).

Com o despacho Ministerial nº 6/91 de vinte e oito de maio, e no seguimento da criação da CNSMI e do próprio PNSMI, criam-se as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), estruturas com o objetivo de assegurar de forma permanente a articulação entre os diferentes níveis e a continuidade dos cuidados de saúde, procurando promover em especial a saúde materna, neonatal e infantil (Despacho nº6/91 *cit in* Rede de Referência Materno-Infantil, 2001). Com o despacho nº12917/98 de vinte e sete de julho, veio-se ampliar a experiência aos cuidados de saúde da mulher, da criança e do adolescente. Assim as UCF passam desde então a funcionar em duas vertentes, na primeira insere-se a saúde da mulher e saúde materna e neonatal e na segunda a saúde infantil e do adolescente (Despacho nº12917/98 *cit in* Rede de Referência Materno-Infantil, 2001).

Ainda em 1991, com o despacho nº1/91 de um de fevereiro, passa a ser obrigatório o preenchimento do Boletim da Grávida e do Boletim de Saúde Infantil, com o intuito de sistematizar a circulação de informação clínica relevante entre os especialistas de cuidados primários e os especialistas hospitalares, contribuindo para a articulação e interligação entre todos os sectores prestadores de cuidados (Despacho nº1/91 *cit in* Rede de Referência Materno-Infantil, 2001).

A vinte e seis de abril de 2001, por despacho Ministerial, é aprovada a Rede de Referência Materno-Infantil com o objetivo de estabelecer relações de cooperação e complementaridade entre os profissionais e as diferentes instituições, de modo a consolidar uma assistência pré, peri e pós natal tanto à mulher como à criança. Esta rede inclui as Redes de Referência Interhospitalares Regionais e as Redes de Referência entre os Hospitais e os Centros de Saúde e as UCFs (Despacho de vinte e seis de abril de 2001 *cit in* Rede de Referência Materno-Infantil, 2001).

O papel das UCFs e das Comissões Regionais de Saúde Materna da Criança e do Adolescente (CRSMCA) é reforçado em 2010, passando os serviços a ser concebidos em torno das necessidades da população e os cuidados centrados no cidadão e na continuidade de cuidados entre os diferentes níveis assistenciais (Despacho nº9871/2010; Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente, 2012). É também neste ano que se altera o limite superior da idade pediátrica, passando esta a ser

compreendida entre os zero dias de vida e os dezoito anos menos um dia de idade (Despacho n° 9871/2010).

É fruto de todo o percurso descrito e das medidas nele subjacentes, mas também do empenho institucional e pessoal de profissionais de saúde e não só, que se evolui na promoção de cuidados de saúde, controlo da doença mas sobretudo na prevenção da mesma e que nos fez alcançar índices melhores que a média europeia (Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente, 2012).

Foi também consequência deste percurso que se conseguiu uma redução das desigualdades de acesso e uma melhoria das condições assistenciais, que traduzem, entre outras conquistas, a acessibilidade universal de mulheres, crianças e jovens aos serviços de saúde, independentemente do local de residência, naturalidade ou nacionalidade, ou estrato económico-social (Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente, 2012).

Tanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) no seu relatório de 2008 como a UNICEF no seu relatório de 2010, destacaram Portugal quer na melhoria dos cuidados materno-infantis como nos baixos níveis de desigualdade de acesso aos cuidados de saúde. Nenhuma outra geração teve acesso a cuidados de saúde de qualidade como a atual. Até agora conseguiu-se manter tanto a acessibilidade como a qualidade dos cuidados, mesmo no contexto das dificuldades orçamentais e dos cada vez maiores cortes na área da saúde. Porém perspetivam-se enormes desafios à continuidade dos ganhos alcançados já que se impõe racionalização dos recursos exigindo-se ao mesmo tempo aumentos de eficiência e eficácia (Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente, 2012).

É com esta tarefa entre mãos que nos apercebemos que apesar de todo o percurso vitorioso dos últimos anos, há grandes falhas de cariz teórico-prático já que existe uma grande oferta técnico-profissional de fácil acesso, perante uma falha e mesmo falta de orientação de planeamento e aplicação das redes de referenciação. Isto tem consequências nefastas nos diversos recursos, com custos inerentes e reflete a necessidade de medidas de controlo, as quais serão o mais adequadas quanto mais adaptadas à realidade estejam, a qual só se conhece através de estudos nomeadamente geo-demográficos e custo-benefício, para manter a equidade e continuidade na prestação de cuidados, não deixando de lado o imperioso critério da sustentabilidade (Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente, 2012).

A Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente (CHMCA), mais uma criação da CNSMCA, que integra os Serviços de Ginecologia-Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria Geral e Pediatria Diferenciada, Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Pediátrica, foi proposta em junho de 2012 para dar resposta, não só às imposições do Memorando de Entendimento firmado um ano antes pelo Governo Português com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia (CE) e o Banco Central Europeu (BCE), em que um dos objetivos principais é a quantificação dos recursos médicos em cada especialidade hospitalar, mas também à necessidade nacional de atualização da rede materna e neonatal em vigor, caracterizando as unidades gerais e diferenciadas que ela deve conter, e as respetivas redes de referenciação, tentando definir com a máxima clareza a política de acesso aos cuidados de saúde (Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente, 2012).

Mas muito ainda há por fazer e numa altura de reformas estruturais em que o combate ao desperdício e a rentabilidade dos cada vez menores recursos está em cima da mesa, urge conhecer de perto a realidade quer qualitativa quer quantitativa dos serviços, visando assim saber concretamente dados da oferta e da procura.

2.2. Acessibilidade em Saúde

A acessibilidade em saúde define-se como a “possibilidade de obter cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis. Esta possibilidade deverá pautar-se pelo princípio da equidade, tendo em conta as características de cada comunidade” (Baleiras & Ramos, 1992 cit in Remoaldo, 2003).

A prestação de cuidados de saúde tem sido tradicionalmente categorizada em subsistemas de prestação: Cuidados Primários, Secundários e Terciários. Porém, dada a ambiguidade na definição dos limites e conseqüentemente na sobreposição destes sectores, o percurso linear através deles que se espera do doente, acaba muitas vezes por não existir, tornando os subsistemas estanques e não comunicantes, podendo os cuidados ser prestados simultaneamente em diferentes sectores. Em suma, existe um elevado grau de diferenciação e um baixo nível de integração da prestação de cuidados de saúde, o que acarreta utilização injustificada de recursos (Ministério da Saúde, 2007).

A utilização exagerada dos serviços de urgência hospitalares por situações não urgentes, por exemplo, revela lacunas a nível da prestação de cuidados primários, nomeadamente um acesso limitado e em certos casos difíceis (Goodell *et al.*, 2009). Um estudo realizado nos Estados Unidos na década de 90 sugeria que cerca de 50% dos casos que recorriam aos serviços de urgência tratavam-se de situações não urgentes e que uma das principais causas se centrava na falta de um relacionamento frequente entre o paciente e o médico de família, quer seja por não lhe estar atribuído, quer pela não recorrência periódica ao mesmo (Petersen *et al.*, 1998).

O grau de acessibilidade a que hoje assistimos, aliada à liberdade de escolha de atendimento do doente e à não existência de uma cadeia de atendimento bem definida e bem utilizada quer pelos doentes, quer por profissionais de saúde, faz com que os serviços de urgência sejam vistos como um atendimento especializado, quer em recursos humanos quer tecnológicos, disponíveis vinte e quatro horas por dia, assim como uma porta de entrada ao SNS. No entanto, para garantir o grau de acessibilidade e equidade de uma sociedade democrática que todos desejamos, é essencial uma correta e ponderada utilização dos recursos, a qual se torna mais eficiente, quanto melhor forem as linhas de orientação para a sua utilização (Melo, 1999).

Mas a sociedade atual tem vindo a descurar parte dos cuidados em saúde, sobretudo na prevenção da mesma, recorrendo a estes apenas em situações agudas, procurando nesses casos respostas rápidas e eficazes para os seus problemas. Esta “forma de vida”, aliada a serviços de urgência abertos vinte e quatro horas por dia, faz com que o próprio conceito de acessibilidade seja enviesado e a sociedade o confunda com meios terciários de diagnóstico e tratamento acessíveis de forma rápida a qualquer momento, independentemente de estes serem necessários ou não (Ministério da Saúde, 2007).

Compete aos cuidados de saúde primários – que representam o primeiro e mais direto meio de acesso da população aos cuidados de saúde – promover o atendimento imediato ou a curto prazo e referenciar ao Hospital, quer à consulta externa quer ao serviço de urgência, apenas quando o âmbito de resolução das situações clínicas ultrapasse a capacidade dos cuidados primários ou seja realmente urgente (Ministério da Saúde, 2007).

Já aos serviços hospitalares compete prestar assistência à população em casos de doença crónica com necessidade de cuidados especializados – consulta externa – e em

casos de doença aguda que constituam verdadeiras situações de urgência ou emergência. O próprio conceito de acessibilidade ao serviço de urgência implica um contacto prévio com um meio de socorro que procederá à devida estabilização e encaminhamento adequados, segundo a rede de referenciação e em função da necessidade clínica (Ministério da Saúde, 2007).

Porém, implementar e pôr a funcionar todo este processo corretamente é algo bastante complexo, já que não só a utilização, como a própria acessibilidade aos serviços de saúde depende de vários fatores como são os geográficos – proximidade física aos serviços, rede de transportes –, socioeconómicos – custos com deslocação, utilização e terapêutica –, socioculturais – estilos de vida, perceção e valorização de saúde e doença –, demográficos e psicológicos – motivação para recorrer aos serviços de saúde (Melo, 1999).

Hoje em dia, o padrão de utilização de cuidados de saúde depende sobretudo da perceção de cada cidadão sobre a sua saúde e da sua família, não existindo nem regras nem ensino à comunidade sobre quando e como devem recorrer aos cuidados de saúde, nem sobre como funciona a cadeia de atendimento, o que provoca uma procura excessiva e inadequada de cuidados de saúde especializados. Esta é no entanto uma questão delicada já que o bem “saúde” é diferente de qualquer outro; trata-se de um bem único e individual e extremamente valioso, quer para quem o detém quer para quem o pode fornecer. Intitula-se um bem de mérito por, por um lado ser necessário manter e cuidar – prevenção da doença – como por fornecer satisfação não só àqueles que dele são detentores como à sociedade em geral, tornando-se um bem comum – de saúde pública – ao contribuir para a satisfação da comunidade pela universalidade do acesso (Melo, 1999).

Esta “ânsia” de saúde com que a nossa sociedade se depara quotidianamente leva a uma maior procura de cuidados de saúde, mesmo quando estes se revelam não ser estritamente necessários, o que provoca o aumento da utilização de recursos, nomeadamente humanos e económicos, que visam como principais objetivos, o atendimento de toda a procura e o mais rápido possível. Mas se a procura é desmesurada face à oferta, mais ainda quando se oferece um atendimento especializado a quem dele não necessita, estamos a desperdiçar recursos e a tornar obsoleto o atendimento a quem dele realmente precisa (Melo, 1999).

Por outro lado, a sobrelotação dos SUs provoca falhas na qualidade e segurança do atendimento, que se denota sobretudo por um grande aumento dos tempos de espera a que as situações realmente urgentes ficam sujeitas (Pines & Hollander, 2008). Esta situação afeta ainda mais crianças e idosos com fracos recursos económicos (Losek *et al.*, 1987).

Os elevados custos associados aos episódios de urgência não urgentes relacionam-se assim com os recursos humanos e materiais que são necessários ter sempre disponíveis para o atendimento permanente, mais ainda em situações de afluência desmesurada (DeLia & Cantor, 2009).

Vários estudos foram feitos, sobretudo nos EUA e constatou-se que a sobrelotação dos serviços de urgência tem consequências nefastas sobretudo para aqueles que se encontram verdadeiramente doentes, já que a eficiência e rapidez de resposta por parte dos serviços diminuem. Assim os grandes esforços no sentido de reduzir o número de episódios não urgentes que recorrem aos SUs visam sobretudo melhorar a qualidade dos serviços prestados e diminuir os custos associados à sobreutilização indevida (DeLia & Cantor, 2009).

Esta utilização indevida é um fenómeno crescente e bastante complexo, cuja resolução está longe do fim. Se por um lado as políticas das últimas décadas nos levam no sentido de uma acessibilidade universal, outras levam-nos ao encontro da tentativa de diminuição da afluência desnecessária aos serviços de urgência. Porém a linha entre uma e outra é ténue e é necessário um grande ensino à comunidade sobre acessibilidade e cadeia de atendimento para que na prática, ao aplicar medidas como a partilha de custos entre utente e governo, que diminuem a afluência e em parte aumentam a capacidade assistencial, não se acabe a incentivar a adesão a seguros de saúde privados e conseqüentemente limitar ainda mais o acesso aos mais carenciados, agilizando apenas a prestação de cuidados àqueles que podem recorrer a qualquer tipo de prestação, quer publica quer privada (Goodell *et al.*, 2009).

É por isso opinião unanime entre os especialistas que o atendimento no serviço de urgência chegou a um ponto de rutura e urge tomar medidas para inverter essa situação (Goodell *et al.*, 2009).

2.3. Financiamento dos Serviços de Saúde

O financiamento hospitalar é hoje em dia feito através de um sistema que se define como “um conjunto de regras objetivas, reconhecidas e politicamente aceites, destinadas à subsistência de uma rede de cuidados diferenciados que assegure a prestação efetiva de cuidados aos doentes e que incentive a gestão eficiente dos recursos” (Bentes *et al.*, 1996).

Consoante o tipo de sistema de saúde – estadual ou subsistema e outros terceiros pagadores – também a modalidade de financiamento difere, procurando sempre, no entanto, promover os objetivos do sistema na sua globalidade, mantendo a equidade, eficiência e qualidade (Bentes *et al.*, 1996).

Em Portugal, até à década de 80, o Estado foi responsável quase a 100% quer dos meios de produção quer do financiamento, através de tributação, do SNS. Porém, dada a crescente percentagem do orçamento atribuída à saúde, repensou-se o financiamento, baseando-o na produção dos prestadores, criando assim incentivos para a utilização mais eficiente e distribuição mais objetiva dos recursos (Bentes *et al.*, 1996).

Desde a década de 90 que o financiamento hospitalar é baseado no sistema de classificação de doentes em Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDHs) como instrumento de financiamento e de controlo da gestão hospitalar (Bentes *et al.*, 1996). O novo sistema foi idealizado e operacionalizado nos EUA no final da década de 60, porém sofreu inúmeras revisões e atualizações para chegar ao que hoje conhecemos (Santana, 2005).

Este sistema de classificação agrupa os doentes internados em hospitais agudos consoante a clínica e o consumo de recursos, de forma coerente e homogênea, com base em características diagnósticas e perfis terapêuticos dos doentes, de forma a explicar o consumo dos recursos hospitalares (Bentes *et al.*, 1996). O objetivo do Ministério da Saúde com a adoção deste sistema é “relacionar os custos com o tratamento aplicado para racionalizar a gestão dos hospitais e proceder ao seu financiamento de uma forma mais equitativa” (Circular Normativa nº1/89 de 31 de janeiro).

A implementação deste processo em Portugal remonta a 1984, ao estabelecer-se um acordo entre a Universidade de Yale e o Ministério da Saúde do qual resultou um projeto cujos objetivos assentavam em testar a possibilidade técnica de formar GDHs a partir da informação das notas de alta e desenvolver um sistema de informação e custeio

por GDHs (Urbano & Bentes 1990 *cit in* Santana, 2005). Em 1987 iniciaram-se os estudos que levariam à implementação do sistema em janeiro de 1989, inicialmente como transição e posteriormente operacionalizado em 1990 (Santana, 2005).

Este sistema, baseado no Sistema de Pagamento Prospetivo Americano pretende que todos os hospitais recebam uma quantia fixa por cada doente em cada GDH, evitando um financiamento não equitativo, baseado apenas nos custos dos anos anteriores. Assim, o preço base é uma média dos custos do tratamento de todos os doentes abrangidos pelo programa, calculada a partir dos custos de uma amostra de hospitais. Ao preço base aplica-se ainda uma ponderação específica segundo GDH, que reflete o custo relativo desse GDH (Circular Normativa nº1/89 de 31 de janeiro).

Com este sistema, porém, os gastos com consultas externas e episódios de urgência são fixados com base num preço médio, de acordo com o número de atendimentos. Já os meios complementares de diagnóstico e terapêutica serão pagos por unidades produzidas. Os gastos diretos com internamento é que passarão a ser pagos por doente saído, de acordo com cada valência, diferentes para hospitais centrais e distritais e tendo em conta custos médios que se ajustam com base em demoras médias e taxas de ocupação (Bentes *et al.*, 1996).

Certas especificidades do contexto da saúde em Portugal, como um Estado que assume simultaneamente as funções de proprietário, pagador e gestor, não conseguindo fugir aos conflitos de interesse de cada situação; as características muito específicas dos hospitais, nomeadamente estruturais, de valências existentes ou incidência das patologias; ou o acumular de sub e sobredotações financeiras, leva a que o modelo de financiamento por GDH se distancie do SPP americano e assumam características próprias. Delas se destaca o modelo redistributivo, em que se pretende que o montante global das verbas existentes, determinado por um processo político e social, seja distribuído de forma racional pelas instituições, visando manter a neutralidade orçamental e que os preços definidos para os GDH reflitam os custos médios praticados nos hospitais do SNS (Bentes *et al.*, 1996).

Com este sistema de financiamento, a unidade de pagamento é o doente saído. Este é classificado num grupo que pondera elementos clínicos como pessoais, nomeadamente idade ou género do doente e ainda o destino pós-alta. A cada GDH está ainda associado um coeficiente de ponderação, uma medida de custo esperado com um doente típico desse grupo específico, expresso relativamente ao custo do doente médio

nacional. Cada hospital tem também as suas especificidades, expressas através do seu índice de “case-mix”, um indicador que caracteriza o perfil de produção da instituição em termos do custo dos seus doentes tratados. Determina-se pelo rácio entre o número de doentes saídos, ponderados pelos coeficientes relativos dos respetivos GDH e o número total simples de doentes saídos. É um importante elemento de comparação entre instituições já que permite uma correção contínua ao fornecer uma informação mais objetiva das instituições e dos seus custos do que os tradicionais indicadores de gestão ou os critérios de financiamento das instituições (Bentes *et al.*, 1996).

Os episódios de urgência são financiados unitariamente, através de um preço fixo, consoante os hospitais tenham um serviço de urgência básica, médico-cirúrgica ou polivalente. Segundo o contrato-programa para 2012, fixou-se uma tabela de financiamento com os seguintes preços, básica – 34,76€, médico-cirúrgica – 61,04€ e polivalente – 121,81€ (Contrato-Programa 2012). Este preço engloba “todos os procedimentos e meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica realizados durante aquele episódio, não havendo lugar à faturação de atendimentos urgentes que tenham dado lugar a internamento do doente” (Portaria nº132/2009).

O financiamento das Unidades Locais de Saúde (ULS), cuja prestação integrada de cuidados de saúde é sustentada nos cuidados de saúde primários e na sua capacidade de gerir o estado de saúde da população, foi alterado em 2010. Desde esse ano aplica-se uma metodologia de pagamento de base capitolacional (Contrato-Programa 2012).

Pretendeu-se com este novo modelo, entre outras coisas, incorporar efetividade de prestação e aumentar a componente variável associada ao cumprimento de metas de qualidade e sustentabilidade. Ou seja, este tipo de financiamento pretende aproximar o valor real atribuído a cada instituição ao seu valor *target*², calculado com base nas características e necessidades de saúde da respetiva população, de modo a ajustar o pagamento ao risco previsível e encorajar a prestação de estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde, através de cuidados de saúde primários de excelência (Contrato-Programa 2012).

Assim, segundo esta metodologia, o valor *per capita* a atribuir a cada ULS parte de um *capita* Nacional, o qual é calculado com base no Orçamento do SNS e depois de

² Valor *target* – em português custo-meta, é uma estratégia de gestão de custos que, a partir do preço de mercado, estabelece um teto de custo para os produtos ou serviços. É uma estratégia mais eficaz quando ocorre na fase de projeto do produto (Souza, M.A., Zanella, F.C., & Nascimento, A.M).

apurado, dividido pela população residente em Portugal continental. O cálculo do valor *per capita* de cada ULS é posteriormente ajustado à sua população, através de um índice que reflete as características da mesma, assim como as diferenças entre entidades geográficas de oferta e procura de cuidados de saúde. Deste cálculo fazem parte duas componentes: os determinantes em saúde da despesa (40%), baseados num modelo explicativo da variação da despesa, e o estado de saúde das populações (60%), o qual é aferido através da taxa de mortalidade padronizada pela idade (Contrato-Programa 2012).

No que diz respeito ao atendimento de episódios de urgência prestados a nível dos cuidados de saúde primários, num serviço de atendimento permanente ou prolongado, o valor de financiamento é unitário, fixado nos 36,00€ (Portaria nº132/2009).

Todas as prestações de cuidados de saúde cujos encargos sejam suportados pelo orçamento do SNS, nomeadamente consultas, realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs), exceto em regime de internamento, serviços de urgência e atendimento permanente e sessões de hospital de dia, implicam ainda o pagamento de taxas moderadoras (Portaria nº306-A/2011).

Assim, os episódios de urgência hospitalar são ainda financiados diretamente pelo utente através do pagamento de uma taxa moderadora no valor de 20,60€, 18,00€ e 15,45€, consoante se trate de uma serviço de urgência polivalente, médico-cirúrgica ou básica, respetivamente, a partir dos treze anos de idade, inclusive. Se o utente recorrer antes a um serviço de atendimento permanente disponível nos cuidados de saúde primários, é-lhe cobrada taxa moderadora no valor de 10,30€ (Portaria nº306-A/2011, DL nº113/2011).

Os MCDTs definem-se, segundo Lopes (2006), como “exames laboratoriais, imagiológicos, colheita de amostras por meios mais ou menos invasivos, e ainda atos de tratamento variados, realizados em regime ambulatorio ou de internamento hospitalar”. Segundo o mesmo autor, o número de atos de diagnóstico e tratamento efetuados, passou a ser referido nas estatísticas hospitalares, a par do número de episódios de internamento, urgência e de consulta. São ainda utilizados como objeto de estatística e comparação para medir a produção dos serviços, e de faturação a terceiros, pelo que devem ser tidos em conta quando falamos de financiamento hospitalar.

Os preços dos MCDTs são unitários e foram fixados segundo a portaria nº132/2009, mantendo-se estes em vigor em 2012. Quanto às taxas moderadoras cobradas pela sua realização, estas variam consoante os preços do SNS de cada MCDT. Assim, são calculadas segundo o limite inferior e superior do preço do MCDT, que gera um intervalo de custo, para o qual está fixado um valor de taxa (Figura 1).

Estas taxas foram ainda tabeladas unitariamente segundo a Portaria nº839-A/2009.

Quando um utente recorre ao serviço de urgência e durante o episódio lhe são realizados MCDTs, o valor total devido pela aplicação de taxas moderadoras em ambos os processos, não pode exceder o valor de 50,00€ (306-A/2011).

Preço do SNS de cada MCDT		Taxa Moderadora
Limite Inferior	Limite Superior	
1,10 €	1,49 €	0,35 €
1,50 €	1,99 €	0,50 €
2,00 €	2,49 €	0,65 €
2,50 €	2,99 €	0,80 €
3,00 €	3,49 €	0,90 €
3,50 €	3,99 €	1,00 €
4,00 €	4,49 €	1,10 €
4,50 €	4,99 €	1,20 €
5,00 €	5,99 €	1,30 €
6,00 €	6,99 €	1,40 €
7,00 €	7,99 €	1,50 €
8,00 €	8,99 €	1,60 €
9,00 €	9,99 €	1,80 €
10,00 €	12,49 €	2,00 €
12,50 €	14,99 €	2,50 €
15,00 €	17,49 €	3,00 €
17,50 €	19,99 €	3,50 €
20,00 €	22,49 €	4,00 €
22,50 €	24,99 €	4,50 €
25,00 €	29,99 €	5,00 €
30,00 €	34,99 €	6,00 €
35,00 €	39,99 €	7,00 €
40,00 €	44,99 €	8,00 €
45,00 €	49,99 €	9,00 €
50,00 €	54,99 €	10,00 €
55,00 €	59,99 €	11,00 €
60,00 €	64,99 €	12,00 €
65,00 €	69,99 €	13,00 €
70,00 €	74,99 €	14,00 €
75,00 €	99,99 €	15,00 €
100,00 €	124,99 €	17,50 €
125,00 €	149,99 €	20,00 €
150,00 €	174,99 €	22,50 €
175,00 €	199,99 €	25,00 €
200,00 €	224,99 €	27,50 €
225,00 €	249,99 €	30,00 €
250,00 €	349,99 €	32,50 €
350,00 €	499,99 €	40,00 €
500,00 €	> 500,00	50,00 €

Exemplo: Um MCDT (nomeadamente, um exame radiológico, uma análise clínica ou um tratamento de Medicina Física e Reabilitação) ao qual foi atribuído, de acordo com a Portaria n.º 163/2013, o preço (SNS) de € 6,20, importará o pagamento de uma taxa moderadora de € 1,40, por corresponder a valor compreendido entre o intervalo de € 6,00 a € 6,99. Para todos os MCDT cujo preço se inclua em tal intervalo, será aplicável a taxa moderadora de € 1,40.

Fonte(s): ERS, disponível em www.ers.pt/pages/142

Figura 1. Valor de Taxa Moderadora aplicável a cada MCDT

2.4. Sistema de Triagem

Dada a grande afluência aos SUs hoje em dia, nomeadamente por situações não urgentes, os hospitais viram-se obrigados a adotar um sistema de triagem capaz de estabelecer graus de prioridade e distinguir os casos verdadeiramente urgentes de entre o enorme volume de utentes (Januário, 2010). Tenta-se assim priorizar os episódios verdadeiramente urgentes através da atribuição de uma ordem de prioridade crescente consoante a gravidade dos sinais e/ou sintomas (Santos *et al.*, 2013).

O sistema de triagem nos serviços de urgência remonta à década de 60, altura em que a procura de serviços era muito superior à oferta em recursos, e surge numa tentativa de dar resposta aos doentes emergentes e urgentes que recorriam aos hospitais. Desde então muitos foram os sistemas de triagem utilizados, uns mais subjetivos, cujos critérios de prioridade são definidos pelos SUs e dependentes da sensibilidade dos profissionais; outros baseados em algoritmos computadorizados, como o sistema de triagem de Manchester e outros ainda com base numa triagem telefónica, também ela assente em algoritmos, como é a linha *Saúde 24* (Hay *et al.*, 2001).

Em 1994, na cidade de Manchester – Reino Unido, o grupo de trabalho da British Accident and Emergency Physicans, constituído por médicos e enfermeiros peritos em emergência e urgência, cria um novo sistema de triagem ao qual atribuíram o nome da cidade natal. Este sistema vem substituir uma escala de cinco níveis utilizada até então, já que com a grande afluência aos SUs surgiu a necessidade de uniformizar e agilizar o processo de triagem, permitindo a classificação dos doentes por ordem de necessidade (Mackway-Jones *et al.*, 2006). Os cinco grandes objetivos assumidos pelo grupo foram o desenvolvimento de uma nomenclatura e definições comuns, uma sólida metodologia de triagem, um programa de formação e um guia de auditoria para a triagem (Santos *et al.*, 2013).

O sistema de triagem de Manchester não estabelece diagnósticos mas sim uma prioridade clínica, baseando-se no princípio de que esta não tem de estar obrigatoriamente relacionada com o diagnóstico, mas antes que deve reproduzir aspetos da condição particular do doente. Por outro lado o objetivo do sistema de triagem num serviço de urgência é a agilização da gestão clínica do doente e consequentemente do próprio serviço, através da atribuição exata de uma prioridade (Mackway-Jones *et al.*, 2006).

Este sistema visa promover o atendimento médico em função de um critério clínico e não administrativo ou da ordem de chegada, de uma forma objetiva, reproduzível e auditável e sob controlo médico. Mas o sistema, para além da identificação da prioridade clínica, define ainda o tempo alvo recomendado até à observação médica, quer em situações de normal funcionamento e do SU como em situações de catástrofe (Grupo Português de Triagem, 2013). Está preconizado que o tempo de realização da triagem não deve superar os cinco minutos, exceto no caso da Pediatria em que este limite pode ser superado (Baumann & Strout, 2005).

O Grupo Português de Triagem de Prioridade na Urgência (GPT) nasce pela necessidade de garantir não só a implementação do novo sistema em Portugal, como o cumprimento das normas internacionais, nomeadamente no que respeita à formação e auditoria (Grupo Português de Triagem, 2013).

Assim, o objetivo deste sistema não é fazer diagnósticos mas sim estabelecer uma triagem de prioridade, através da identificação de “critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo recomendado até à observação médica.” (Grupo Português de Triagem, 2013). O método passa por identificar uma queixa inicial e seguir um fluxograma de decisão que contém várias questões designadas discriminadores, os quais correspondem a sinais e sintomas que, consoante a sua relevância, discriminam a prioridade clínica (Santos *et al.*, 2009).

O doente é assim classificado numa de cinco categorias (Figura 1), caracterizadas por número, tipo de urgência, cor e tempo máximo de espera para uma primeira avaliação médica em minutos (min) (Scoble, 2004). Em Portugal existe uma sexta categoria, não classificável, à qual se atribui a cor branca e que corresponde a situações de atividade programada ou não urgente (Figura 2) (Santos *et al.*, 2013).

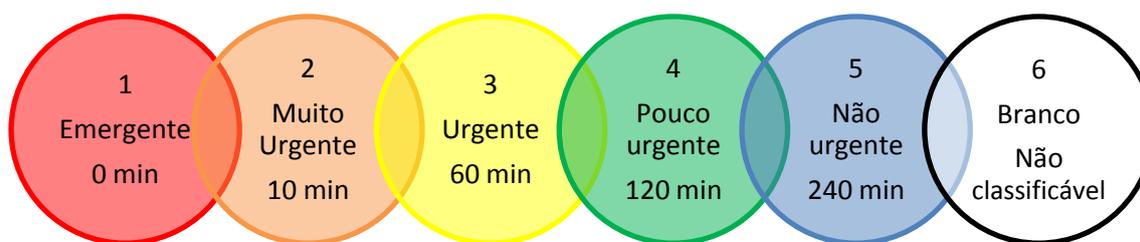


Figura 2. Prioridades do Sistema de Triagem de Manchester em Portugal

Desde a implementação deste sistema de triagem já foram realizados vários estudos com o intuito de perceber a eficácia do mesmo. Segundo Maldonado & Avner (2004), a aplicação do sistema requer prática e rigor para evitar que seja o próprio sistema a atrasar o atendimento dos casos verdadeiramente urgentes ou emergentes, quer por uma subvalorização dos mesmos, mas sobretudo por uma sobrevalorização dos casos pouco ou não urgentes.

Dois anos mais tarde, o estudo de Roukema *et al.* (2006) procurou avaliar a validade do sistema de triagem de Manchester na população pediátrica e concluiu que o sistema tem uma sensibilidade e especificidade moderadas na população pediátrica, sendo o seu grande problema a sobrevalorização dos casos. Neste estudo apurou-se que em mais de metade dos casos a cor não correspondeu verdadeiramente aos sintomas, existindo uma supraclassificação em 40% dos casos.

Estes estudos reforçam a ideia de que há que os episódios classificados como verdes ou não urgentes, carecem efetivamente de urgência de atendimento.

2.5. A Realidade em Pediatria

Apesar de todos os esforços que se têm vindo a fazer, um dos problemas com que hoje em dia a Pediatria mais se debate, é com a “inundação” dos SU, na esmagadora maioria dos casos por patologia ambulatoria, considerada urgência apenas pelos cuidadores (Fernández, 1996).

É precisamente a perceção que os cuidadores têm do estado de saúde e/ou doença dos seus filhos que influencia a recorrência aos cuidados de saúde, quer primários quer hospitalares. Os serviços de urgência pediátrica refletem assim o próprio sistema nacional de saúde, a forma como as famílias utilizam o sistema, como percecionam o seu estado de saúde ou doença e dos seus filhos, e em ultima instancia reflete a própria organização do SNS (Januário, 2010).

Segundo o PSMI, a Rede de Referenciação Materno-Infantil organiza-se de forma muito simples. Os Centros de Saúde devem estabelecer contacto com a UCF, que por sua vez estabelece o contacto com o Hospital de Apoio Perinatal da respetiva área geográfica. Só este, em caso de necessidade, fará o contacto com o Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado que dispõe de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Porém esta é ao mesmo tempo uma estrutura flexível já que dela fazem ainda parte serviços ou instituições pediátricas cujo grau de diferenciação faz delas uma referência direta (Rede de Referenciação Materno-Infantil, 2001).

Mas para uma correta referenciação é necessária uma definição objetiva quer de conceitos, quer das competências de cada nível de cuidados. Assim, segundo a Direção

Geral de Saúde (2001), define-se urgência como todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. Já o conceito de emergência, segundo a mesma fonte, são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais. Deste modo, o serviço de urgência é um serviço hospitalar que se destina ao atendimento de situações de doença aguda, consideradas emergentes ou urgentes, implicando um contacto prévio com um meio comunitário de socorro através do número de telefone 112 (Ministério da Saúde, 2007). Foi já há mais de trinta anos que a OMS estabeleceu definições para as situações de urgência, considerando-as hospitalares – emergência vital com necessidade de MCDTs; não hospitalares – necessidade de avaliação médica a curto prazo mas sem perigo de vida; e não urgentes – qualquer outro tipo de situação. Pela mesma definição considera-se procura injustificada do serviço de urgência hospitalar, todas as situações sem contacto prévio com entidade de saúde competente e cuja situação clínica seja considerada não urgente, sem perigo vital. (OMS, 1981 *cit in* Armentia, 1996).

Quanto às competências, compete aos centros de saúde garantir a primeira linha de acesso aos cuidados de saúde infantil e estabelecer, através das UCFs, se a situação assim o exigir, contacto com os HAP para uma prestação mais diferenciada. Deste modo importa estabelecer protocolos claros quer de atuação quer de referenciação entre as UCFs e os HAP para as situações de risco. (Rede de Referenciação Materno-Infantil, 2001).

Mas, para os utentes muitas são as vantagens em recorrer de forma indiscriminada aos serviços de urgência pediátrica, nomeadamente um fácil acesso a profissionais altamente qualificados e especializados. Consequentemente há um cada vez maior afastamento dos cuidados primários e um mau aproveitamento de recursos humanos e financeiros do SNS (Januário, 2010).

Esta é uma situação conhecida há mais de 50 anos e que atualmente não pode ser atribuída ao aumento da taxa de natalidade, hoje em dia em decréscimo, ou ao aumento populacional das grandes cidades que também sofreu um abrandamento. Porém o aumento dos episódios de urgência continua em ascensão drástica face aos números populacionais (Northington *et al.*, 2005).

Em 2001, nos EUA, registaram-se cento e oito milhões de episódios de urgência, um aumento de 20% face à década anterior, e dos quais vinte e dois milhões foram

crianças com menos de quinze anos. Como consequência nefasta deste aumento, houve uma degradação no atendimento devido à superlotação e consequente aumento drástico dos tempos de espera de atendimento. Paralelamente registou-se também um grande aumento na recorrência aos cuidados de saúde primários, que não estão preparados para dar resposta às crianças e suas famílias (Brousseau *et al.*, 2004).

Quando questionados, a maior parte dos utentes cujo episódio se releva não urgente afirma recorrer diretamente aos serviços de urgência pediátrica em qualquer situação aguda, por não ter acesso a uma alternativa de assistência, quer a nível de cuidados de saúde primários quer particular. Porém, outros afirmam que mesmo tendo assistência por parte do médico de família, recorre ao serviço de urgência sempre que lhe surge um problema de saúde, por acreditar existir melhor atendimento nos hospitais, sobretudo pela existência de meios complementares de diagnóstico de fácil acesso, mesmo sabendo de antemão que isto aumenta os tempos de espera e os custos associados com a visita (Northington *et al.*, 2005).

Serve como exemplo a linha telefónica *Saúde 24*, cujo conceito e objetivo é a orientação dos doentes quanto ao nível de cuidados que devem ser prestados para fazer face à sua condição clínica, mas que na esmagadora maioria das vezes não é usada por aqueles que recorrem diretamente ao serviço de urgência, sem lhes ser concedido encaminhamento quer por meio telefónico quer por recorrência aos cuidados primários (Januário, 2010).

Porém, ao contrário da perceção dos cuidadores, esta recorrência direta e atendimento frequente por médicos que nada conhecem dos antecedentes familiares ou da criança, não traz qualquer vantagem à resolução dos problemas da mesma, já que há uma preocupação com o estado agudo da criança, sem existir uma orientação educativa quer antecipatória quer futura, devido à falta de ligação entre aquele médico e aquela criança/família, a qual não tem sequer qualquer possibilidade de ser desenvolvida em contexto de urgência hospitalar. Este tipo de atendimento, de forma sistemática, torna mais difícil avaliar a criança como um todo e percecionar situações graves como doenças crónicas, abusos ou negligência (Rosenzweig, 1993).

De ano para ano assiste-se a um cada vez maior número de recorrências diretas ao SU, na maioria dos casos por *pseudo* ou falsas urgências. Estes picos assistenciais e estas falsas urgências, associados ao direito inequívoco de se assistir todas as crianças adequadamente, em qualquer ponto do país, sem o pagamento de taxa moderadora (até

aos doze anos), levam ao desencadear de situações de colapso a que hoje em dia assistimos e conseqüentemente à dificuldade em muitas vezes assistir as verdadeiras urgências no tempo devido (Fernández, 1996).

Importa então perceber porque é que a recorrência direta é tão esmagadora. Em 2006 foi realizado um estudo prospetivo nos EUA, através de questionários realizados junto dos cuidadores, durante 3 meses, cujo objetivo consistia em avaliar a perceção do estado de saúde/doença dos filhos. Conclui-se que 24% da amostra considerava as queixas dos filhos emergentes ou em risco de vida, 23% muito urgente e 53% como urgente ou pouco urgente. Porém 46% dos cuidadores afirmou ter recorrido aos cuidados de saúde primários antes de recorrer ao SU. Mais se concluiu que aqueles que afirmam recorrer com regularidade ao SU mesmo quando consideram a patologia urgente ou pouco urgente, fazem-no, não só pelos horários pouco flexíveis dos cuidados de saúde primários, mas também por acharem obter uma resposta mais eficiente do que nos cuidados de saúde primários (Haltiwanger *et al.*, 2006).

Na tentativa de explicar este fenómeno, todos os fatores que encontramos se relacionam inevitavelmente com o estilo de vida atual da nossa sociedade. Assistimos a uma era de informação que nos chega em avalanche, sem filtros, e em que o medo e a falta de confiança nos rodeiam constantemente. Muitas são as noticiais diárias de erros, de novas patologias, epidemias, e os pais, não imunes a isto, acabam por procurar respostas aos seus receios na “internet”, onde a informação é ainda mais díspar, muitas vezes pouco fidedigna e descontextualizada e na esmagadora maioria dos casos, alarmista. A roda-viva, com horários apertados, agendas preenchidas e a tão comum “falta de tempo”, características da nossa sociedade atual, associada ao consumismo de bens – quer sejam eles tangíveis ou de saúde – associado ainda aos horários muitas vezes pouco flexíveis dos cuidados primários, aumentam a recorrência aos serviços de urgência pediátrica abertos vinte e quatro horas por dia (Fernández, 1996).

É notório que a dificuldade em obter cuidados médicos a nível primário com rapidez tem influência nos episódios não urgentes que diariamente recorrem às urgências pediátricas. É assim importante que grande parte dos esforços para reverter esta situação recaia sobre a otimização destes serviços e na divulgação dos mesmos como principal fonte de resolução de problemas de saúde e de ajuda imediata às famílias e crianças (Brousseau *et al.*, 2004).

A promoção do acesso aos cuidados de saúde primários tem assim de começar pela intervenção dos prestadores junto das famílias e da comunidade, percebendo a posição dos pais e o que estes têm a dizer, em continuo diálogo e esclarecimento de dúvidas junto dos prestadores, com ações de formação e início de novas medidas que visem um mais rápido e eficiente atendimento às famílias e suas crianças. Só com uma comunicação de alta qualidade se consegue estabelecer uma relação de confiança entre médico o paciente, relação esta que está na base de uma prática clínica de excelência, onde a família se sente próxima do prestador, confia e a ele recorre em qualquer situação, porque sabe que vai obter uma pronta resposta de qualidade (Brousseau *et al.*, 2007).

Importa assim não só promover a utilização dos recursos existentes e disponíveis à comunidade, através do incentivo da sua utilização, como promover um feedback destes à população à altura das suas necessidades (Ross *et al.*, 2004).

É objetivo da Academia Americana de Pediatria (AAP) o fortalecimento de uma relação de maior proximidade entre os cuidados de saúde primários e as famílias e crianças que deles necessitam. Também a AAP afirma que a afluência exagerada de casos não urgentes aos serviços de urgência pediátrica deve-se em parte à dificuldade sentida por parte dos cuidados em conseguir atendimento célere a nível dos cuidados de saúde primários (Brousseau *et al.*, 2004).

Num estudo realizado entre novembro de 1993 e março de 1995 na cidade de Ohio, EUA, pretendeu-se estabelecer uma relação entre a intervenção social junto da comunidade e a conseqüente diminuição do número de recorrências não urgentes aos serviços de urgência pediátrica. Seleccionaram um grupo de utentes pediátricos (não urgentes) e dividiram-no em dois grupos – controlo e intervenção social. Esta tem como objetivo acompanhar e orientar os pais e cuidadores através de informação educacional sobre, por exemplo, patologias e sinais de alarme que devem recorrer aos cuidados primários ou diretamente ao serviço de urgência. No final do estudo, quando comparados os dois grupos, o de intervenção social registou uma diminuição de 26% na recorrência aos serviços de urgência com casos não urgentes (Ross *et al.*, 2004).

Os serviços prestados por assistentes sociais são cada vez mais importantes e cruciais para ajudar a população a encontrar os cuidados de saúde consoante as suas necessidades, mais perto de casa, nos recursos e serviços disponíveis, através do médico e enfermeiro assistentes, nos cuidados de saúde primários, como grande base do

acompanhamento às famílias, atirando os serviços de urgência para casos realmente urgentes e fora de horas. Esse trabalho, que passa por aconselhamento, encaminhamento e articulação dos recursos disponíveis com a comunidade, tem apresentado resultados muito satisfatórios junto das crianças com necessidade de cuidados não urgentes (Mccoy *et al.*, 1992).

Mas para que este trabalho resulte, é preciso que todos estejam empenhados, que haja uma aposta forte por parte dos cuidados primários na educação dos pais e ao mesmo tempo um atendimento de excelência, com acesso rápido a um médico durante grande parte do dia, falando-se mesmo em oferta vinte e quatro horas de cuidados primários (Franco, 1997).

Mas sempre que falamos de crianças todo o trabalho se torna mais delicado, já que a percepção do estado de saúde e doença, assim como a própria qualidade em Pediatria contemplam um desafio específico. Há várias características que conferem às crianças um estatuto especial no que a cuidados de saúde diz respeito. Uma é a ansiedade dos pais face ao seu estado e à rápida resolução do mesmo, levando-os muitas vezes a recorrer aos serviços de urgência sem necessidade. Porém a permanência num serviço de urgência por si só aumenta ainda mais o estado de ansiedade dos pais, o qual é inevitavelmente transmitido à criança, quer seja pelos prolongados tempos de espera a que hoje assistimos, quer pela expectativa quanto à gravidade da situação (Mcdonald *et al.*, 2006).

Em geral as crianças constituem uma população saudável, não é usual terem várias doenças em simultâneo, e a verdadeira necessidade de contacto com o hospital dá-se numa pequena parte desta população. O primeiro contacto com os serviços de saúde é até geralmente a nível dos cuidados primários com o teste de rastreio de doenças metabólicas, com a pesagem semanal, a primeira consulta e as imunizações. E de um modo geral os pais são bastante recetivos a estes serviços. A rapidez e disponibilidade de atendimento por parte destes serviços constitui um ponto essencial à manutenção da prestação de cuidados de saúde de qualidade em pediatria, assim como ao fortalecimento de uma relação de confiança médico/paciente e sobretudo numa relação de confiança entre família e cuidados primários, e é precisamente isto que deve ser incentivado, fortalecido e enaltecido, para se converter numa relação privilegiada e de excelência (Mcdonald *et al.*, 2006).

Esta é uma relação que deve ser incentivada, fortalecida e acessível a todos. Mesmos nos grupos socioeconomicamente mais desfavorecidos ou nas famílias mais carenciadas, geralmente há uma atenção especial face às crianças, a qual se reflete numa preocupação pela sua saúde, mas paralelamente a uma perceção muitas vezes exagerada do seu estado de doença (Januário, 2010).

Se privilegiarmos esta relação de confiança família/cuidados primários, baseada na rapidez de acesso e qualidade nos cuidados prestados, conseguimos diminuir os episódios de falsas urgências que diariamente se apresentam nos SUs pediátricos (Brousseau *et al.*, 2007).

No seguimento desta necessidade crescente de dar resposta aos cidadãos em matéria de saúde e ao mesmo tempo de racionalizar os recursos, surge o serviço *Saúde 24*, como parte integrante do Serviço Nacional de Saúde e que se propõe a estabelecer uma orientação inicial ao utente (Direção Geral de Saúde, 2007).

É um serviço disponível vinte e quatro horas por dia através de vários canais – telefone, fax, página web e correio eletrónico (Direção Geral de Saúde, 2007). O mais conhecido é o apoio telefónico, tem cobertura nacional e visa o aconselhamento à população na área da saúde, de modo a fazer a triagem e o encaminhamento que melhor se adequa ao problema apresentado, facilitando, por um lado, o acesso aos serviços de saúde do SNS da forma mais adequada possível e por outro, atenuando a pressão sobre os serviços de urgência (Relatório anual SNS 2012).

Este sistema de atendimento é ainda constituído por outro serviço do foro clínico, a “Linha de Saúde Pública”, em que são prestados esclarecimentos e apoio em matéria de saúde pública; e um serviço não clínico de informação geral em saúde em que são prestados esclarecimentos gerais sobre temáticas e recursos de saúde (Direção Geral de Saúde, 2007).

No Relatório Anual do SNS de 2012 foram apresentados as principais causas de pedido de ajuda a esta linha, organizados por faixa etária e através desta análise podemos concluir que as patologias mais frequentes são apresentadas em idade pediátrica, ou seja, que esta faixa etária recorre bastante a esta linha de aconselhamento.

Segundo o mesmo relatório, em 2012 verificou-se um crescimento na utilização de cuidados de saúde primários, porém no que especificamente às consultas de saúde infantil diz respeito, denota-se um decréscimo face ao ano anterior, o que poderá ser

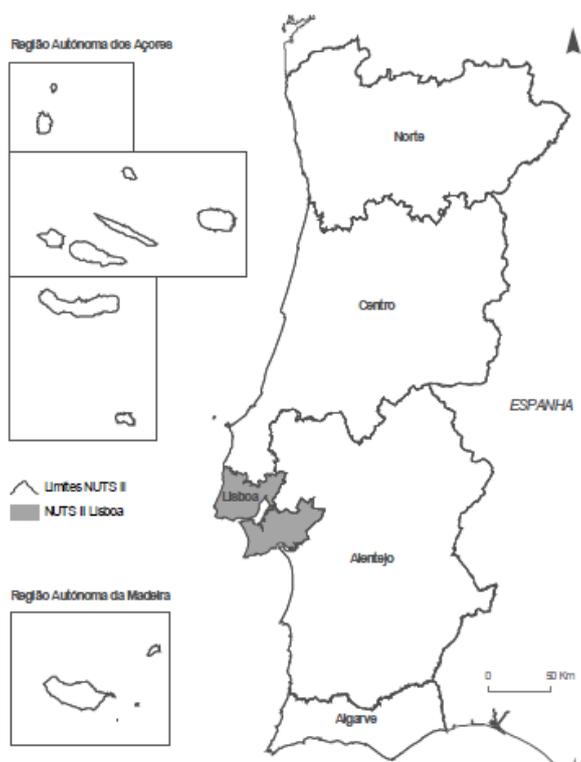
explicado pelas alterações demográficas ou da taxa de natalidade, mas que na sua globalidade reflete uma menor utilização de cuidados de saúde.

Face a esta realidade muito há ainda a fazer no sentido de fomentar a utilização dos cuidados de saúde primários, quer na promoção contínua da saúde e prevenção da doença, como num contexto de cuidados agudos e/ou pré-hospitalares.

3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

Para o mais fidedigno conhecimento da realidade importa não só conhecer os meios disponíveis mas igualmente a população que a eles acede, já que esta última vai acabar por condicionar os primeiros, mostrando-nos constantemente as necessidades do presente. (Rede de Referenciação Materno-Infantil, 2001).

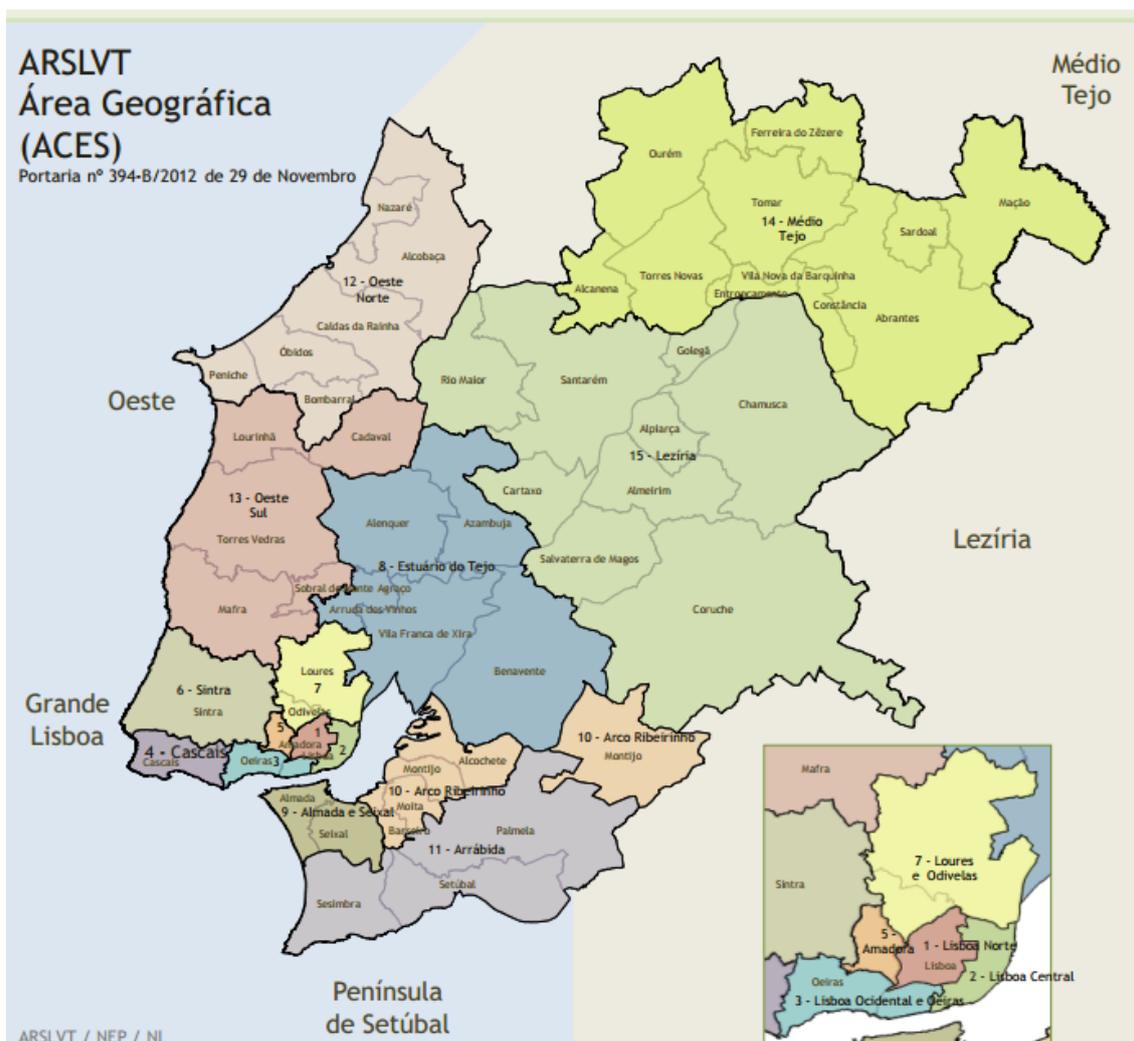
O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (CHBM) serve as populações dos concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo, inseridos na Área Metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo, a qual está dividida em duas grandes regiões – Grande Lisboa e Península de Setúbal (Figura 3) (ARS-LVT, 2012).



Fonte (s): INE

Figura 3. Enquadramento geográfico da Área Metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo

Estes municípios possuem localmente unidades de saúde pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES X) – Arco Ribeirinho, que integra a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT) (Figura 4) (ARS-LVT, 2012).

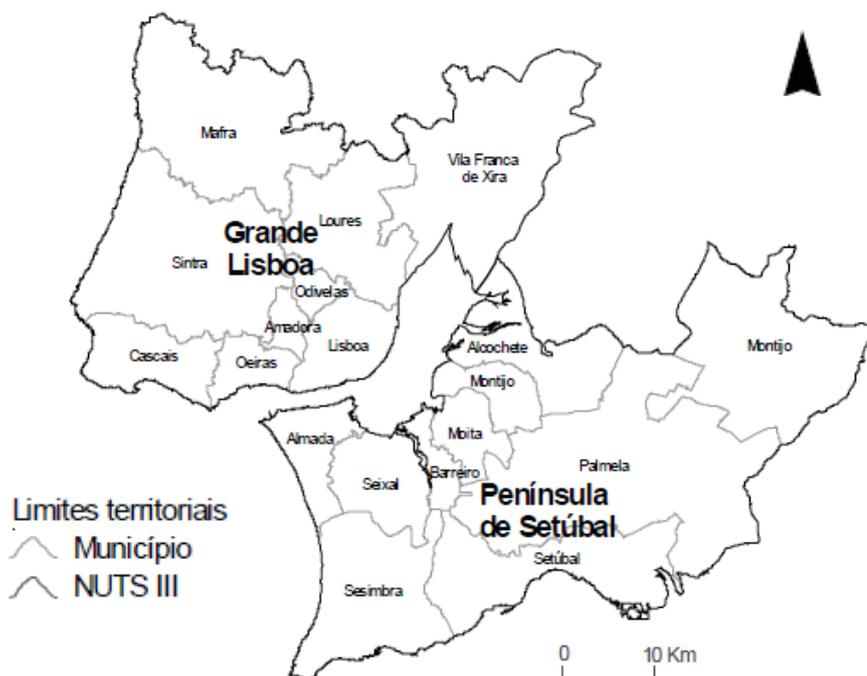


Fonte (s): ARS-LVT

Figura 4. Área Geográfica ARS-LVT

3.1. Caracterização da População

A Área Metropolitana de Lisboa é constituída por dezoito Municípios, geograficamente distribuídos em duas regiões. A Região da Grande Lisboa, que engloba os concelhos de Amadora, Cascais, Lisboa, Loures, Mafra, Odivelas, Oeiras, Sintra e Vila Franca de Xira; e a Região da Península de Setúbal da qual fazem parte os concelhos de Alcochete, Almada, Barreiro, Moita, Montijo, Palmela, Seixal, Sesimbra e Setúbal (INE, 2012).



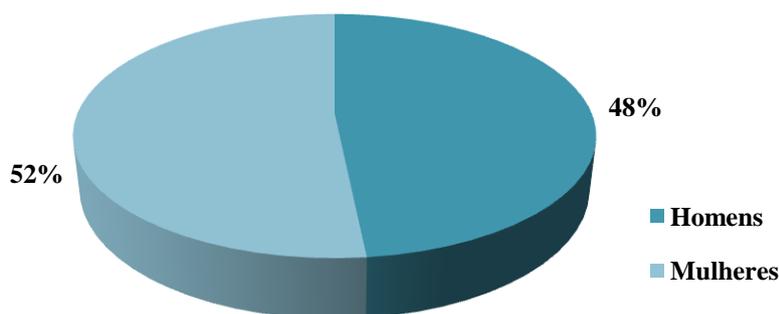
Fonte (s): INE

Figura 5. Divisão Territorial da Área Metropolitana de Lisboa

Segundo os dados definitivos do Censos 2011, os concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo têm uma população residente de 213584 habitantes, distribuídos sobretudo pelos municípios do Barreiro e da Moita, curiosamente aqueles com menos área territorial (INE, 2012)³.

O concelho de Alcochete tem uma área 128,4 km² mas uma população residente de 17591 habitantes, com uma densidade populacional de 137,0 habitantes/km² (hab/km²). É o município menos povoado de toda a Área Metropolitana de Lisboa. A sua população é constituída por 48% de homens e 52 % de mulheres (Figura 6), distribuída sobretudo pela faixa etária entre os 25 e os 64 anos (Figura 7) (INE, 2012).

³ Todos os dados apresentados daqui em diante foram retirados do Anuário Estatístico para a Região de Lisboa para o ano 2011, publicado em dezembro de 2012, que tem como fonte, estimativas provisórias da população residente, com base no Censos 2011, pelo que pode existir discretas diferenças a nível da população total residente, mas que nunca ultrapassam o número de 150 habitantes no total.



Fonte (s): INE

Figura 6. Distribuição da população do concelho de Alcochete segundo o género

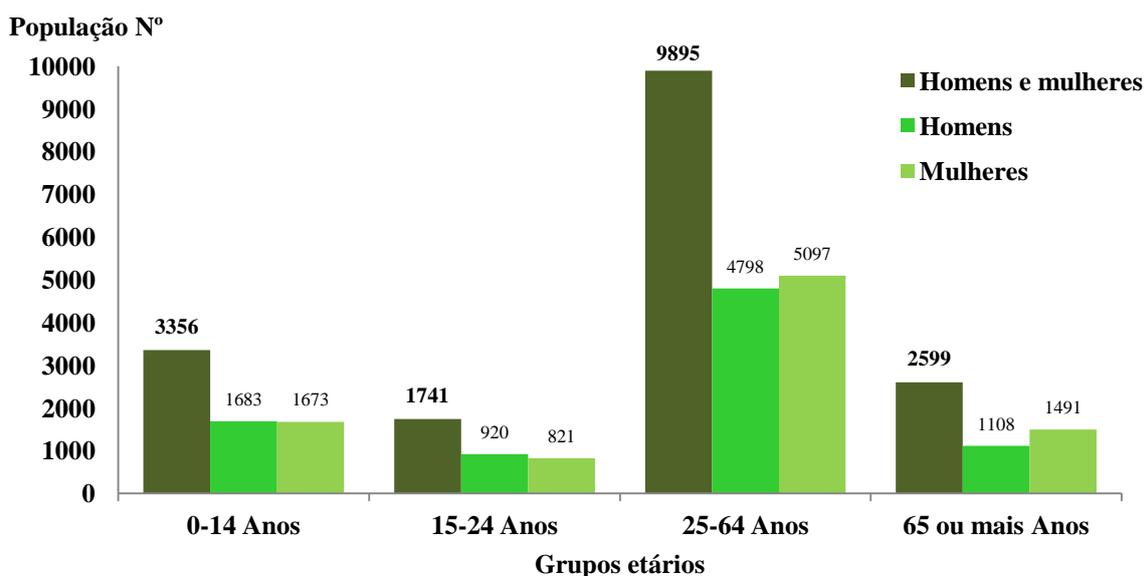
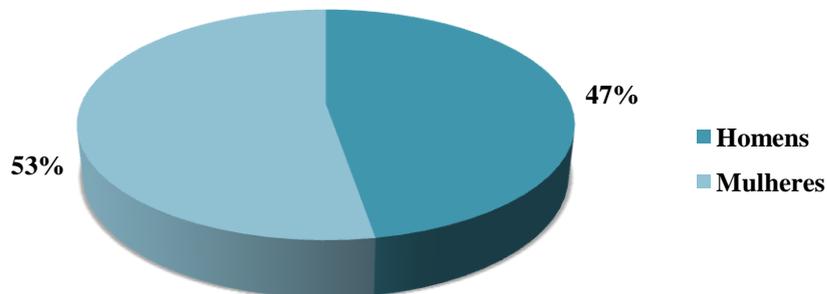


Figura 7. Distribuição da população residente do concelho de Alcochete segundo a faixa etária

Fonte(s): INE

O município do Barreiro tem uma área de 36,4 km² e uma população residente de 78511 habitantes. É o concelho mais pequeno de toda a Península de Setúbal, sendo o quarto mais povoado. Dos municípios em estudo é aquele que tem mais habitantes residentes, com uma distribuição entre homens e mulheres muito equivalente, 47% e 53% respetivamente (Figura 8), maioritariamente distribuídos na faixa etária entre os 25

e os 64 anos (Figura 9). Tem uma densidade populacional elevada de 2157,4 hab/km², a segunda maior da Península de Setúbal (INE, 2012).



Fonte (s): INE

Figura 8. Distribuição da população do concelho do Barreiro segundo o género

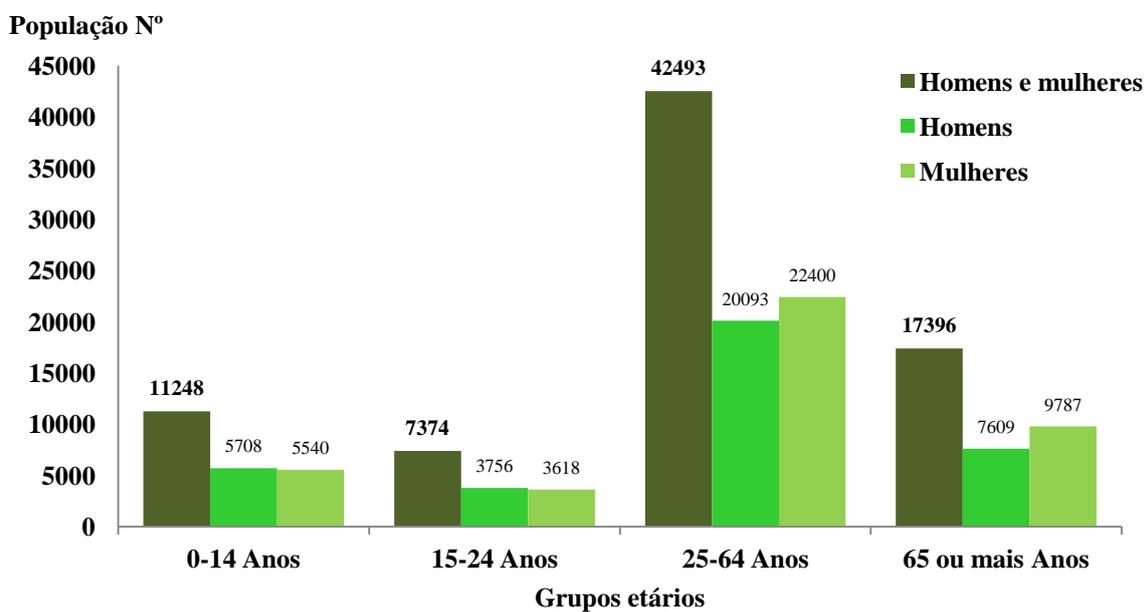
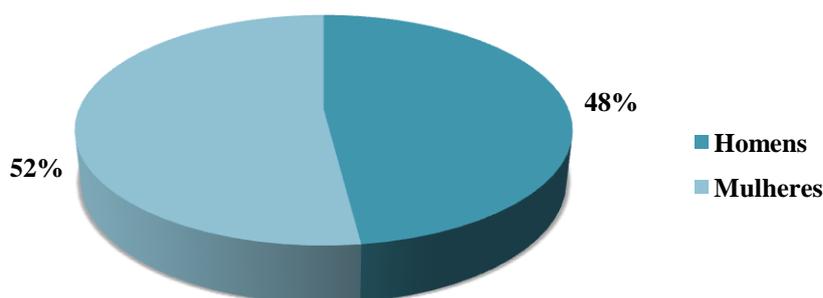


Figura 9. Distribuição da população residente do concelho do Barreiro segundo a faixa etária

Fonte(s): INE

O concelho da Moita tem uma área de 55,3 km², o segundo mais pequeno da Península de Setúbal, mas o segundo mais povoado dos quatro em estudo, com uma população residente de 66042 habitantes, apresentando uma densidade populacional de 1195,1 hab/km². A população caracteriza-se por 48% do sexo masculino e 52% do sexo feminino (Figura 10), encontrando-se, tal como nos outros municípios, maioritariamente na faixa etária entre os 25 e os 65 anos (Figura 11) (INE, 2012).



Fonte (s): INE

Figura 10. Distribuição da população do concelho da Moita segundo o género

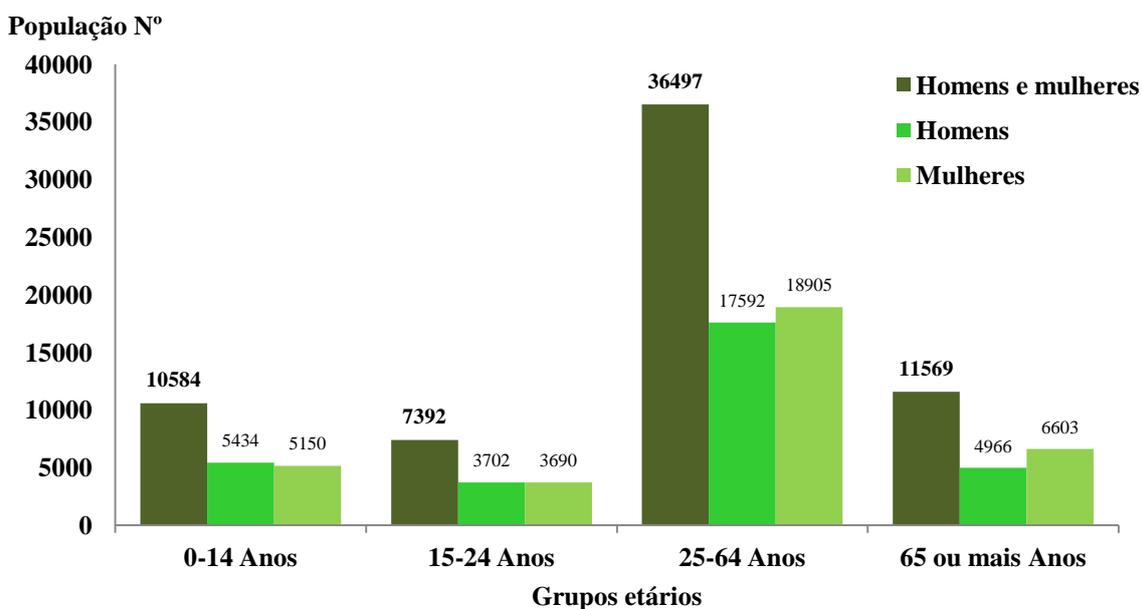
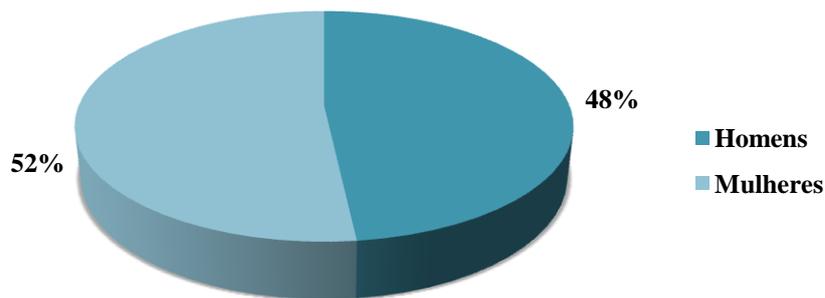


Figura 11. Distribuição da população residente do concelho da Moita segundo a faixa etária

Fonte(s): INE

O município do Montijo, é o maior dos quatro em estudo e o segundo maior quer da Península de Setúbal, quer da própria Área Metropolitana de Lisboa, com 348,6 km². Tem uma população de 51279 habitantes, que tal como nos outros concelhos em estudo, é maioritariamente constituído por mulheres (52% *versus* 48% de homens) (Figura 12) e distribui-se sobretudo pela faixa etária entre os 25 e os 64 anos (Figura 13) (INE, 2012).



Fonte(s): INE

Figura 12. Distribuição da população do concelho do Montijo segundo o género

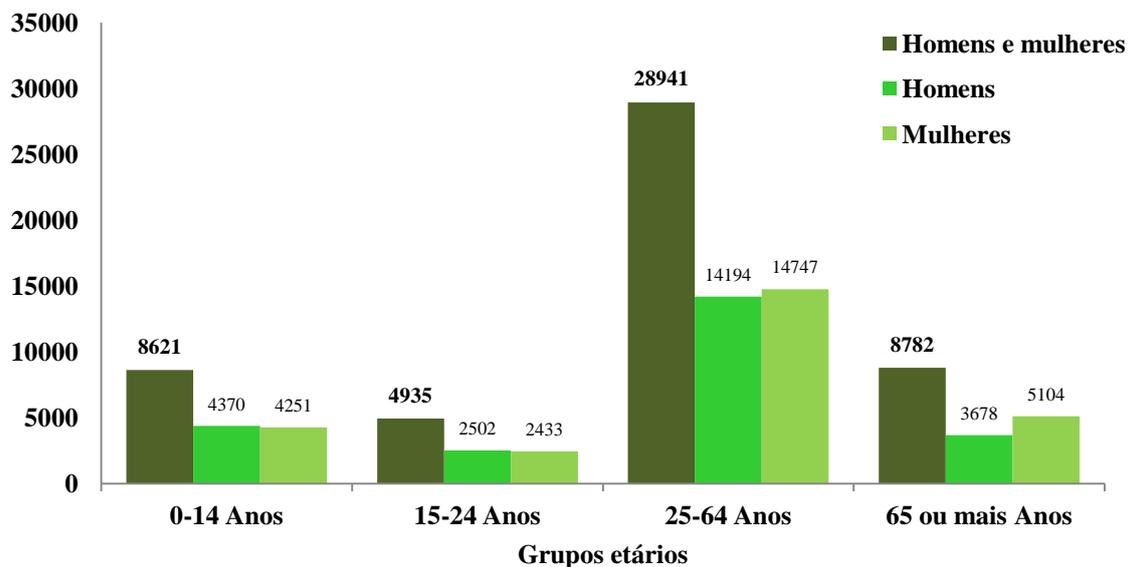


Figura 13. Distribuição da população residente do concelho do Montijo segundo a faixa etária

Fonte(s): INE

3.2. Caracterização dos Cuidados de Saúde Primários

Em 1978 a OMS definiu os Cuidados de Saúde Primários como essenciais, cientificamente fundamentados, baseados em métodos e tecnologias práticos e que estão socialmente aceites e acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade, contando com a sua participação integral. Consideram-se o núcleo do sistema de cuidados de saúde de um país e fazem parte do desenvolvimento económico-social global da comunidade (OMS, 1978).

Os Cuidados de Saúde Primários representam o primeiro nível de acesso da comunidade aos cuidados de saúde, constituindo o Centro de Saúde a unidade física e funcional responsável pela prestação, representando também o primeiro patamar de acesso no processo constante de cuidar da saúde. A sua atuação tem relevante importância pela proximidade com as comunidades locais, garantindo a prestação de cuidados primários na sua vertente de Medicina Geral e Família (ARS-LVT, 2011).

Na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, o processo de reconfiguração dos Centros de Saúde em 2009, levou à extinção das sub-regiões de saúde de Lisboa, Santarém e Setúbal, e à criação de vinte e dois ACES, dispostos em cinco NUTS III⁴ (Portaria n.º 276/2009; ARS-LVT 2011). Porém também esta divisão sofreu uma reorganização no final de 2012, com a fusão de alguns Agrupamentos, sendo a ARS-LVT atualmente constituída por quinze ACES (Quadro 1) (ARS-LVT 2012, 2013).

Quadro 1. Agrupamento de Centro de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ARS-LVT – NUTS III					
Grande Lisboa		Península de Setúbal	Oeste	Médio Tejo	Lezíria do Tejo
ACES I – Lx Norte	ACES V – Amadora	ACES IX – Almada-Seixal	ACES XII – Oeste Norte	ACES XIV – Médio Tejo	ACES XV – Lezíria
ACES II – Lx Central	ACES VI – Sintra	ACES X – A. Ribeirinho			
ACES III – Lx Ocidental e Oeiras	ACES VII – Loures -Odivelas	ACES XI – Arrábida	ACES XIII – Oeste Sul		
ACES IV – Cascais	ACES VIII – Estuário do Tejo				

Fonte(s): ARS-LVT

⁴ NUTS: Unidades Territoriais Estatísticas de Portugal, através das quais se estabelecem os limites territoriais do país para fins estatísticos. Subdividem-se em três níveis decrescentes em área territorial: I – três unidades, II – sete unidades, III – 28 unidades (DL n.º244/2002).

Os ACES por definição são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais que agrupam um ou mais centros de saúde, e têm como objetivo garantir a prestação de cuidados primários à população de determinada área geográfica (DL n°28/2008).

Do ACES XV – Arco Ribeirinho fazem parte seis Centros de Saúde: Alcochete, Baixa da Banheira, Barreiro, Moita, Montijo e Quinta da Lomba. Todos eles têm como Hospital de referência o CHBM. Dos Centros de Saúde fazem ainda parte várias Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (Quadro 2) (ARS-LVT, 2012).

Como já foi referido, segundo o Censos 2011, o ACES XV engloba os concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo, os quais têm uma população residente de 213584 habitantes e uma área total de 563 km², o que perfaz uma densidade populacional de 379hab/km² (ARS-LVT, 2012).

Quadro 2. ACES XV- Arco Ribeirinho: Centros de Saúde e respetivas extensões, UCSP e USF

ACES XV – ARCO RIBEIRINHO					
CS Alcochete	CS Baixa da Banheira	CS Barreiro	CS Moita	CS Montijo	CS Quinta da Lomba
- UCSP Alcochete: • Ext. Passil • Ext.Samouco	- UCSP Baixa da Banheira - USF Querer Mais	- UCSP Av. Bocage - USF Eça - USF Ribeirinha - USF Lavradio	- UCSP Moita - UCSP Alhos Vedros	- UCSP Montijo: • Ext. Rio Frio • Ext. Montijo - UCSP Montijo Oriental: • Ext. Canha • Ext. Sto Isidro • Ext. Pegões - USF Afonseiro	- UCSP Quinta da Lomba: • Ext. Palhais • Ext. Coina - USF Quinta da Lomba

Fonte(s): SIARS *cit in* ARS-LVT, IP – DEP/Estatística

Todos os Centros de Saúde (CS) do ACES X oferecem aos seus utentes consultas de vigilância de carácter programado, que têm como objetivo ocupar-se dos problemas de saúde não diferenciados dos indivíduos e das famílias, de forma continuada, e são realizadas pelo médico de família do utente (ARS-LVT, 2013).

Para além deste serviço, todos os CS oferecem ainda serviços de atendimento complementar. Trata-se de um atendimento no Centro de Saúde, fora das consultas regulares, prestado por outro médico que não o de família do utente, na ausência deste, ou quando o utente não tem médico de família atribuído, e que pode ter várias vertentes. Em todas as USFs do ACES X, o atendimento complementar passa por uma consulta aberta, que se trata de um período de consulta com marcação presencial ou telefónica só no próprio dia, para garantir a intersubstituição, ou seja, garantir cuidados de saúde ao utente, geralmente por situações aguda, na ausência do seu médico de família ou quando este não está atribuído. Geralmente a consulta aberta funciona de segunda a sexta-feira no horário das oito às vinte horas (ARS-LVT, 2013).

Outro tipo de atendimento complementar é o chamado serviço de atendimento permanente ou prolongado (SAP), destinado à prestação de cuidados a utentes em situação de doença aguda ou urgente, e ao seu encaminhamento para os cuidados de saúde secundários quando assim se justifique. Funciona em horário pré-estabelecido – sábados das nove às vinte horas e domingos e feriados entre as oito e as catorze horas (ARS-LVT, 2013).

Segundo informação disponível *on-line* no Portal da Saúde, no ACES X este atendimento está disponível em três CS: no CS de Alcochete, funcionando fisicamente na UCSP Alcochete e abrangendo a população dos concelhos de Alcochete e do Montijo; no CS do Barreiro, na USF Lavradio, servindo as populações do CS do Barreiro e do CS da Quinta da Lomba; e no CS da Moita, funcionando fisicamente nas instalações da UCSP da Baixa da Banheira e abrangendo a população do concelho da Moita pertencente aos dois CS referidos (Portal da Saúde).

Segundo os dados do Censos 2011, estavam inscritos um total de 244101 utentes nas Unidades de Saúde do ACES, distribuídos pelos vários CS, havendo uma proporção de indivíduos inscritos de 114% e existindo um maior número de utentes inscritos nos concelhos mais povoados. De acordo com a mesma fonte, o número total de inscritos em idade pediátrica é de 47752 crianças, distribuídos de forma muito semelhante segundo o género. Se tivermos em conta o número de consultas de saúde infantil realizadas no mesmo período, deduzimos que a maioria da população pediátrica tem ou já teve pelo menos um contacto com os cuidados primários (Quadro 3).

Segundo a Análise do Movimento Assistencial dos Cuidados de Saúde Primários, apurou-se uma redução do número de utilizadores (utente com pelo menos um contacto no ano com os cuidados de saúde primários) face ao ano anterior, mas um aumento de 1,7% no número de utilizadores do ACES em 2012 (ARS-LVT, 2013).

Quadro 3. N° total utentes inscritos, N° inscritos entre 0-18 anos e N° total consultas Saúde Infantil 2011 ACES X – Arco Ribeirinho

Centro de saúde	N° total de utentes inscritos	N° utentes inscritos 0-18 anos	N° utentes inscritos 0-18 anos		N° Total Consultas Saúde Infantil
			Masculino	Feminino	
Alcochete	18310	4182	2120	2062	3664
Barreiro	59526	10144	5150	4994	21804
Quinta da Lomba	33055	6507	3413	3094	12291
Moita	38692	7620	3927	3693	9524
Baixa da Banheira	40216	11067	5608	5459	13394
Montijo	54302	8232	4165	4067	13128
TOTAL	244101	47752	24383	23389	3805

Fonte(s): SIARS *cit in* ARS-LVT, IP – DEP/Estatística

A nível de cuidados de saúde diferenciados, está ao dispor da população o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, constituído pelo Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro, e o Hospital Distrital do Montijo (Portal do CHBM).

O Hospital Distrital do Montijo oferece à população dos Concelhos de Alcochete e do Montijo um serviço de consultas externas de várias especialidades, assim como um serviço de urgência básica, em horário permanente de funcionamento – de segunda-feira a domingo, das zero às vinte e quatro horas. É também neste Hospital que funciona a Unidade de Cirurgia Pediátrica, inserida no serviço de Pediatria do Centro Hospitalar (Portal do CHBM).

O Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro presta cuidados de saúde secundários em múltiplas valências, funcionando em articulação com o ACES X, abrangendo toda a sua população. Entre as várias valências possui um serviço de Pediatria, do qual fazem parte, além da Unidade de Cirurgia já referida, a Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e o Serviço de Urgência Pediátrica que funciona em horário permanente (Portal do CHBM).

4. METODOLOGIA

Este capítulo pretende concretizar a investigação empírica, com base numa metodologia quantitativa e que permitirá aferir a existência ou não de relações entre as variáveis em estudo. Assim, identifica-se a população e amostra em estudo; são definidos os objetivos e formuladas as hipóteses de investigação; identificam-se as fontes de informação, método e recolha de dados e variáveis em estudo e por fim define-se como se procederá o tratamento e análise dos dados.

4.1. População e Amostra

A população alvo deste estudo são todos os episódios de urgência pediátrica relativos a indivíduos residentes nos concelhos abrangidos pela área de influência do Hospital Distrital do qual dependem.

A amostra é constituída por todos os episódios de urgência que recorreram ao serviço de urgência pediátrica do Hospital do Barreiro durante o período de um ano – de um de janeiro de 2012 a trinta e um de dezembro de 2012. Trata-se de uma amostra não probabilística.

Incluíram-se na amostra todos os episódios de urgência de indivíduos com idade pediátrica, ou seja, entre os zero dias e os dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias, que recorreram ao serviço de urgência pediátrica entre as zero horas de dia um de janeiro e as vinte e três horas e cinquenta e nove minutos de dia trinta e um de dezembro de 2012.

4.2. Objetivos e Formulação de Hipóteses

Objetivo Geral:

Caracterizar a afluência ao serviço de urgência pediátrica de um Hospital de nível II durante um período de um ano.

- Verificar se existe ou não uma afluência maioritária de episódios não-urgentes e caso se verifique, caracterizá-los.

- Verificar a repercussão da afluência ao serviço de urgência no consumo de recursos diferenciados/especializados, nomeadamente materiais e tecnológicos.

Assim, a questão de investigação à qual se pretende dar resposta com este estudo é: Existe utilização injustificada do Serviço de Urgência Pediátrica?

Esta questão formula a principal hipótese de investigação:

H1: Existem diferenças de afluência no tipo de episódio que recorre ao Serviço de Urgência Pediátrica?

Se com os dados recolhidos e após análise dos mesmos, aceitarmos H1, e se concluir haver um tipo de episódio que mais frequentemente recorre ao Serviço de Urgência Pediátrica, pretende-se realizar uma caracterização desses episódios, formulando-se para isso as seguintes hipóteses:

H2 – Existe relação entre o episódio mais frequente e o dia da semana.

H3 – Existe relação entre o episódio mais frequente e a hora de recorrência.

H4 – Existe relação entre o tipo de episódio mais frequente e o género dos utilizadores.

H5 – Existe relação entre o tipo de episódio e a média de idade dos indivíduos.

H6 – Existe relação entre o tipo de episódio mais frequente e a realização de MCDTs.

Para dar resposta aos objetivos e perceber, caso se verifique utilização injustificada do serviço de urgência, de que modo esta se repercute nos recursos disponíveis, pretende-se ainda caracterizar a utilização de MCDTs, já que estes constituem um importante recurso material e tecnológico dos serviços de saúde diferenciados, com custos inerentes. Para isso formulam-se as seguintes hipóteses:

H7 – Existe relação entre a realização de MCDTs e o dia da semana.

H8 – Existe relação entre a realização de MCDTs e a hora de recorrência.

H9 – Existe relação entre a realização de MCDTs e a idade dos indivíduos.

Por fim, pretende-se fazer uma caracterização global dos episódios, que ajude a dar resposta à questão central de investigação, através da hipótese:

H10 – Existe relação entre o tipo de episódio mais frequente e o tipo de saída.

H11 – Existe relação entre o tipo de episódio mais frequente e o tipo de alta.

A confirmação ou rejeição destas hipóteses vai-nos permitir conhecer melhor a população que recorre ao Serviço de Urgência Pediátrica de um Hospital de nível II, acrescentando conhecimento aos estudos já realizados noutros Hospitais, o que permite delinear estratégias de melhoria continua quer na prestação de cuidados quer na organização de recursos.

4.3. Variáveis em estudo, Método e Instrumentos de recolha de dados

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, que pretende estabelecer, em termos quantitativos, se existe ou não relação entre variáveis, dentro de um mesmo fenómeno comum. Este tipo de estudo permite avaliar se as variáveis estão relacionadas ou testar as hipóteses dessas relações.

A fim de dar resposta aos objetivos propostos pretende-se analisar as variáveis: idade, género e concelho de residência dos indivíduos, dia da semana, hora de entrada, cor atribuída pela triagem de Manchester, realização ou não de MCDTs e tipo de saída dos episódios. A interpretação dos dados será feita através de um processo quantitativo baseado na base de dados do programa de urgência – SIRIU. Através de uma análise dedutiva, obteremos elementos que permitem delimitar o problema e alcançar uma representação da realidade.

Após apresentação da importância da problemática e dos objetivos do trabalho à Direção do Serviço de Pediatria e à Direção Clínica do Centro Hospitalar, foi elaborado um pedido oficial para a realização do trabalho, que após ser submetido à apreciação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar e da Comissão Nacional de Proteção de Dados, foi autorizado.

A partir daqui a recolha de dados foi feita de forma totalmente anónima, sem consulta de processos clínicos, tendo como fonte de informação apenas o programa de urgência pediátrica – SIRIU – cujos dados foram recolhidos sob forma de base de dados

em formato *.xls* pelo Serviço de Informática do Hospital. Constituiu ainda fonte de informação para este trabalho, toda aquela que é oficial, pública e se encontra disponível na internet através dos sítios do Ministério da Saúde, DGS, INE e ARS-LVT.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18, escolhendo-se para análise dos dados um nível de significância de 5%.

5. RESULTADOS

Este capítulo compreende quatro subcapítulos. Inicialmente faz-se a caracterização sociodemográfica da amostra, com as variáveis independentes que foram definidas. Posteriormente apresentam-se os resultados de avaliação do tipo de episódio de urgência mais frequente numa perspetiva global da amostra e na perspetiva de cada uma das variáveis independentes. No terceiro subcapítulo destacam-se os resultados referentes à utilização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica também numa perspetiva global e do ponto de vista de cada uma das variáveis independentes. Por último analisam-se os resultados obtidos do cruzamento de dados entre o tipo de episódios de urgência e o tipo de saída, permitindo fazer um balanço da utilização do serviço de urgência.

5.1. Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 37099 episódios de urgência, sendo que cada episódio de urgência corresponde a um indivíduo. Foi caracterizada tendo em conta características de ordem pessoal e demográfica respeitantes aos indivíduos, e características de afluência e de realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica referentes aos episódios. A média diária é de 101,6 episódios.

A recolha de dados foi realizada de forma totalmente anónima, não tendo sido consultada nenhuma informação identificativa, pelo que alguns indivíduos podem ter gerado mais do que um episódio de urgência.

Como características pessoais consideraram-se o género e a idade. Quanto ao género, trata-se de uma amostra bastante homogénea, constituída por 53% indivíduos do género masculino e 47% do género feminino (Figura 14).

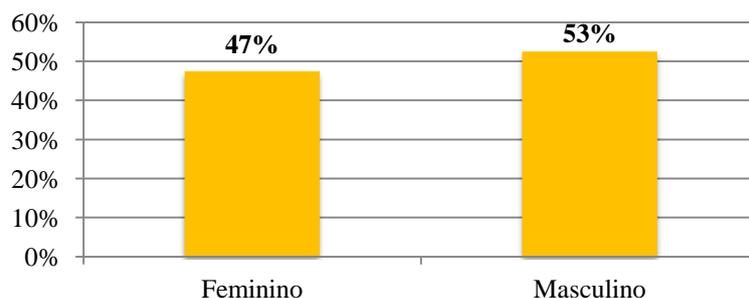


Figura 14. Caracterização da amostra segundo o género

No que respeita à idade, verifica-se que os indivíduos que mais recorrem ao serviço de urgência têm zero anos (15%), notando-se ainda uma distribuição decrescente nas idades, ou seja, à medida que a idade avança, diminui o número de episódios (Figura 15). A média de idade de recorrência é de 5,3 anos. Praticamente quatro quintos da amostra (78,4%) têm menos de dez anos (Figura 16).

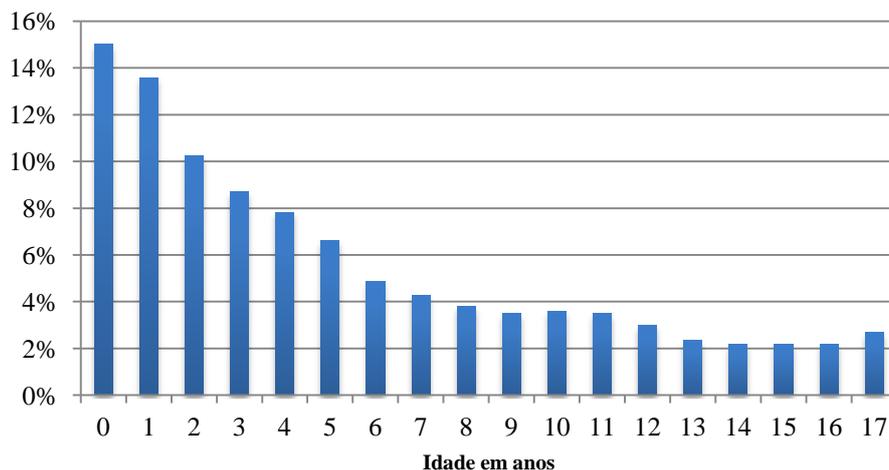


Figura 15. Caracterização da amostra segundo a idade

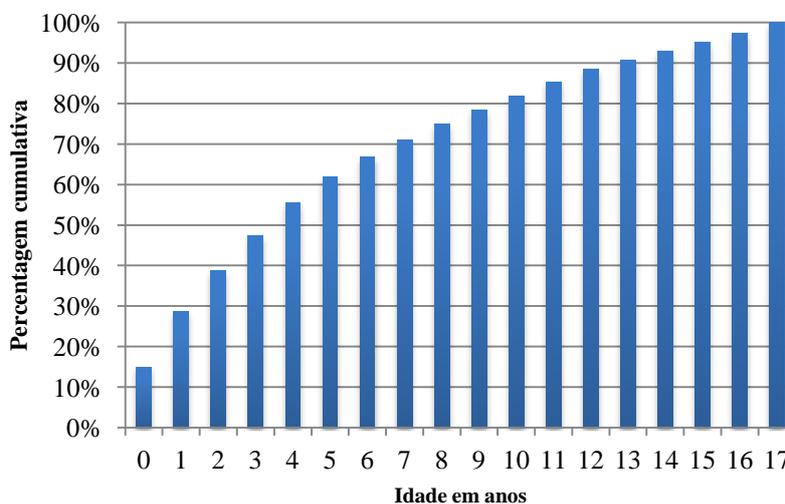


Figura 16. Amostra segundo percentagem cumulativa da idade

Quanto às características demográficas considerou-se o concelho de residência dos indivíduos e apurou-se que a maioria reside no concelho do Barreiro (41,4%), seguindo-se o concelho da Moita (35,9%), sendo os quatro principais concelhos de

residência, os que integram o ACES X – Arco Ribeirinho (Figura 17). Praticamente todos os indivíduos (99%) que recorreram ao serviço de urgência pediátrica durante 2012 residem nos concelhos da Península de Setúbal (Figura 18).

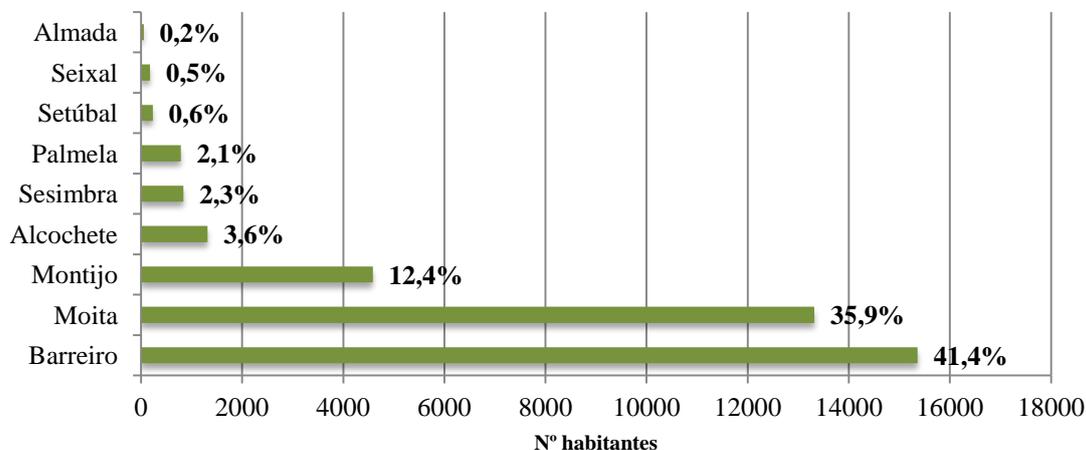


Figura 17. Caracterização da amostra segundo concelho de residência

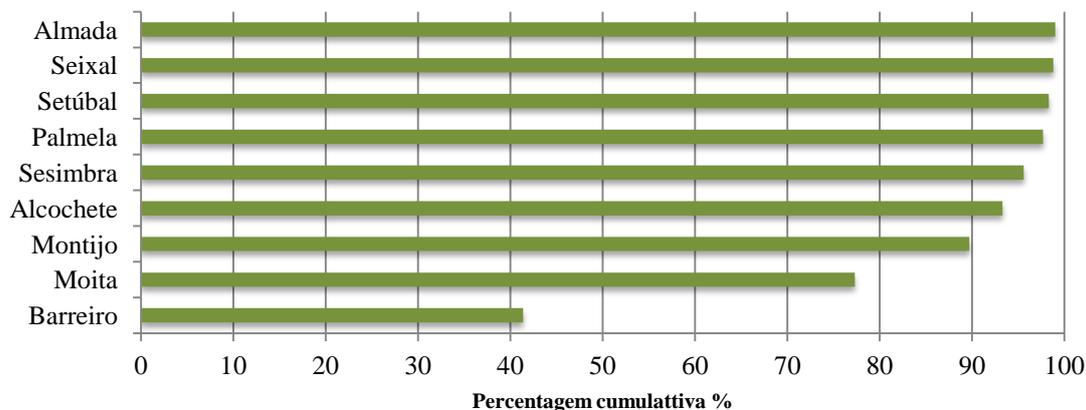


Figura 18. Amostra segundo percentagem cumulativa do concelho de residência

No que concerne às características de afluência, foram consideradas o dia da semana, a hora de entrada no serviço de urgência e o tipo de saída dos episódios. Quanto ao dia da semana, verificou-se ser uma amostra muito homogénea, com discretas diferenças entre o dia de maior afluência, a segunda-feira (16%) e o de menor, o sábado (12%) (Figura 19).

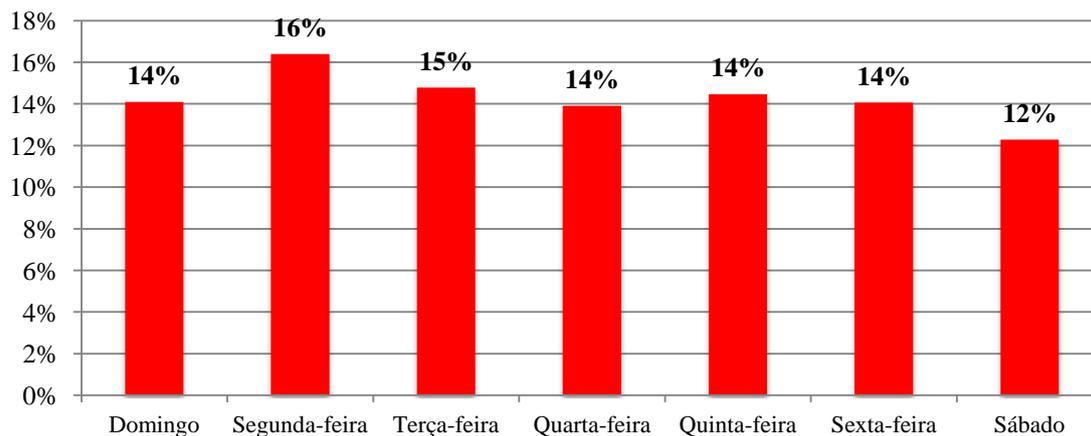


Figura 19. Caracterização da amostra segundo o dia de semana

Em relação à hora de entrada no serviço de urgência podemos ver uma distribuição com algumas oscilações. A afluência começa a aumentar a partir das dez horas, abranda ligeiramente à hora do almoço, entre as treze e as catorze horas, e volta a subir desde então para só sofrer uma quebra a partir das vinte e três horas. É ainda de referir que a recorrência ao serviço de urgência diminui drasticamente durante a noite (Figura 20).

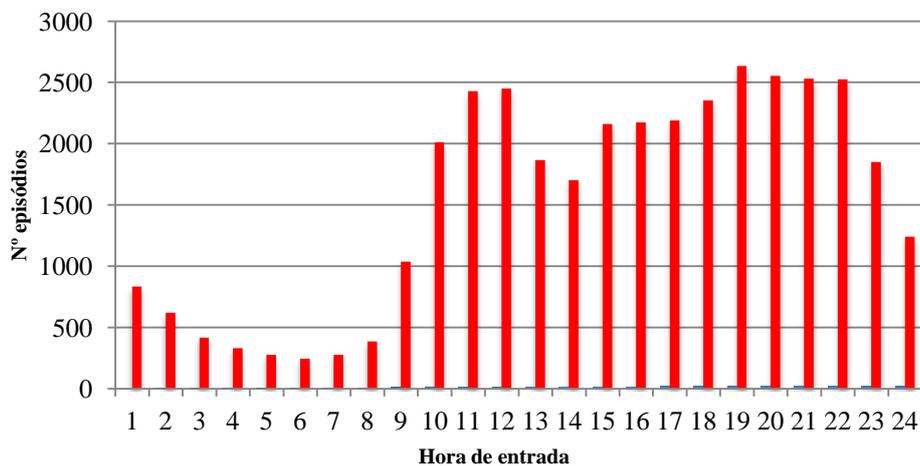


Figura 20. Caracterização da amostra segundo a hora de entrada

Se analisarmos em simultâneo o dia de semana e a hora de entrada dos episódios no serviço de urgência (Figura 21), vemos que as horas de maior afluência se mantêm constantes ao longo de todos os dias da semana, não havendo um dia com uma hora mais prevalente.

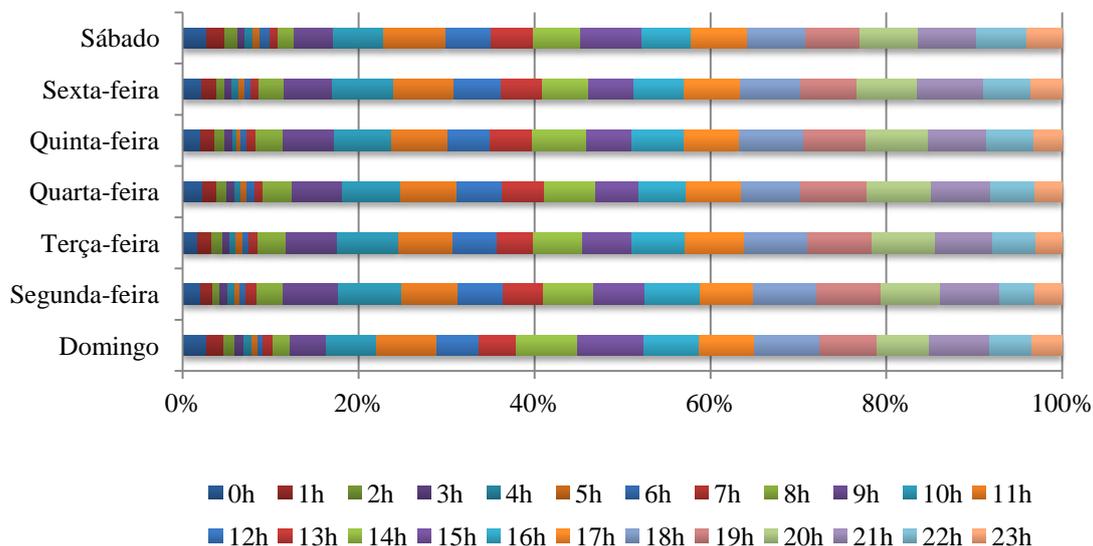


Figura 21. Caracterização da amostra segundo relação entre dia da semana e hora de entrada

A Figura 22 mostra-nos a distribuição da amostra segundo o tipo de saída do episódio de urgência. Constata-se que a quase totalidade dos episódios (98%) têm alta e que só uma pequena minoria necessita de internamento.

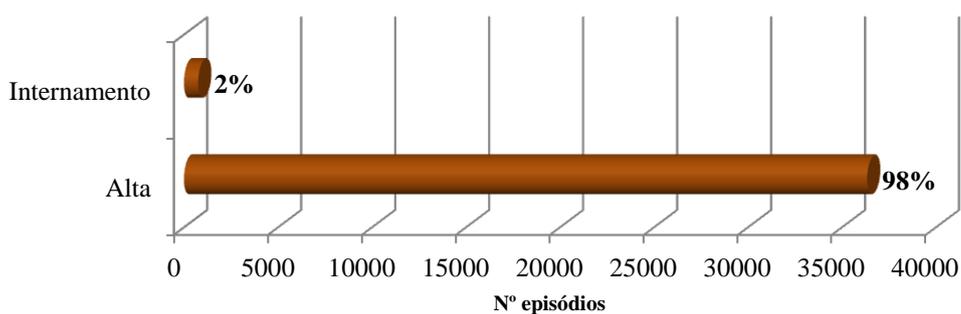


Figura 22. Caracterização da amostra segundo tipo de saída

Quanto à realização de MCDTs, em 79% dos episódios não se realizou qualquer meio complementar de diagnóstico ou terapêutica, enquanto em 21% dos episódios houve essa necessidade (Figura 23).

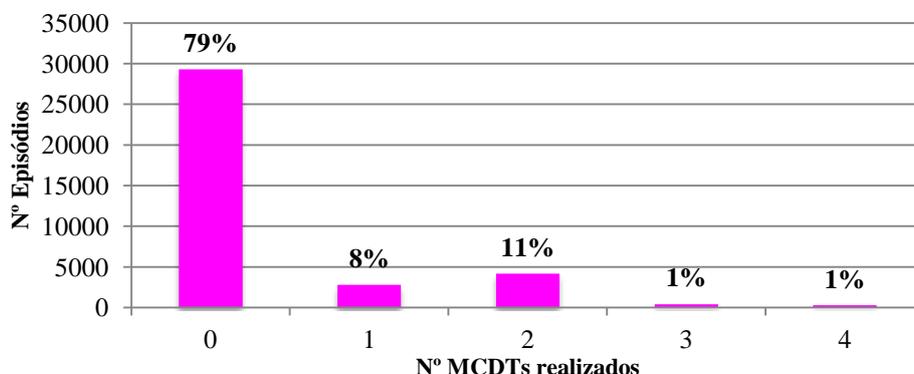


Figura 23. Caracterização da amostra segundo a realização de MCDTs

5.2. Os episódios de urgência

De forma a dar resposta à questão de investigação, avaliou-se se há ou não diferença de afluência no tipo de episódio de urgência, segundo a classificação qualitativa do sistema de triagem de Manchester. Verificou-se que a maioria dos episódios que recorre ao SU são verdes ou não-urgentes, o que significa que existe um tipo de episódio com maior afluência que os outros, pelo que aceitamos H1 (Figura 24).

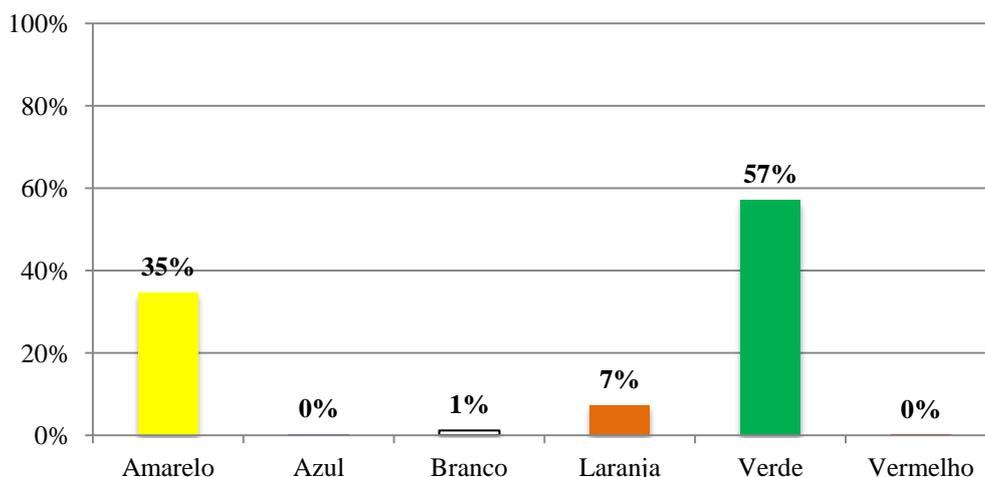


Figura 24. Caracterização dos episódios de urgência segundo classificação do Sistema de Triagem de Manchester

Uma vez que aceitámos H1, vamos focar a nossa análise nos episódios mais frequentes, ou seja, os não-urgentes, e tentar dar respostas às restantes hipóteses de investigação, através da caracterização destes episódios.

No que respeita à hipótese H2 – se existe relação entre o dia da semana e os episódios injustificados, encontrou-se evidência estatística ($p < 0,05$), através de um teste de independências qui-quadrado, de que os episódios verdes recorrem mais ao serviço de urgência durante o fim-de-semana do que durante a semana. Pôde ainda apurar-se que os episódios amarelos recorrem mais nos dias úteis, e é à segunda-feira que se regista um maior número de episódios brancos (Anexo III).

Em H3 questiona-se a relação entre a hora de entrada e os episódios não-urgentes. Verificou-se, através do mesmo teste supracitado e com evidência estatística ($p < 0,05$), que os episódios verdes recorrem mais ao serviço de urgência durante a madrugada e manhã, com predomínio entre a uma e as dez horas. Já os episódios amarelos recorrem sobretudo em dois intervalos horários, das doze às duas horas e das dezoito às dezanove horas (Anexo IV).

Com H4 colocou-se a questão sobre se existe relação entre os episódios não urgentes e o género dos indivíduos e apurou-se, com evidência estatística ($p < 0,05$), pelo mesmo teste já referido, que a maioria dos episódios verdes se registam em indivíduos do género feminino, enquanto o género masculino se caracteriza por um maior número de episódios amarelos e laranjas (Anexo V).

Na quinta hipótese (H5) questiona-se se a média de idade dos indivíduos tem relação com o tipo de episódio. Para isso realizou-se um teste ANOVA, e verificou-se, com evidência estatística ($p < 0,05$), que a média de idade dos indivíduos não é igual nos diferentes tipos de episódio. Fez-se ainda um teste de comparações múltiplas através do qual foi possível apurar, com evidência estatística ($p < 0,05$), que os indivíduos com episódio urgente têm, em média, uma idade superior à dos indivíduos dos outros tipos de episódios, nomeadamente dos não-urgentes (Anexo VI).

Por fim formulou-se a hipótese H6 em que se questiona se existe relação entre os episódios verdes e a realização de MCDTs. Para isso realizou-se um teste de independência de qui-quadrado e concluiu-se que existe uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis, sendo que os episódios verdes são efetivamente

os que menos MCDTs realizam, enquanto os amarelos, seguidos dos laranjas, os que mais realizam (Anexo VII).

5.3. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

O principal objetivo deste estudo é compreender se a afluência ao serviço de urgência é ou não justificada e quais as repercussões desta afluência nos recursos disponíveis. Para dar resposta à segunda parte da questão, importa analisar os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, já que estes constituem um importante recurso dos cuidados secundários e terciários em saúde, com evidentes custos associados.

Na caracterização da amostra quanto a este item verificou-se que a maioria dos episódios de urgência não realizou MCDTs. Importa, no entanto, analisar, dentro dos que os realizaram, quais as suas características.

Assim, formulou-se H7 em que se questiona se existe relação entre o dia da semana e a realização de MCDTs. Concluiu-se, com evidência estatística ($p < 0,05$), que durante os dias úteis se realizam mais meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com uma discreta prevalência da quarta e sexta-feira, do que ao fim-de-semana (Figura 25, Anexo VIII).

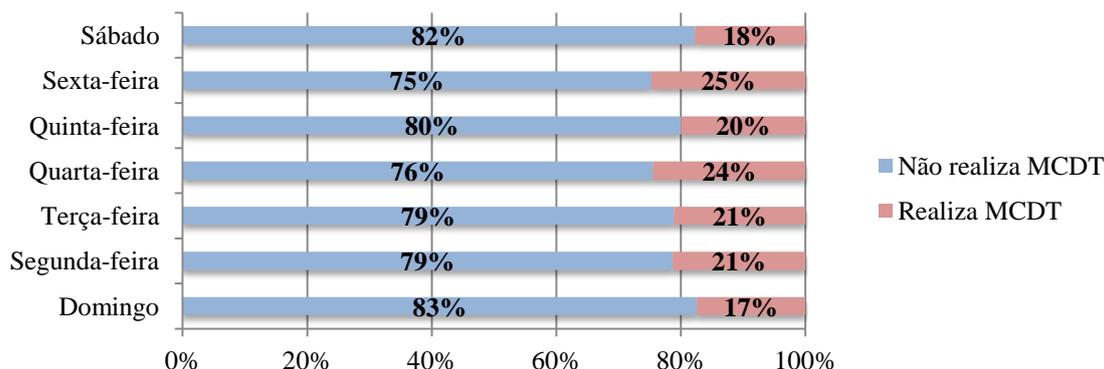


Figura 25. Relação entre a realização de MCDTs e o dia da semana

Em H8 procurou-se verificar a relação entre a realização de MCDTs e a hora de entrada, e concluiu-se com evidência estatística ($p < 0,05$), que é sobretudo no período do final da manhã e início da tarde, que mais realizam MCDTs, sobretudo entre as doze e as catorze horas e entre as dezassete e dezanove horas (Anexo IX, Figura 26).

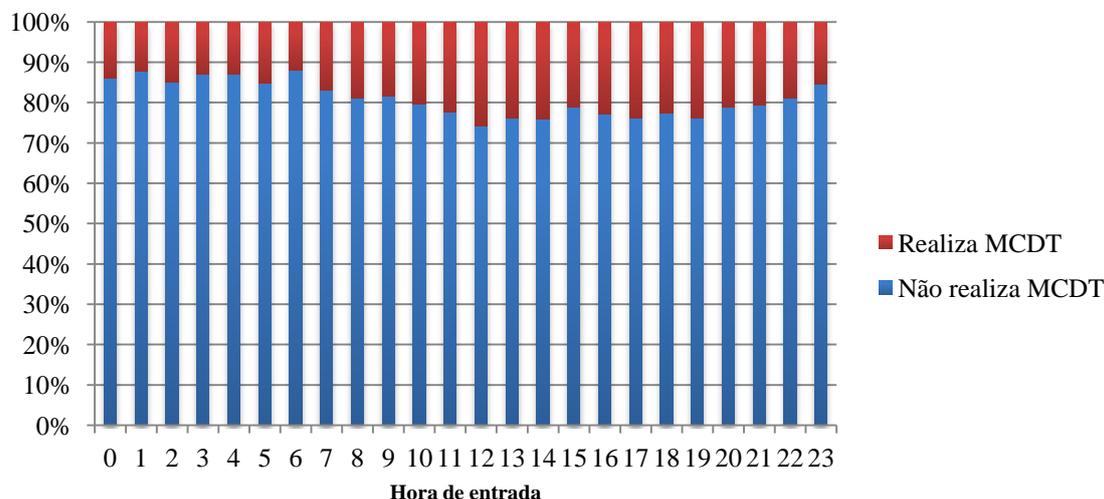


Figura 26. Relação entre a realização de MCDTs e a hora de entrada do episódio

Com H9 procura-se testar se existe relação entre a realização de MCDTs e a idade dos indivíduos. Para encontrar esta relação realizou-se um teste t à igualdade de duas médias e concluiu-se haver diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a média de idade dos indivíduos que realizam MCDTs e dos que não realizam (Anexo X). Realizou-se também um teste de independências qui-quadrado através do qual se pôde apurar, com evidência estatística ($p < 0,05$), que os indivíduos que realizam MCDTs têm idade superior à dos que não realizam, sobretudo com idades compreendidas entre os onze e os quinze anos (Anexo XI).

5.4. Tipo de Saída

Neste capítulo pretende-se fazer um balanço da utilização do serviço de urgência e apurar qual a resolução mais frequente que é dada aos episódios de urgência, sobretudo os não-urgentes.

Para isso formularam-se as questões H10 e H11, procurando com estas saber qual a resolução mais frequente dos episódios não-urgentes.

Como já tínhamos visto na caracterização da amostra, uma pequena minoria de todos os episódios acabam por necessitar de internamento, tendo a maioria alta do serviço de urgência.

Com H10 procurou-se saber, dentro do tipo de saída mais frequente, qual a relação com o tipo de episódio, e para isso realizou-se um teste de independência de qui-quadrado. Após análise podemos concluir com evidência estatística ($p < 0,05$) que, apesar de em todo o tipo de episódios a alta ser o principal tipo de saída (Figura 27), proporcionalmente é nos episódios verdes que a alta mais se verifica, enquanto nos episódios laranjas, seguidos dos amarelos, se registam mais internamentos (Anexo XII).

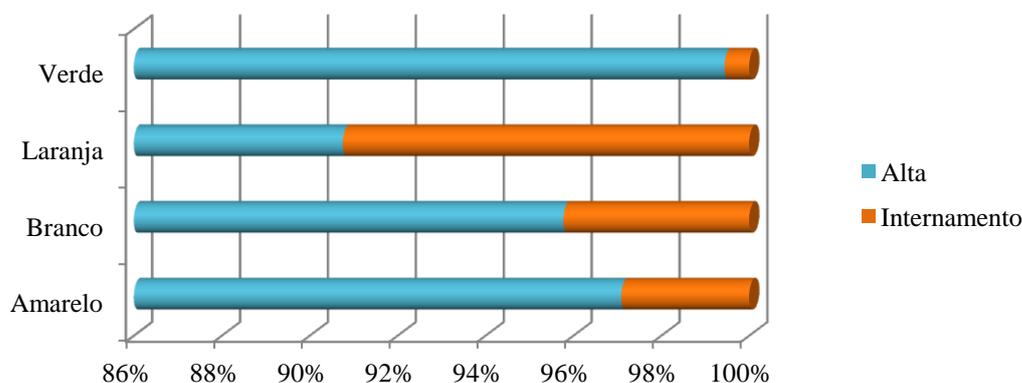


Figura 27. Relação entre tipo de episódio e tipo de saída

Como se pode ver pela Figura 28 praticamente todos os episódios não urgentes (99%) têm alta, sendo uma percentagem ínfima (0,6%) aqueles que necessitam de internamento.

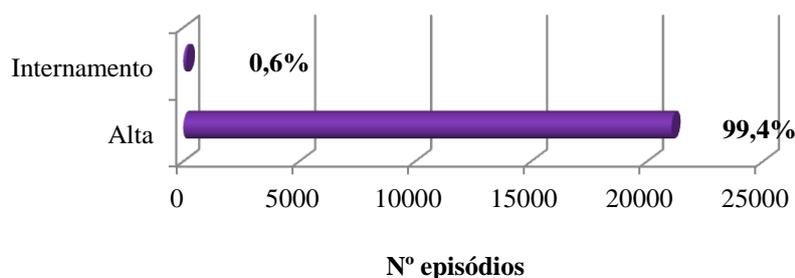


Figura 28. Relação entre episódios verdes e tipo de saída

Concluindo-se que o tipo de saída dos episódios mais frequentes é a alta, importa então saber qual o tipo de alta mais frequente. Para isso formulou-se H11, para apurar qual a relação entre o tipo de episódio e o tipo de alta mais frequente dentro das hipóteses: “ARS/centro de saúde/médico assistente”, “consulta externa”, “exterior sem referência”, “não respondeu/abandono” ou “transferência para outro hospital”.

Não são aqui referidas as hipóteses “hospital de dia”, “saída contra parecer médico”, “U.I.P.A” e “U.I.P.A. – Bloco operatório” por se tratarem de casos pontuais que não influenciam a análise dos dados. O tipo de alta “serviço” é sinónimo de internamento, pelo que também não foi considerado.

Assim, realizou-se um teste de independências de qui-quadrado, através do qual se pôde concluir, com evidência estatística ($p < 0,05$), que o tipo de alta mais frequente é “exterior sem referência”, seguido de “ARS/Centro de Saúde/Médico Assistente”. Mais se pode dizer que são, tanto os episódios laranja, como os amarelos, que mais são transferidos para outro hospital ou enviados à consulta externa. Ainda de referir que são os episódios brancos aqueles que mais não respondem ou abandonam o serviço de urgência (Figura 29, Anexo XIII).

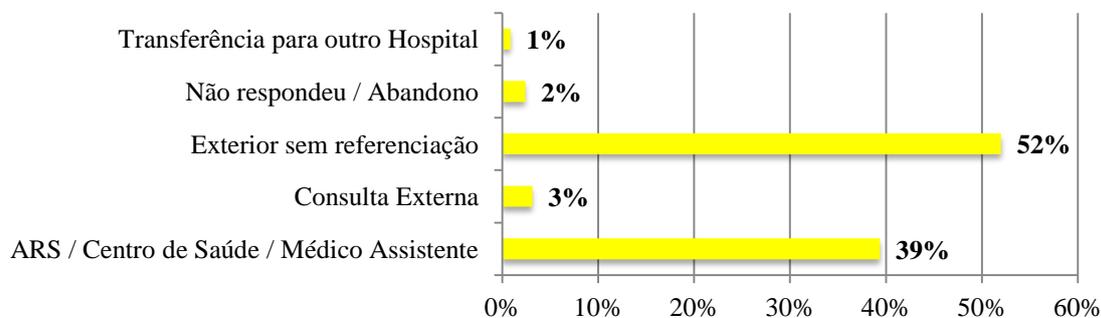


Figura 29. Caracterização dos episódios segundo o tipo de alta

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Nas últimas duas décadas, Portugal procurou nas suas políticas de saúde promover o direito de acesso aos cuidados de saúde, sobretudo diferenciados, e foram criadas plataformas quer de informação quer de aumento da própria acessibilidade (Rede de Referência Materno-Infantil, 2001). Aumentando a oferta é fácil deduzir que também a procura aumentará e rapidamente nos depararíamos com um problema cada vez mais em voga, a sobrelotação dos SU pediátricos, sobretudo à custa de episódios não urgentes (Goodell *et al.*, 2009).

A utilização excessiva dos serviços de urgência tem tido um papel protagonista em vários estudos no âmbito da gestão de saúde, dado tratar-se de uma problemática crescente já há vários anos (Northington *et al.*, 2005). Por isso, este estudo procurou contribuir um pouco mais para o conhecimento dessa realidade, através da caracterização dos episódios de um serviço de urgência pediátrica de um hospital de nível II durante um ano.

A principal hipótese de investigação pretendia apurar se a utilização do serviço de urgência, por parte dos utentes, era ou não justificada, e a grande conclusão que se pode tirar deste estudo é que a utilização é maioritariamente injustificada.

Através da análise de 37099 episódios de urgência, apurou-se que mais de metade (57%) são não-urgentes (verdes), 35% são urgentes (amarelos) e 7% muito urgentes (laranjas). Estes resultados vão ao encontro de outros estudos realizados quer em Portugal quer noutros países. Segundo o estudo que Melo (1999) realizou no Hospital Pediátrico de Coimbra, verificou-se uma procura crescente aos cuidados de saúde pediátricos diferenciados, com recurso indiscriminado aos serviços de urgência. Também o estudo de Phelps *et al.* (2000) demonstrou que mais de 50% dos cerca de vinte milhões de crianças que recorriam anualmente ao SU pediátrico, nos Estados Unidos, tratavam-se de casos não-urgentes. Em Itália também os estudos apontam para a utilização indevida dos serviços de urgência pediátricos. Segundo Pileggi *et al.* (2006) 30% dos episódios de urgência pediátrica foram considerados não-urgentes, porém o estudo de Grassino *et al.* (2008) que avaliou as crianças observadas no SU de dez hospitais públicos, concluiu que mais de 80% destas tinham um problema não-urgente, o qual poderia ter sido resolvido a nível ambulatorio, sem necessidade de recorrer a cuidados diferenciados.

Ao aceitar H1 e concluir que existem diferenças de afluência no tipo de episódio que recorre ao serviço de urgência pediátrica, procurou-se caracterizar os episódios e perceber que fatores os influenciam.

Assim, em H2 questiona-se a relação entre o tipo de episódio e o dia da semana, e em H3 a relação entre a hora de entrada no serviço de urgência e o tipo de episódio. Ao caracterizar a amostra conclui-se que o dia de maior afluência ao serviço de urgência é a segunda-feira, sendo o sábado o dia em que se registam menos episódios. Porém, ao analisar H2 verificou-se que os episódios não-urgentes recorrem mais ao serviço de urgência durante o fim-de-semana, enquanto os episódios urgentes e muito urgentes têm uma maior afluência durante a semana. Em relação à hora de entrada, a amostra diz-nos que a maioria dos episódios se regista durante o final da manhã e período da tarde. Ao analisar H3, concluiu-se que os episódios não-urgentes recorrem mais durante a madrugada e manhã, enquanto os urgentes fazem-no mais da parte da tarde. Se analisarmos os dados do ponto de vista da amostra, verifica-se que a maioria dos episódios coincide com o horário de funcionamento dos cuidados de saúde primários, dias úteis das oito às vinte horas. Constata-se assim que é necessária uma maior sensibilização da população a esta realidade, e conseqüentemente um investimento na educação para a saúde das populações e a aproximação destas aos cuidados de saúde primários, como referido no estudo de Pillegi *et al.* (2006), que devem ser o primeiro contacto da comunidade com o sistema de saúde. Já no que diz respeito aos episódios não-urgentes em particular, verifica-se uma afluência predominantemente em dias e horas em que os cuidados ambulatoriais oferecem serviços mais reduzidos, quer em número quer em horário, o que permite concluir, tal como em outros estudos (Brousseau *et al.*, 2004; Fisher *et al.*, 2006 e Pinheiro, 2008), que deve ser ponderada uma maior flexibilidade de horário, de forma a adequar-se a oferta às necessidades de população.

Também estes resultados vão ao encontro do que se já se havia percebido antes. Segundo Fernandez *et al.* (1995), a procura de cuidados de saúde a nível dos serviços de urgência pediátricos tem picos assistenciais, variando ao longo do dia e da semana. Num estudo realizado por Santos *et al.* (2010) no serviço de urgência pediátrica do Hospital de São Teotónio em Viseu concluiu-se que o recurso a este serviço é influenciado por fatores temporais, verificando-se ser segunda-feira o dia de maior afluência e sábado o de menor. Outro estudo realizado por Antón *et al.* (1992 *cit in* Armentia *et al.*, 1996), revela que os episódios não-urgentes verificados durante a noite

são fruto da preocupação e angústia que certos sintomas provocam nos pais, sobretudo no período noturno, e que se traduzem num desejo de resolver o problema da forma mais imediata possível. Por outro lado, Caldeira *et al.* (2006) após realização de um estudo num hospital de apoio perinatal da região do grande Porto, concluiu, para além da elevada proporção de situações não urgentes nos serviços de urgência, que existe a necessidade de reforço a nível dos cuidados de saúde primários, sugerindo não só maior apoio por parte de médicos pediatras em ambulatório como também campanhas de sensibilização para a utilização dos cuidados primários.

No que diz respeito às características sociodemográficas dos indivíduos, em H4 questionou-se que relação existe entre o tipo de episódio e o género dos indivíduos, e concluiu-se que apesar de serem os indivíduos do género masculino que mais recorrem ao serviço de urgência, proporcionalmente são os indivíduos do género feminino que geram mais episódios não-urgentes, enquanto os indivíduos do género masculino dão mais origem a episódios urgentes e muito urgentes. Importa referir que, segundo o sistema de triagem de Manchester, sintomas fruto de uma queda ou traumatismo dão origem a episódios classificados como urgentes, já que geralmente se trata de uma patologia súbita que provoca dor moderada (Freitas, 1997). Dieguez *et al.* (2004) apurou em 1999 que em Palencia – Espanha, são os indivíduos do género masculino que mais recorrem ao serviço de urgência, associando este fato a patologias do foro traumático, mais frequentes neste género.

Dentro ainda das mesmas características dos indivíduos, a amostra diz-nos que 78,4% têm até nove anos de idade. Tentou-se então apurar, com H5, se a média de idade dos indivíduos era igual para todos os grupos e concluiu-se que os indivíduos com episódios urgentes têm, em média, idade superior à dos restantes episódios. Neste aspeto as séries variam bastante. De acordo com Ben-Isaac *et al.* (2010), as crianças com menos de dois anos de idade que recorrem ao serviço de urgência pediátrica nos Estados Unidos, fazem-no corretamente. Já Cunha (2007), através de um estudo realizado no Hospital Garcia de Orta – Almada, demonstrou que a maioria dos episódios de urgência em recém-nascidos (até aos vinte e oito dias de vida) diz respeito a situações não-urgentes.

Uma vez que os MCDTs são hoje em dia utilizados como referência estatística hospitalar, nomeadamente para medir a produção dos serviços, é importante perceber de que modo são utilizados no serviço de urgência. Procurou-se em H6 dar resposta à

existência ou não de relação entre o tipo de episódio e a realização de MCDTs. Na amostra em estudo, apenas 21% dos episódios realizaram MCDTs, o que está de acordo com outras séries de casos (Sánchez *et al.*, 1990 e Gago *et al.*, 1990). Ficou no entanto provado que os episódios não-urgentes são aqueles que menos MCDTs realizam, enquanto os episódios urgentes os que mais realizam, seguidos dos muitos urgentes. Como já Dieguez *et al.* (2004) tinha concluído no seu estudo, relacionando os indivíduos do género masculino com patologia traumática, se pensarmos que esta dá origem maioritariamente a episódios urgentes, e que em muitos casos requer MCDTs quer para exclusão diagnóstica, quer no auxílio imediato da clínica, então faz sentido que sejam estes episódios que realizam mais MCDTs, e sobretudo nos indivíduos do género masculino, precisamente aqueles que dão origem a maior número de episódios urgentes. Importa ainda frisar que segundo o estudo de Melo (1999) e o de Januário (2010), a maior parte da procura indiscriminada aos serviços de urgência prende-se com uma fácil acessibilidade e uma vasta oferta de recursos especializados, quer humanos quer técnicos, nomeadamente MCDTs, mesmo quando a sintomatologia não o justifica. Ou seja, apesar da maioria dos episódios não realizar qualquer MCDTs, já que esta é uma decisão dependente do médico, muitas vezes é a razão de ida à urgência.

Após se apurar a relação entre realização de MCDTs e o tipo de episódio, importa demonstrar se existe relação entre a realização destes e o dia da semana (H7) ou a hora dos episódios (H8). Por um lado concluiu-se que se realizam mais MCDTs durante os dias úteis, com um predomínio da quarta e sexta-feira e menos ao fim-de-semana. Por outro lado concluiu-se que é no período noturno que menos MCDTs se realizam, verificando-se uma maior realização dos mesmos nos períodos entre as doze as catorze horas e as dezassete e as dezanove horas. Este fenómeno pode, mais uma vez, relacionar-se, pelo menos em parte, com patologias traumáticas, já que é nos períodos do final da manhã e do final da tarde, que as crianças têm maior atividade física, quer seja nos recreios das escolas, nas aulas de educação física ou em atividades extracurriculares.

Em relação à idade, ao analisar H9, verificou-se serem os indivíduos mais velhos, com idades entre os onze e os quinze anos, quem mais realiza MCDTs, o que vem dar ênfase ao fenómeno já descrito nos parágrafos anteriores.

No que aos MCDTs diz respeito, podemos então concluir que não representam um dos recursos mais utilizados a nível do serviço de urgência pediátrica, mas ao

mesmo tempo não podemos ignorar os 21% de realização dos mesmos, já que se demonstrou haver dependência da sua realização com outras variáveis. Por outro lado, Armentia *et al.* (1996) sugere no seu estudo, que nos hospitais de meio urbano, como o que aqui se estuda, há menos variáveis a ter em conta, nomeadamente as demográficas, que podem ter influência na hora de se decidir pela realização ou não de MCDTs, o que também influencia os números totais.

Por fim, com este estudo tentou-se apurar se existia relação entre o tipo de episódio e o tipo de saída (H10), assim como entre o tipo de episódio e o tipo de alta (H11). Começou por se concluir, da caracterização da amostra, que o tipo de saída mais frequente, em 98% dos episódios é a alta. Verificou-se também que este é o tipo de saída mais frequente dos episódios não-urgentes, e que destes, só 0,6% acabam por ter de ficar internados. Também se apurou que são os episódios muito urgentes que mais dão origem a internamento, seguidos dos episódios urgentes, o que vai de encontro à própria classificação dos episódios segundo o sistema de triagem de Manchester, que descreve os episódios muito urgentes como de atendimento o mais prontamente possível dada a gravidade da situação do doente (Santos *et al.*, 2013), e que muito provavelmente vão necessitar de cuidados mais prolongados do que os prestados no serviço de urgência. Para dar resposta a H11, verificou-se primeiro qual o tipo de alta mais frequente, tendo-se concluído ser “exterior não referenciado”, seguido de “ARS/centro de saúde/médico assistente”. Em seguida analisou-se propriamente a relação entre o tipo de episódio e o tipo de alta e concluiu-se que os episódios verdes, tal como a amostra, geram mais altas do tipo “exterior sem referência” e “ARS/centro de saúde/médico assistente”. Já os episódios amarelos dão mais origem a “consulta externa”, enquanto os episódios brancos são os que mais resultam em “não respondeu/abandono”. O tipo de alta “serviço” diz respeito aos internamentos, podendo afirmar-se que são os episódios laranja os que mais ficam internados, como já verificado anteriormente.

Estas duas últimas hipóteses vêm reforçar a primeira e o próprio objetivo do estudo, ou seja, se afirmamos que a procura dos serviços de urgência pediátrica é injustificada, porque mais de metade dos episódios que a ela recorrem são classificados como não-urgentes, essa conclusão é reforçada com o fato da quase totalidade (98%) de todos os episódios que recorrem ao serviço de urgência terem alta para o domicílio. Muitos deles, após alta, são reencaminhados para o médico assistente, o que reforça a necessidade de um acompanhamento periódico por parte deste, sobretudo nos

indivíduos de idade pediátrica, assim como uma melhor comunicação entre os vários níveis de cuidados, primários e secundários (Pinheiro, 2008).

A par destes estudos, outros estabelecem ligação entre serviços de urgência superlotados sobretudo à custa de situações não-urgentes, o que dá origem a tempos de espera prolongados (Delia *et al.*, 2009), assim como cria efeitos nefastos quer na qualidade do atendimento, quer na quantidade de recursos gastos e custos associados para o sistema de saúde (Phelps *et al.*, 2000).

Tratando-se o CHBM de um Hospital Distrital com atendimento em urgência do tipo médico-cirúrgica (Despacho n.º 5414/2008), foi financiado para 2012, em 61,04€ por episódio de urgência, um valor bastante mais alto do que aquele que custa ao erário público uma consulta a nível dos cuidados de saúde primários no regime de atendimento permanente (36€). A errática utilização do serviço de urgência pediátrica que se pode concluir no estudo, contribui para a escalada de custos financeiros que o sistema de saúde está a sofrer. Segundo Phelps *et al.* (2000), também nos Estados Unidos esta discrepância de custos se faz sentir, já que uma patologia simples como uma otite média aguda custa cerca de cinquenta dólares se tratada a nível dos cuidados primários de saúde, mas pode custar cento e setenta dólares se os cuidados forem prestados num serviço de urgência. O financiamento fruto desta diferença poderia ser utilizado na promoção dos cuidados de saúde primários, nomeadamente na melhoria de infraestruturas, quer em quantidade quer em qualidade, assim como na melhoria ou criação de programas de aproximação entre a população e o seu médico assistente.

Com este estudo concluiu-se então que mais de metade das crianças que recorrem ao serviço de urgência pediátrica do hospital de nível II em estudo apresentam situações não-urgentes, grande parte durante o horário de funcionamento dos centros de saúde e praticamente todas têm alta para o domicílio. Como tal conclui-se também que se trata de situações que poderiam ser resolvidas a nível dos cuidados de saúde primários, pelo que criam limitações quer à eficácia quer à qualidade do atendimento do serviço de urgência, assim como um consumo de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, cada vez mais difíceis de colmatar. Desta forma, podemos responder à questão de investigação de forma perentória e afirmar que existe evidência da utilização injustificada do serviço de urgência pediátrica do hospital em estudo.

Não obstante todas as conclusões que se tiram deste estudo, ele acarreta algumas limitações. Primeiro, o programa informático utilizado no serviço de urgência (SIRIU) não permite saber se os indivíduos foram ou não referenciados, sendo esta uma informação omissa na base de dados. No entanto, esta informação pode ser incluída durante a realização do processo de triagem, e na grande maioria das situações, as crianças referenciadas são triadas como urgentes, o que nos leva a especular que nenhum dos episódios classificados como não-urgente tenha sido referenciado, porém, nada se pode concluir. Todavia, este seria um ponto importante já que segundo o estudo de Rinderknecht *et al.* (2010), que avaliou os ganhos em saúde a nível de atendimento e tratamento em episódios previamente referenciados, conclui-se existir não só uma mais eficaz prestação de cuidados, como a alteração no comportamento das famílias antes de recorrerem diretamente aos serviços de urgência.

A segunda limitação também tem relação com o programa informático que não obriga a dar um diagnóstico de saída no momento da alta. Deste modo, o doente não é classificado, sendo completamente impossível incluir no estudo, sem consulta do processo clínico, a variável diagnóstico e saber quais as patologias mais frequentes que se verificam no serviço de urgência. Este também seria um ponto bastante interessante a ser estudado já que segundo vários autores (Fernandez *et al.*, 1995 e Santos *et al.*, 2010), há determinadas patologias dominantes no serviço de urgência, que também importa ter em conta, não só para uma melhor organização do atendimento como para direcionar as campanhas de sensibilização junto da população.

Em terceiro lugar, dado tratar-se de um estudo anónimo, em que não se identifica nem o número de episódio nem do processo dos indivíduos, também não é possível cruzar dados e apurar quantos episódios de urgência corresponde a cada indivíduo. Isto porque, se por um lado importa saber a totalidade dos episódios, já que na prática diária o que sucede são episódios, importaria também perceber se há indivíduos que recorrem sistematicamente ao serviço de urgência e caracterizá-los, de modo a poder fazer incidir esforços de educação para a saúde nestes nichos.

Recomendações e Projeções Futuras:

A saúde é um bem com especificidade única, de tal ordem que, a par do direito inequívoco dos cidadãos de a ele recorrer, torna qualquer medida de promoção da racionalização da procura, difícil de implementar.

No entanto, este estudo leva-nos a crer que parte da população confunde acesso a cuidados de saúde com serviços terciários. O conceito de acesso passa por cuidados de saúde acessíveis a toda a população em qualquer parte do país (Ministério da Saúde, 2007). Mas para o pôr em prática requer-se uma estrutura sólida, bem organizada e a funcionar corretamente, a nível dos cuidados de saúde primários, mas também uma rede de referência bem estruturada e implementada, em amplo e correto funcionamento, próxima da população, para que aqueles que dela usufruem, saibam como a utilizar (Relatório de Primavera, 2013).

Assim, a acessibilidade a um SNS universal passa por reformas de fundo a médio e longo prazo, de ensino à comunidade, o que muitas vezes passa apenas por dar a conhecer. Segundo Phelps *et al* (2000), esforços educacionais podem ter efeitos sobre comportamentos mais responsáveis na utilização de serviços de saúde. O mesmo autor afirma que os esforços feitos para educar cuidadores sobre os problemas de saúde mais comuns nas crianças, têm-se mostrado eficazes na redução do número de visitas aos serviços de urgência pediátricos. Noutro estudo realizado por McCoy *et al.* (1992), foi possível demonstrar que os serviços prestados por assistentes sociais, com o intuito de ajudar os doentes a encontrar alternativas adequadas de prestação de cuidados de saúde a nível primário, nomeadamente através de aconselhamento, encaminhamento e articulação com recurso à comunidade, têm apresentado resultados bastante satisfatórios na taxa de reincidência ao serviço de urgência de crianças com necessidades não urgentes.

Em estudos progressos (Melo, 1999; Brousseau *et al.*, 2004; Fisher *et al.*, 2006 e Pinheiro, 2008), já várias medidas foram sugeridas, nomeadamente articulação efetiva entre os vários níveis de cuidados; abertura dos serviços de atendimento permanente durante vinte e quatro horas, com apoio de médicos pediatras; obrigatoriedade de referência para o acesso aos serviços de urgência, através por exemplo da telemedicina, para haver uma avaliação imediata do grau de urgência e posterior comunicação com o clínico especialista, mesmo antes do doente chegar ao serviço;

campanhas informativas junto das populações sobre todos os diversos recursos e serviços de prestação de cuidados disponíveis.

Como base nestas medidas e com expectativa de resultados mais a longo-prazo sugere-se então desenvolver campanhas de sensibilização junto da comunidade, através por exemplo, de sessões de esclarecimento mensais, dadas por pediatras, realizadas tanto nos centros de saúde, como nas escolas e infantários, sobre as patologias mais frequentes, medidas de atuação em caso de doença e sobretudo esclarecimento de dúvidas ou de falsas verdades com que os pais muitas vezes se deparam e que podem motivar idas desnecessárias ao SU. Por outro lado, estas ações intersectoriais promovem um maior envolvimento da comunidade com as estruturas de saúde, assim como se investe, ao mesmo tempo, na prevenção da doença e promoção da saúde das populações, com o intuito de melhorar os bens adquiridos em saúde. Quanto aos grupos mais vulneráveis ou de risco, que têm mais dificuldade em aceder à informação, deve ser esta a ir ao encontro deles, salvaguardando-se assim os princípios de equidade e qualidade dos serviços do SNS. Aqui a intervenção deve ser priorizada, avaliando-se as necessidades reais da população, assim como as desigualdades sociais quer a nível de saúde, mas não só, de forma a intervir onde realmente mais carências se fazem sentir, através, por exemplo, de equipas domiciliárias.

Uma outra medida que poderia resultar, dado o estado de alerta em que os cuidadores se encontram quando as suas crianças estão doentes, seria distribuir um folheto informativo no momento da alta do serviço de urgência, sobretudo aos cuidadores dos episódios não-urgente, onde se sintetize o que fazer quando a criança não está bem, focando sempre uma primeira abordagem na telemedicina ou nos cuidados de saúde primários e onde se especificaria o horário de atendimento dos centros de saúde e os contatos dos mesmos.

Seria também bastante interessante realizar outros estudos no futuro onde se apurasse, junto dos cuidadores, através por exemplo de inquérito presencial, no próprio serviço de urgência, ou telefónico, qual ou quais as razões que os levam a recorrer diretamente ao serviço de urgência. Com este estudo seria possível compreender melhor a realidade e focar as campanhas de sensibilização nas áreas, ou junto daqueles, em que é mais urgente atuar, para prevenir que a excessiva utilização dos serviços de urgência persista.

Por tudo isto, e não negligenciando as limitações, crê-se que o presente estudo terá contribuído para aumentar o conhecimento da problemática da utilização excessiva dos serviços de urgência pediátrica, e para mostrar que é necessário, mais do que delinear, pôr em prática medidas que visam o melhoramento da utilização dos recursos aliado a uma prestação de cuidados de saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. 2012. **Reorganização dos ACES**, 3-13.
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. 2011. **Movimento Assistencial das Unidades de Saúde 2010 – ARS-LVT, I.P.**, 4-5.
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. – Núcleo de Estudos e Planeamento/Área Funcional de Estatística e Departamento de Planeamento e Contratualização. 2013. **Análise do movimento assistencial dos cuidados de saúde primários e consultas e urgências hospitalares – Documento de trabalho**: 7-16, 33-43, 55.
- Antón, M. D., Peña, J. C., Santos, R., Sempere, E., Martínez, J. & Pérula, L. A. 1992. Demanda inadecuada en un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. **Medicina Clínica (Barc)**, 99:743-746.
- Armentia, S. L. L., Celada, S. R., Rabanal, M. G., Fernández, M. G., Abdallah, I. & Aparicio, H. G. 1996. Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. **Añales Españoles de Pediatría**, 44: 121-125.
- Baleiras, S. J., & Ramos, V. 1992. A gestão da prática clínica pelo médico de família. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, 9: 116-124.
- Baumann, M. R. & Strout, T. D. 2005. Evaluation of the Emergency severity index triage algorithm in pediatric patients. **Academic Emergency Medicine**, 12: 219-224.
- Ben-Isaac, E., Schragar, S. M., Keefer, M. & Chen, A. Y. 2010. National profile of nonemergent Pediatric Emergency Department visits. **Pediatrics**, 125(3): 454-459.
- Bentes, M., Gonçalves, M. L., Tranquada, S. & Urbano, J. 1996. A utilização dos GDHs como instrumento de financiamento hospitalar. **Gestão Hospitalar**, 33: 33-42.
- Bentes, M. 1998. **O financiamento dos hospitais**. Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde, Lisboa
- Brousseau, D. C., Bergholte, J. & Gorelick, M.H. 2004. The effect of prior Interactions with a primary care provider on nonurgent pediatric emergency department use. **Archives pediatrics & adolescent medicine**, 158 (1): 78-82.
- Brousseau, D. C., Hoffmann, R. G., Nattinger, A. B., Flores, G., Zhang, Y. & Gorelick, M. 2007. Quality of primary care and subsequent pediatric emergency department utilization. **Pediatrics**, 119(6): 1131-1138.
- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R. & Rodrigues, L. 2006. O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica: Ata Pediátrica Portuguesa. **Revista de Medicina da criança e do adolescente**, 37(1): 1-4.
- Campos, A. C. 2001. Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública. **Análise Social**, vol XXXVI (161): 1079-1104.

Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente. Junho de 2012. *Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente*. 7-15, 44-48, 60-69.

Cunha, J. 2007. Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 38(6): 235-240.

Decreto de Aprovação da Constituição, DR Série I, 86 (10-04-1976): 738-775

Decreto-Lei nº57/86, DR Série I, 66 (20-03-1986): 669-671. Ministério da Saúde

Decreto-Lei nº11/93, DR Série I-A, 12 (15-01-1993): 129-134. Ministério da Saúde

Decreto-Lei nº185/2002, DR Série I-A, 191 (20-08-2002): 5852-5859. Ministério da Saúde

Decreto-Lei nº244/2002, DR Série I-A, 255 (05-11-2002): 7101-7103. Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente

Decreto-Lei nº173/2003, DR Série I-A, 176 (01-08-2003): 4537-4538. Ministério da Saúde

Decreto-Lei nº309/2003, DR Série I-A, 284 (10-12-2003): 8329-8338. Ministério da Saúde

Decreto-Lei nº93/2005, DR Série I-A, 109 (07-06-2005): 3636-3637. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº298/2007, DR Série I, 161 (22-08-2007): 5587. Ministério da Saúde

Decreto-Lei nº28/2008, DR Série I, 38 (22-02-2008): 1182-1189. Ministério da Saúde

Decreto-Lei nº113/2011, DR Série I, 229 (29-11-2011): 5108-5110. Ministério da Saúde

DeLia, D. & Cantor, J. 2009. Emergency department utilization and capacity: the synthesis project. *Research Synthesis Report*, 17

Despacho nº 8/89, DR Série II, (17-03-1989). Ministério da Saúde

Despacho nº6/91, DR Série II, 139 (20-06-1991): 6431-6432. Ministério da Saúde

Despacho de 31 de Maio de 1994, DR Série II, 154 (06-07-1994): 6647-6648. Ministério da Saúde

Despacho nº12917/98, DR Série II (27-07-1998). Ministério da Saúde

Despacho nº721/2006, DR Série II, 8 (11-01-2006): 468-471. Ministério da Saúde

Despacho nº5414/2008, DR Série II, 42 (28-02-2008): 8083-8085. Ministério da Saúde

Despacho nº9871/2010, DR Série II, 112 (11-10-2010):32123. Ministério da Saúde

Despacho nº1324/2011, DR Série II, 10 (14-01-2011): 3014. Ministério da Saúde

Dieguez, J. K. I., Candela, R. C., Velázquez, S. H., Prieto, A. G., Fernández, L. G. & De Llano J. M. A. 2004. Estudio de la demanda de asistencia pediátrica en el servicio de

urgencias de un hospital general de segundo nivel. *Boletín de Pediatría de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León*, 44(187): 20-25.

Direção-Geral de Saúde. Direção dos Serviços e Planeamento. 2001. *Rede Hospitalar de Urgência/Emergência*, 6-24.

Direção-Geral de Saúde. *Saúde 24*, um serviço do Ministério da Saúde. 2007. Disponível em http://www.saude24.pt/PresentationLayer/home_00.aspx, consultado a 20 de Setembro de 2013.

Direção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. 2001. *Saúde Materno-Infantil: Rede de Referência Materno-Infantil*, 72p.: 5-21.

Direção-Geral da Saúde. 2004. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*, 2 v. - Vol. I – Prioridades, 88p: 20-37, Vol. II – Orientações estratégicas, 216p.

Entidade Reguladora da Saúde. Julho de 2011. *Relatório Sobre Rede Hospitalar com Financiamento Público. Relatório preliminar*, 2-18.

Escoval, A., Fernandes, A. C., Matos T. T. & Santos, A. T. L. 2010. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Cuidados de Saúde Hospitalares*. 2-5; 14-17.

Fernández, P., Lasoasa, J. C., Hernando, F. J. M. & Santervas, J. F. 1995. Estudio de la demanda urgente de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital infantil. *Añales Españoles de Pediatría*, 42(1): 27-30.

Fernández, J. 1997. Urgencias de Pediatría: buscando una atención más especializada. *Añales Españoles de Pediatría*, 44(41): 312-316.

Fisher, L., Begley, C. & Giardino, A. 2006. *The impact of extend hours Primary Care on Emergency Department Use Among Medicaid/SCHIP Enrollees in Houston*. School of Public Health, University of Texas. 1-16

Franco, S. M. 1997. Primary care physician access and gatekeeping: a key to reducing emergency department use. *Clinical Pediatrics*, 36(2): 63-68.

Freitas, P. 1997. Triagem no Serviço de Urgência/emergência: Grupo de Triagem de Manchester. Portugal: Grupo Português de Triagem. *BMJ-Publishing Group*. 154p.

Gago, C., Ania, D. J., Luque, M., Asenjo, M. & Poch, J. 1990. Demanda urgente de asistencia pediátrica: estudio de 4858 casos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital infantil. *Añales Españoles de Pediatría*, 32: 99-104.

Goodell, S., DeLia, D. & Cantor J.C. 2009. Emergency department utilization and capacity. The Synthesis Project. *The Robert Wood Johnson Foundation*, 17:1-5.

Governo de Portugal. Ministério da Saúde. Junho de 2013. *Relatório Anual sobre o Acesso a cuidados de Saúde no SNS em 2012*, 10-17

Graça, L. 2005. Importância da gestão em saúde [editorial]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1): 3-4.

Grassino, E. C., Guidi, C., Monzani, A., Di Pietro, P. & Bona, G. 2008. Access to pediatric emergency departments in Italy: a comparison between immigrant and Italian patients. *Italian Journal of Pediatrics*, 35(3): 1-5.

Grupo Português de Triage. 2013. Vista Geral – História do GPT: Introdução. Disponível em <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/>, consultado durante o mês de setembro de 2013.

Haltiwanger, K. A., Pines, J. M. & Martin, M. L. 2006. The Pediatric Emergency Department: a substitute for primary care? *California Journal of Emergency Medicine*, 7(2): 26-30

Hay, E., Bekerman, L., Rosenberg, G. & Peled, R. 2011. Quality assurance of nurse triage: consistency of results over three years. *American Journal of Emergency Medicine*, 19(2): 113-117.

Januário, L. 2010. A urgência pediátrica na encruzilhada. *Revista Saúde Infantil*, 32:2.

Lei Constitucional nº1/89, DR I série, 155 (08-07-1989). Assembleia da República

Lei nº48/90, DR Série I, 195 (24-08-1990): 3452-3459. Ministério da Saúde

Lei nº27/2002, DR Série I-A, 258 (08-11-2002): 7150-7154. Assembleia da República

Lei nº41/2007, DR Série I, 163 (24-08-2007): 5664-5665. Assembleia da República

Lopes, F. 2006. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDTs). Portal de Codificação e dos GDH. Ministério da Saúde. Disponível em <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/MCDT>. Consultado em janeiro de 2013.

Losek, J. D., Walsh-Kelly, C. M. & Altstadt, J. F. 1987. HMOs and pediatric emergency care. *Pediatric Emergency Care*, 3: 79-81.

Machado, M.C. 2007. *A Saúde Materna e Infantil em Portugal: uma história de sucesso*. Paper presented at Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo - Derechos, hechos y realidades, Buenos Aires.

Mackway-Jones, K., Marsden, J. & Windle J. 2006. *Emergency triage: Manchester Triage Group* (2nd ed.). Oxford.

Maldonado, T. & Avner, J. R. 2004. Triage of the Pediatric Patient in the Emergency Department: Are We All in Agreement? *Pediatrics*, 114(2): 356-360.

Mccoy, H. V., Kipp C. W. & Ahern M. 1992. Reducing older patients' reliance on the emergency department. *Social Work in Health Care*, 17(1): 23-27.

Mcdonald, K., Romano, P., Davies, S., Haberland, C., Geppert, J., Ku, A. & Choudhry, K. 2006. Measures of pediatric health care quality based on hospital administrative data. *Pediatric Quality Indicators*, 9-24.

Melo, E. O. 1999. Acessibilidade/utilização do serviço de urgência do hospital pediátrico de Coimbra. *Revista de Enfermagem*, 3: 59-62.

Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado da Administração de Saúde. 1989. *Circular Normativa nº1/89 – Sistema de Informação para a Gestão de Serviços de Saúde*

Ministério da Saúde. 2007. *Proposta de Requalificação das Urgências – Esclarecimentos adicionais, comunicado nº1*.

Ministério da Saúde. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. 2010. *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*, 5-6, 40-47.

Northington, W.E., Brice, J.H., & Zou B. 2005. Use of an emergency department by nonurgent patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 23(2): 131-137.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. 2013. *Relatório de Primavera 2013*, 23-44, 75-84

Organização Mundial de Saúde. 1978. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, Alma-Ata, Cazaquistão, URSS, 6-12 de Setembro.

Organização Mundial de Saúde. 1981. Planification et organization des services médicaux d'urgence: apport sur la réunion d'un groupe technique de l'OMS. Toulouse, 24-18 février, 1979. *Rapports et études EURO*, 35: 41pp. Bureau Régional de l'Europe. Copenhague

Petersen, L. A., Burstin, H. R., O'Neil, A. C., Orav, E. J. & Brennan, T. A. 1998. Nonurgent Emergency Department visits: the effect of having a Regular doctor. *Medical Care*, 36(8): 1249-1255.

Phelps, K., Taylor, C., Kimmel, S., Nagel, R., Klein, W. & Puczynski, S. 2000. Factors Associated With Emergency Department Utilization for Nonurgent Pediatric problems. *Archives of Family Medicine*, 9(10): 1086-1092.

Pileggi, C., Raffaele, G. & Angelillo, I. F. 2006. Pediatric utilization of an emergency department in Italy. *European Journal of Public Health*, 16(3): 563-569.

Pines, J. M. & Hollander, J. E. 2008. Emergency Department Crowding Is associate with poor care for patients with severe pain. *Annals of Emergency Medicine*, 51(1): 6-7.

Pinheiro, A. P. 2008. Referenciação à Urgência Pediátrica do Hospital S. Teotónio – Viseu. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24(67): 1-8.

Portaria nº344-B/86, DR Série I, 152 (05-07-1986): 1614-(2)-1614-(3). Ministério da Saúde

Portaria nº409/90, DR Série I, 125 (31-05-1990): 2408-2418. Ministério da Saúde

Portaria nº338/92, DR Série I-B, 86 (11-04-1992): 1731-1733. Ministério da Saúde

Portaria nº985/2003, DR Série I-B, 212 (13-11-2003): 6008-6011. Ministério da Saúde

Portaria nº132/2009, DR Série I, 21 (30-01-2009): 656-660. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

Portaria nº276/2009, DR Série I, 54 (18-03-2009): 1728-1737. Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde

Portugal. Instituto Nacional de Estatística. 2012. *Anuário Estatístico da Região Lisboa 2011*. 41-42, 65-68, 117-126.

Regulamento (CE) nº1059/2003, Jornal Oficial da União Europeia, L 154 (21-06-2003): 1-39. Parlamento Europeu e do Conselho

Remoaldo, P. C. 2003. Acessibilidade aos cuidados primários de saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 19: 107-119

Rinderknecht, A. S., Ho, M., Matykiewicz, P. & Grupp-Phelan, J. M. 2010. Referral to the Emergency Department by a Primary Care Provider Predicts Severity of Illness. *Pediatrics*, 126(5): 917-924.

Rosenzweig, S. 1993. “Emergency rapport”. *Journal of Emergency Medicine*, 11: 775-778.

Ross, J. W., Roberts, D., Campbell, J., Solomon, K.S. & Brouhard, B. H. 2004. Effects of social work intervention on nonemergent pediatric emergency department utilization. *Health a social work*, 29:4.

Roukema, J., Steyerberg, E. W., Van Meurs, A., Ruige, M., Van Der Lei, J. & Moll H. A. 2006. Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emergency Medicine Journal*, 23(12): 906-910.

Sánchez, M., Molina, J. C., de la Torre, M., Munoz, R., Rodriguez, J., Gonzalez, A. & Canovas, J. 1990. La asistencia primaria pediátrica vista a través de un servicio de urgencias hospitalario. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 64(5-6): 293-301.

Santana, R. 2005. O financiamento hospitalar e a definição de preços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5: 93-102.

Santos, M. I., Rosário, F. & Figueiredo, C. 2010. Padrões temporais de recurso à Urgência Pediátrica: pistas importantes para um modelo de predição da afluência. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 41(4): 166-70.

Santos, A.P., Freitas, P., & Martins, H. M. G. 2013. Manchester triage system version II and resource utilization in emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 0:1-5.

Scoble, M. 2004. Implementing triage in children’s assessment unit. *Nurse stand*. 18(34): 41-44.

Souza, M. A., Zanella, F. C., & Nascimento, A. M. 2005. Utilização do custo-meta por empresas brasileiras como estratégia de gestão: alguns estudos setoriais utilizando o método da causalidade de Granger. *Revista Contabilidade & Finanças*, 16(39): 33-35.

Urbano, J., & Bentes, M. 1990. Definição da Produção do Hospital: Os Grupos de Diagnóstico Homogêneos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8(1): 49-60.

Referências web

Portal do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE. Disponível em <http://www.chbm.min-saude.pt/>. O centro hospitalar; Serviços. Foi consultado durante o mês de setembro de 2013

Portal da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal>. Serviços - Prestadores. Foi consultado várias vezes ao longo da realização do projeto.

Portal da *Saúde 24*. Disponível em http://www.saude24.pt/PresentationLayer/home_00.aspx. - Quem somos: >Mensagem institucional; >Visão, Missão e Valores; >Serviços. Consultado durante o mês de setembro de 2013

ANEXOS

Anexo I – Pedido de recolha de dados

À Direção Clínica do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE

Avenida Movimento das Forças Armadas

2830-094 Barreiro

Assunto: Pedido de dados dos utentes admitidos no Serviço de Urgência Pediátrica referentes ao período compreendido entre 1 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2012.

Margarida Simão Rafael, na qualidade de aluna de Mestrado de Gestão em Serviços de Saúde no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (INDEG – Business School), e de Médica Interna do 2º ano do Internato Complementar de Pediatria Médica neste centro hospitalar, vem por este meio solicitar informação relativa aos episódios de urgência pediátrica, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2012.

Mais especificamente solicita-se aos serviços de informática, informação integrada através de query em que conste:

- Género do utente
- Idade do utente
- Concelho de residência do utente
- Data e hora de entrada do utente no Serviço de Urgência
- Data e hora de saída do utente no Serviço de Urgência
- Cor atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester
- Realização de Meios Complementares de Diagnóstico: sim ou não
- Tipo de Saída: Alta, Internamento, Transferência ou Óbito
- Tipo de Alta: Exterior não referenciado, Médico assistente, Consulta externa ou Abandono

Os dados obtidos serão tratados e processados em SPSS, numa abordagem quantitativa e qualitativa, que tem como objetivo caracterizar a utilização do serviço de urgência pediátrica. Para este estudo serão também analisados dados recolhidos junto da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS- LVT), referentes aos agrupamentos de Centro de Saúde abrangidos pelo Centro Hospitalar Barreiro-Montijo,EPE.

Serve o presente documento para garantir compromisso de honra em como a identidade dos doentes será salvaguardada e o tratamento de dados será feito de forma totalmente confidencial e anónima, servindo o estudo e os seus resultados unicamente para fins académicos. Mais informo que, em todas as fases do estudo, serão acautelados todos os pressupostos éticos e de confidencialidade inerentes a um trabalho desta natureza. No final do mesmo será oferecido um exemplar deste estudo à Direção deste Hospital.

Atentamente,
Margarida Rafael

Barreiro, Fevereiro de 2013

Anexo II – Autorização da Comissão Nacional de Protecção de Dados

Via e-mail, recebido a 01/04/2013

Of. N.º: 7480 de 01/04/2013

Exma. Sra. Dra. Margarida Rafael,

No âmbito da sua Dissertação de Mestrado, veio solicitar informações sobre a necessidade de notificação de um tratamento de dados pessoais no âmbito da realização de um estudo observacional sobre a “Urgência Pediátrica de um Hospital de Segundo Nível – caracterização de um ano de utilização”.

O objetivo principal da investigação será estudar a população que recorreu às Urgências Pediátricas do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2012.

Os dados recolhidos pelo departamento informático hospitalar são: género do utente, idade, concelho de residência, data e hora da entrada e saída do serviço de urgência, cor atribuída pelo sistema de triagem de Manchester, realização de meios complementares de diagnóstico (sim/não), tipo de saída (alta/internamento/transferência/óbito), e tipo de alta (exterior não referenciado/médico assistente/consulta externa/abandono).

Será solicitada a colaboração dos profissionais do serviço de informática na recolha de dados, de modo a que a informação seja anonimizada. Os dados supra elencados enviados para a investigadora num ficheiro em formato digital.

Pela análise dos dados recolhidos e da metodologia aplicada verifica-se que não há tratamento de dados pessoais, uma vez que em nenhum momento do estudo é possível o relacionamento direto ou indireto da identificação dos participantes no estudo com a informação constante dos cadernos de recolha de dados. Assim, porque não existe tratamento de dados pessoais, não se aplica a Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, não carece a investigadora de notificar esta Comissão.

Com os melhores cumprimentos,

Isabel Cristina Cruz

(Secretária-Geral)

GC

Comissão Nacional de Protecção de Dados

Rua de São Bento, 148-3º

1200-821 Lisboa

<http://www.cnpd.pt>

email: geral@cnpd.pt

Anexo III – Relação entre o tipo de episódio e o dia da semana*Teste de independência de qui-quadrado*

Objetivo: Testar se algum dos tipos de episódio tem relação com algum dia concreto da semana

Hipóteses a testar:

H₀: Não existe relação entre o tipo de episódio e o dia da semana

H₁: Existe relação entre o tipo de episódio e o dia da semana

Dia da semana*Cor da triagem Crosstabulation

			Cor da triagem				Total
			Amarelo	Branco	Laranja	Verde	
Dia da semana (entrada)	Domingo	Count	1600	48	353	3225	5226
		% within Dia da semana (entrada)	30,60%	0,90%	6,80%	61,70%	100,00%
		% within Cor da triagem	12,50%	11,30%	13,30%	15,20%	14,10%
		Adjusted Residual	-6,5	-1,7	-1,2	7,2	
Segunda-feira	Segunda-feira	Count	2052	105	452	3468	6077
		% within Dia da semana (entrada)	33,80%	1,70%	7,40%	57,10%	100,00%
		% within Cor da triagem	16,00%	24,60%	17,10%	16,40%	16,40%
		Adjusted Residual	-1,5	4,6	1	-0,1	
Terça-feira	Terça-feira	Count	1976	70	380	3055	5481
		% within Dia da semana (entrada)	36,10%	1,30%	6,90%	55,70%	100,00%
		% within Cor da triagem	15,40%	16,40%	14,30%	14,40%	14,80%
		Adjusted Residual	2,5	1	-0,7	-2,2	
Quarta-feira	Quarta-feira	Count	1832	52	392	2880	5156
		% within Dia da semana (entrada)	35,50%	1,00%	7,60%	55,90%	100,00%
		% within Cor da triagem	14,30%	12,20%	14,80%	13,60%	13,90%
		Adjusted Residual	1,5	-1	1,4	-2	
Quinta-feira	Quinta-feira	Count	1940	68	392	2964	5364
		% within Dia da semana (entrada)	36,20%	1,30%	7,30%	55,30%	100,00%
		% within Cor da triagem	15,10%	16,00%	14,80%	14,00%	14,50%
		Adjusted Residual	2,6	0,9	0,5	-3	
Sexta-feira	Sexta-feira	Count	1947	50	372	2847	5216
		% within Dia da semana (entrada)	37,30%	1,00%	7,10%	54,60%	100,00%
		% within Cor da triagem	15,20%	11,70%	14,00%	13,40%	14,10%
		Adjusted Residual	4,5	-1,4	0	-4	

Sábado	Count	1473	33	309	2738	4553
	% within Dia da semana (entrada)	32,40%	0,70%	6,80%	60,10%	100,00%
	% within Cor da triagem	11,50%	7,70%	11,70%	12,90%	12,30%
	Adjusted Residual	-3,4	-2,9	-1	4,4	
Total	Count	12820	426	2650	21177	37073
	% within Dia da semana (entrada)	34,60%	1,10%	7,10%	57,10%	100,00%
	% within Cor da triagem	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	126,418 ^a	18	0,000
Likelihood Ratio	125,619	18	0,000
Linear-by-Linear Association	13,564	1	0,000
N of Valid Cases	37073		

^a 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 52,32

Decisão: Com base nesta amostra, na qual não se incluíram os episódios azuis nem vermelhos por serem muito escassos, e num nível de significância de 5%, conclui-se com evidência estatística que as variáveis tipo de episódio e dia da semana não são independentes, havendo uma relação entre elas. Através do Adjusted Residual mais se pode concluir que os episódios do tipo verde ocorrem mais ao fim-de-semana, enquanto os episódios amarelos e laranjas mais aos dias úteis.

Anexo IV – Relação entre o tipo de episódio e a hora de entrada*Teste de independência de qui-quadrado*

Objetivo: Testar se há relação entre o tipo de episódio e a hora de entrada do mesmo no serviço de urgência

Hipóteses a testar:

H₀: Não existe relação entre o tipo de episódio e a hora de entrada

H₁: Existe relação entre o tipo de episódio e a hora de entrada

Hora de entrada*Cor da triagem Crosstabulation

		Cor da triagem				Total
		Amarelo	Branco	Laranja	Verde	
0	Count	299	4	66	464	833
	% within Hora de entrada	35,90%	0,50%	7,90%	55,70%	100,00%
	% within Cor da triagem	2,30%	0,90%	2,50%	2,20%	2,20%
	Adjusted Residual	0,8	-1,8	0,9	-0,8	
1	Count	182	2	38	397	619
	% within Hora de entrada	29,40%	0,30%	6,10%	64,10%	100,00%
	% within Cor da triagem	1,40%	0,50%	1,40%	1,90%	1,70%
	Adjusted Residual	-2,7	-1,9	-1	3,6	
2	Count	133	0	20	264	417
	% within Hora de entrada	31,90%	0,00%	4,80%	63,30%	100,00%
	% within Cor da triagem	1,00%	0,00%	0,80%	1,20%	1,10%
	Adjusted Residual	-1,2	-2,2	-1,9	2,6	
3	Count	97	1	14	219	331
	% within Hora de entrada	29,30%	0,30%	4,20%	66,20%	100,00%
	% within Cor da triagem	0,80%	0,20%	0,50%	1,00%	0,90%
	Adjusted Residual	-2	-1,5	-2,1	3,3	
4	Count	95	0	8	173	276
	% within Hora de entrada	34,40%	0,00%	2,90%	62,70%	100,00%
	% within Cor da triagem	0,70%	0,00%	0,30%	0,80%	0,70%
	Adjusted Residual	-0,1	-1,8	-2,8	1,9	
5	Count	65	0	12	167	244
	% within Hora de entrada	26,60%	0,00%	4,90%	68,40%	100,00%
	% within Cor da triagem	0,50%	0,00%	0,50%	0,80%	0,70%
	Adjusted Residual	-2,6	-1,7	-1,4	3,6	
6	Count	78	0	13	185	276

	% within Hora de entrada	28,30%	0,00%	4,70%	67,00%	100,00%
	% within Cor da triagem	0,60%	0,00%	0,50%	0,90%	0,70%
	Adjusted Residual	-2,2	-1,8	-1,6	3,3	
7	Count	115	2	16	251	384
	% within Hora de entrada	29,90%	0,50%	4,20%	65,40%	100,00%
	% within Cor da triagem	0,90%	0,50%	0,60%	1,20%	1,00%
	Adjusted Residual	-1,9	-1,2	-2,3	3,3	
8	Count	271	10	48	708	1037
	% within Hora de entrada	26,10%	1,00%	4,60%	68,30%	100,00%
	% within Cor da triagem	2,10%	2,30%	1,80%	3,30%	2,80%
	Adjusted Residual	-5,8	-0,6	-3,2	7,4	
9	Count	548	16	87	1361	2012
	% within Hora de entrada	27,20%	0,80%	4,30%	67,60%	100,00%
	% within Cor da triagem	4,30%	3,80%	3,30%	6,40%	5,40%
	Adjusted Residual	-7,1	-1,5	-5,1	9,8	
10	Count	810	25	117	1476	2428
	% within Hora de entrada	33,40%	1,00%	4,80%	60,80%	100,00%
	% within Cor da triagem	6,30%	5,90%	4,40%	7,00%	6,50%
	Adjusted Residual	-1,3	-0,6	-4,6	3,8	
11	Count	820	32	173	1423	2448
	% within Hora de entrada	33,50%	1,30%	7,10%	58,10%	100,00%
	% within Cor da triagem	6,40%	7,50%	6,50%	6,70%	6,60%
	Adjusted Residual	-1,2	0,8	-0,2	1	
12	Count	711	12	156	987	1866
	% within Hora de entrada	38,10%	0,60%	8,40%	52,90%	100,00%
	% within Cor da triagem	5,50%	2,80%	5,90%	4,70%	5,00%
	Adjusted Residual	3,3	-2,1	2,1	-3,8	
13	Count	648	20	163	869	1700
	% within Hora de entrada	38,10%	1,20%	9,60%	51,10%	100,00%
	% within Cor da triagem	5,10%	4,70%	6,20%	4,10%	4,60%
	Adjusted Residual	3,1	0,1	4	-5,1	
14	Count	803	25	164	1167	2159
	% within Hora de entrada	37,20%	1,20%	7,60%	54,10%	100,00%
	% within Cor da triagem	6,30%	5,90%	6,20%	5,50%	5,80%
	Adjusted Residual	2,6	0	0,8	-3	
15	Count	757	37	178	1200	2172
	% within Hora de entrada	34,90%	1,70%	8,20%	55,20%	100,00%
	% within Cor da triagem	5,90%	8,70%	6,70%	5,70%	5,90%
	Adjusted Residual	0,3	2,5	2	-1,8	
16	Count	761	31	161	1235	2188
	% within Hora de entrada	34,80%	1,40%	7,40%	56,40%	100,00%
	% within Cor da triagem	5,90%	7,30%	6,10%	5,80%	5,90%
	Adjusted Residual	0,2	1,2	0,4	-0,7	

17	Count	853	29	162	1308	2352
	% within Hora de entrada	36,30%	1,20%	6,90%	55,60%	100,00%
	% within Cor da triagem	6,70%	6,80%	6,10%	6,20%	6,30%
	Adjusted Residual	1,8	0,4	-0,5	-1,5	
18	Count	979	33	183	1438	2633
	% within Hora de entrada	37,20%	1,30%	7,00%	54,60%	100,00%
	% within Cor da triagem	7,60%	7,70%	6,90%	6,80%	7,10%
	Adjusted Residual	2,9	0,5	-0,4	-2,7	
19	Count	962	33	196	1363	2554
	% within Hora de entrada	37,70%	1,30%	7,70%	53,40%	100,00%
	% within Cor da triagem	7,50%	7,70%	7,40%	6,40%	6,90%
	Adjusted Residual	3,4	0,7	1,1	-4	
20	Count	904	44	206	1377	2531
	% within Hora de entrada	35,70%	1,70%	8,10%	54,40%	100,00%
	% within Cor da triagem	7,10%	10,30%	7,80%	6,50%	6,80%
	Adjusted Residual	1,2	2,9	2	-2,9	
21	Count	847	42	213	1423	2525
	% within Hora de entrada	33,50%	1,70%	8,40%	56,40%	100,00%
	% within Cor da triagem	6,60%	9,90%	8,00%	6,70%	6,80%
	Adjusted Residual	-1,1	2,5	2,6	-0,8	
22	Count	662	19	155	1013	1849
	% within Hora de entrada	35,80%	1,00%	8,40%	54,80%	100,00%
	% within Cor da triagem	5,20%	4,50%	5,80%	4,80%	5,00%
	Adjusted Residual	1,1	-0,5	2,1	-2,1	
23	Count	420	9	101	709	1239
	% within Hora de entrada	33,90%	0,70%	8,20%	57,20%	100,00%
	% within Cor da triagem	3,30%	2,10%	3,80%	3,30%	3,30%
	Adjusted Residual	-0,5	-1,4	1,4	0,1	
Total	Count	12820	426	2650	21177	37073
	% within Hora de entrada	34,60%	1,10%	7,10%	57,10%	100,00%
	% within Cor da triagem	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	410,109 ^a	69	0,000
Likelihood Ratio	436,508	69	0,000
Linear-by-Linear Association	61,273	1	0,000
N of Valid Cases	37073		

^a 6 cells (6,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,80.

Decisão: Com base nesta amostra, na qual não se incluíram os episódios azuis nem vermelhos por serem muito escassos, e num nível de significância de 5%, conclui-se com evidência estatística que as variáveis tipo de episódio e hora de entrada não são independentes, havendo uma relação entre elas. Através do Adjusted Residual mais se pode concluir que os episódios verdes recorrem mais nas primeiras horas do dia, entre a uma e as dez, enquanto os amarelos e laranjas mais da parte da tarde, entre as doze e as vinte e uma.

Anexo V – Relação entre o tipo de episódio e o género dos indivíduos*Teste de independência de qui-quadrado*

Objetivo: Testar se algum dos tipos de episódio de urgência é mais frequente consoante o género dos indivíduos

Hipóteses a testar:

H₀: Não existe relação entre o tipo de episódio e o género dos indivíduos

H₁: Existe relação entre o tipo de episódio e o género dos indivíduos

Cor da triagem*Género Crosstabulation

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Cor da triagem	Amarelo	Count	5842	6978	12820
		% within Cor da triagem	45,60%	54,40%	100,00%
		% within Género	33,20%	35,80%	34,60%
		Adjusted Residual	-5,4	5,4	
	Branco	Count	200	226	426
		% within Cor da triagem	46,90%	53,10%	100,00%
		% within Género	1,10%	1,20%	1,10%
		Adjusted Residual	-0,2	0,2	
	Laranja	Count	1056	1594	2650
		% within Cor da triagem	39,80%	60,20%	100,00%
		% within Género	6,00%	8,20%	7,10%
		Adjusted Residual	-8,2	8,2	
Verde	Count	10510	10667	21177	
	% within Cor da triagem	49,60%	50,40%	100,00%	
	% within Género	59,70%	54,80%	57,10%	
	Adjusted Residual	9,5	-9,5		
Total	Count	17608	19465	37073	
	% within Cor da triagem	47,50%	52,50%	100,00%	
	% within Género	100,00%	100,00%	100,00%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	119,921 ^a	3	0,000
Likelihood Ratio	120,477	3	0,000
Linear-by-Linear Association	44,553	1	0,000
N of Valid Cases	37073		

^a 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 202,33.

Decisão: Com base nesta amostra, na qual não se incluíram os episódios azuis nem vermelhos por serem muito escassos, e num nível de significância de 5%, conclui-se com evidência estatística, que as variáveis tipo de episódio e género dos indivíduos não são independentes, havendo uma relação entre elas. Através do Adjusted Residual mais se pode concluir que aos episódios verdes corresponde mais o género feminino, enquanto aos episódios amarelos e laranjas corresponde mais o género masculino.

Anexo VI – Relação entre o tipo de episódio e a média de idade dos indivíduos*Teste Oneway-ANOVA*

Objetivo: Testar se a média de idade dos indivíduos é igual em todos os tipos de episódios que recorrem ao serviço de urgência

Hipóteses a testar:

H₀: A média de idade dos indivíduos é igual em todos os tipos de episódios

H₁: Existe pelo menos um tipo de episódio em que a média de idade dos indivíduos é diferente dos outros tipos de episódios

Test of Homogeneity of Variances**Idade**

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
410,193	3	37069	0

ANOVA**Idade**

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2083,637	3	694,546	29,195	0,000
Within Groups	881860,115	37069	23,79		
Total	883943,752	37072			

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a média de idade dos indivíduos nos vários tipos de episódios que recorrem ao serviço de urgência. Através de um teste de comparação múltipla vamos analisar entre que tipo de episódios se verificam estas diferenças.

Testes de comparação múltipla

Objetivo: Testar se a média de idade dos indivíduos é igual em cada um dos pares dos tipos de episódios que recorrem ao serviço de urgência

Hipóteses a testar:

H₀: A média de idade dos indivíduos é igual no tipo de episódio *i* e *j* (*i* diferente de *j*)

H₁: A média de idade dos indivíduos não é igual no tipo de episódio *i* e *j* (*i* diferente de *j*)

(*i, j* = cor da triagem amarelo, branco, laranja, verde)

Multiple Comparisons**Dependent Variable: Idade**

	(I) Cor da triagem	(J) Cor da triagem	Mean Difference (I-J)	Std. Error	95% Confidence	
					Lower Bound	Upper Bound
Dunnett C	Amarelo	Branco	,739*	0,24	0,12	1,36
		Laranja	,601*	0,111	0,32	0,89
		Verde	,472*	0,057	0,33	0,62
	Branco	Amarelo	-,739*	0,24	-1,36	-0,12
		Laranja	-0,138	0,256	-0,8	0,52
		Verde	-0,267	0,237	-0,88	0,34
	Laranja	Amarelo	-,601*	0,111	-0,89	-0,32
		Branco	0,138	0,256	-0,52	0,8
		Verde	-0,129	0,105	-0,4	0,14
	Verde	Amarelo	-,472*	0,057	-0,62	-0,33
		Branco	0,267	0,237	-0,34	0,88
		Laranja	0,129	0,105	-0,14	0,4

* The mean difference is significant at the 0.05 level.

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que os episódios amarelos têm em média uma idade superior à dos outros episódios.

Anexo VII – Relação entre o tipo de episódio e a realização de MCDTs*Teste de independência de qui-quadrado*

Objetivo: Testar se algum dos tipos de episódio está associado à realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Hipóteses a testar:

H₀: Não existe relação entre o tipo de episódio e a realização de MCDTs

H₁: Existe relação entre o tipo de episódio e a realização de MCDTs

Cor da triagem*Realiza MCDT? Crosstabulation

			Realiza MCDT?		Total
			Não realiza MCDT	Realiza MCDT	
Cor da triagem	Amarelo	Count	8084	4736	12820
		% within Cor da triagem	63,10%	36,90%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	27,60%	60,80%	34,60%
		Adjusted Residual	-54,8	54,8	
	Azul	Count	18	1	19
		% within Cor da triagem	94,70%	5,30%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	0,10%	0,00%	0,10%
		Adjusted Residual	1,7	-1,7	
	Branco	Count	376	50	426
		% within Cor da triagem	88,30%	11,70%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	1,30%	0,60%	1,10%
		Adjusted Residual	4,7	-4,7	
	Laranja	Count	1942	708	2650
		% within Cor da triagem	73,30%	26,70%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	6,60%	9,10%	7,10%
		Adjusted Residual	-7,5	7,5	
Verde	Count	18884	2293	21177	
	% within Cor da triagem	89,20%	10,80%	100,00%	
	% within Realiza MCDT?	64,40%	29,40%	57,10%	
	Adjusted Residual	55,5	-55,5		
Vermelho	Count	3	4	7	
	% within Cor da triagem	42,90%	57,10%	100,00%	
	% within Realiza MCDT?	0,00%	0,10%	0,00%	
	Adjusted Residual	-2,3	2,3		
Total	Count	29307	7792	37099	
	% within Cor da triagem	79,00%	21,00%	100,00%	

% within Realiza MCDT?	100,00%	100,00%	100,00%
------------------------	---------	---------	---------

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3367,044 ^a	5	0,000
Likelihood Ratio	3325,098	5	0,000
Linear-by-Linear Association	3177,522	1	0,000
N of Valid Cases	37099		

^a 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,47.

Decisão: Com base nesta amostra, na qual não se incluíram os episódios azuis nem vermelhos por serem muito escassos, e num nível de significância de 5%, conclui-se com evidência estatística, que as variáveis tipo de episódio e realização de MCDTs não são independentes, havendo uma relação entre elas. Através do Adjusted Residual pode-se concluir que aos episódios verdes são os que menos realizam MCDTs, ao passo que os amarelos, seguidos dos laranjas, são os que mais realizam.

Anexo VIII – Relação entre a realização de MCDTs e o dia da semana*Teste de independência de qui-quadrado*

Objetivo: Testar se em algum dos dias da semana se realizam mais ou menos meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Hipóteses a testar:

H₀: Não existe relação entre a realização de MCDTs e o dia da semana

H₁: Existe relação entre a realização de MCDTs e o dia da semana

Dia da semana*Realiza MCDT? Crosstabulation

			Realiza MCDT?		Total
			Não realiza MCDT	Realiza MCDT	
Dia da semana (entrada)	Domingo	Count	4318	912	5230
		% within Dia da semana (entrada)	82,60%	17,40%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	14,70%	11,70%	14,10%
		Adjusted Residual	6,8	-6,8	
Segunda-feira	Segunda-feira	Count	4785	1295	6080
		% within Dia da semana (entrada)	78,70%	21,30%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	16,30%	16,60%	16,40%
		Adjusted Residual	-0,6	0,6	
Terça-feira	Terça-feira	Count	4331	1157	5488
		% within Dia da semana (entrada)	78,90%	21,10%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	14,80%	14,80%	14,80%
		Adjusted Residual	-0,2	0,2	
Quarta-feira	Quarta-feira	Count	3898	1260	5158
		% within Dia da semana (entrada)	75,60%	24,40%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	13,30%	16,20%	13,90%
		Adjusted Residual	-6,5	6,5	
Quinta-feira	Quinta-feira	Count	4296	1070	5366
		% within Dia da semana (entrada)	80,10%	19,90%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	14,70%	13,70%	14,50%
		Adjusted Residual	2,1	-2,1	
Sexta-feira	Sexta-feira	Count	3930	1289	5219
		% within Dia da semana (entrada)	75,30%	24,70%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	13,40%	16,50%	14,10%
		Adjusted Residual	-7,1	7,1	

Sábado	Count	3749	809	4558
	% within Dia da semana (entrada)	82,30%	17,70%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	12,80%	10,40%	12,30%
	Adjusted Residual	5,8	-5,8	
Total	Count	29307	7792	37099
	% within Dia da semana (entrada)	79,00%	21,00%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	100,00%	100,00%	100,00%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	152,567 ^a	6	0,000
Likelihood Ratio	152,632	6	0,000
Linear-by-Linear Association	6,8	1	0,009
N of Valid Cases	37099		

^a 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 957,33.

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se com evidência estatística que as variáveis dia da semana e realização de MCDTs não são independentes, havendo uma relação entre elas. Através do Adjusted Residual conclui-se ainda que se realizam mais MCDTs durante a semana, com prevalência da quarta e sexta-feira sobre os outros dias.

Anexo IX – Relação entre a realização de MCDTs e a hora de entrada

Teste de independência de qui-quadrado

Objetivo: Testar se em alguma hora particular de entrada se realizam mais ou menos meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Hipóteses a testar:

H₀: Não existe relação entre a realização de MCDTs e a hora de entrada

H₁: Existe relação entre a realização de MCDTs e a hora de entrada

Hora de entrada*Realiza MCDT? Crosstabulation

		Realiza MCDT?		Total	
		Não realiza MCDT	Realiza MCDT		
Hora de entrada	0	Count	718	115	833
		% within Hora de entrada	86,20%	13,80%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	2,40%	1,50%	2,20%
		Adjusted Residual	5,2	-5,2	
1	Count	545	76	621	
	% within Hora de entrada	87,80%	12,20%	100,00%	
	% within Realiza MCDT?	1,90%	1,00%	1,70%	
	Adjusted Residual	5,4	-5,4		
2	Count	355	62	417	
	% within Hora de entrada	85,10%	14,90%	100,00%	
	% within Realiza MCDT?	1,20%	0,80%	1,10%	
	Adjusted Residual	3,1	-3,1		
3	Count	288	43	331	
	% within Hora de entrada	87,00%	13,00%	100,00%	
	% within Realiza MCDT?	1,00%	0,60%	0,90%	
	Adjusted Residual	3,6	-3,6		
4	Count	240	36	276	
	% within Hora de entrada	87,00%	13,00%	100,00%	
	% within Realiza MCDT?	0,80%	0,50%	0,70%	
	Adjusted Residual	3,3	-3,3		
5	Count	207	37	244	
	% within Hora de entrada	84,80%	15,20%	100,00%	
	% within Realiza MCDT?	0,70%	0,50%	0,70%	
	Adjusted Residual	2,2	-2,2		

6	Count	243	33	276
	% within Hora de entrada	88,00%	12,00%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	0,80%	0,40%	0,70%
	Adjusted Residual	3,7	-3,7	
7	Count	319	65	384
	% within Hora de entrada	83,10%	16,90%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	1,10%	0,80%	1,00%
	Adjusted Residual	2	-2	
8	Count	841	196	1037
	% within Hora de entrada	81,10%	18,90%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	2,90%	2,50%	2,80%
	Adjusted Residual	1,7	-1,7	
9	Count	1643	369	2012
	% within Hora de entrada	81,70%	18,30%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	5,60%	4,70%	5,40%
	Adjusted Residual	3	-3	
10	Count	1938	492	2430
	% within Hora de entrada	79,80%	20,20%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	6,60%	6,30%	6,60%
	Adjusted Residual	0,9	-0,9	
11	Count	1906	545	2451
	% within Hora de entrada	77,80%	22,20%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	6,50%	7,00%	6,60%
	Adjusted Residual	-1,6	1,6	
12	Count	1387	479	1866
	% within Hora de entrada	74,30%	25,70%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	4,70%	6,10%	5,00%
	Adjusted Residual	-5,1	5,1	
13	Count	1297	405	1702
	% within Hora de entrada	76,20%	23,80%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	4,40%	5,20%	4,60%
	Adjusted Residual	-2,9	2,9	
14	Count	1643	518	2161
	% within Hora de entrada	76,00%	24,00%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	5,60%	6,60%	5,80%
	Adjusted Residual	-3,5	3,5	
15	Count	1714	458	2172
	% within Hora de entrada	78,90%	21,10%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	5,80%	5,90%	5,90%
	Adjusted Residual	-0,1	0,1	
16	Count	1692	497	2189
	% within Hora de entrada	77,30%	22,70%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	5,80%	6,40%	5,90%

	Adjusted Residual	-2	2	
17	Count	1795	558	2353
	% within Hora de entrada	76,30%	23,70%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	6,10%	7,20%	6,30%
	Adjusted Residual	-3,3	3,3	
18	Count	2041	595	2636
	% within Hora de entrada	77,40%	22,60%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	7,00%	7,60%	7,10%
	Adjusted Residual	-2,1	2,1	
19	Count	1944	611	2555
	% within Hora de entrada	76,10%	23,90%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	6,60%	7,80%	6,90%
	Adjusted Residual	-3,7	3,7	
20	Count	2000	536	2536
	% within Hora de entrada	78,90%	21,10%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	6,80%	6,90%	6,80%
	Adjusted Residual	-0,2	0,2	
21	Count	2004	523	2527
	% within Hora de entrada	79,30%	20,70%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	6,80%	6,70%	6,80%
	Adjusted Residual	0,4	-0,4	
22	Count	1500	351	1851
	% within Hora de entrada	81,00%	19,00%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	5,10%	4,50%	5,00%
	Adjusted Residual	2,2	-2,2	
23	Count	1047	192	1239
	% within Hora de entrada	84,50%	15,50%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	3,60%	2,50%	3,30%
	Adjusted Residual	4,8	-4,8	
Total	Count	29307	7792	37099
	% within Hora de entrada	79,00%	21,00%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	100,00%	100,00%	100,00%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	227,115 ^a	23	0,000
Likelihood Ratio	239,22	23	0,000
Linear-by-Linear Association	40,804	1	0,000
N of Valid Cases	37099		

^a 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 51,25.

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se com evidência estatística que as variáveis hora de entrada e realização de MCDTs não são independentes, havendo uma relação entre elas. Através do Adjusted Residual pode-se concluir que se realizam mais MCDTs no período da tarde, entre as doze e catorze horas e entre as dezassete e dezanove horas.

Anexo X – Relação entre a realização de MCDTs e a média de idade dos indivíduos

Teste t à igualdade de médias

Objetivo: Testar se a média de idade dos indivíduos é igual nos grupos que realizam e não realizam MCDTs

Hipóteses a testar:

H₀: A média de idade dos indivíduos é igual no grupo de indivíduos que realiza e que não realiza MCDTs

H₁: A média de idade dos indivíduos que realizam MCDTs é diferente da média de idade dos indivíduos que não realizam

Group Statistics

Realiza MCDT?		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Idade	Não realiza MCDT	29307	4,76	4,621	0,027
	Realiza MCDT	7792	7,29	5,317	0,06

Independent Sample Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence	
									Lower	Upper
Idade	Equal variances assumed	801,277	0,000	-41,525	37097	0,000	-2,528	0,061	-2,647	-2,408
	Equal variances not assumed			-38,294	11115,451	0,000	-2,528	0,066	-2,657	-2,398

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se que se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a média de idade dos indivíduos que realizam MCDTs e dos que não realizam.

Anexo XI - Relação entre a idade dos indivíduos e a realização de MCDTs*Teste de independência de qui-quadrado*

Objetivo: Testar se em alguma idade se realizam mais ou menos meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Hipóteses a testar:

H₀: Não existe relação entre a idade e a realização de MCDTs

H₁: Existe relação entre a idade e a realização de MCDTs

Idade*Realiza MCDT? Crosstabulation					
		Realiza MCDT?		Total	
		Não realiza MCDT	Realiza MCDT		
Idade	0	Count	4846	721	5567
		% within Idade	87,00%	13,00%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	16,50%	9,30%	15,00%
		Adjusted Residual	16	-16	
	1	Count	4270	770	5040
		% within Idade	84,70%	15,30%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	14,60%	9,90%	13,60%
		Adjusted Residual	10,7	-10,7	
	2	Count	3192	611	3803
		% within Idade	83,90%	16,10%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	10,90%	7,80%	10,30%
		Adjusted Residual	7,9	-7,9	
	3	Count	2722	500	3222
		% within Idade	84,50%	15,50%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	9,30%	6,40%	8,70%
		Adjusted Residual	8	-8	
	4	Count	2482	422	2904
		% within Idade	85,50%	14,50%	100,00%
		% within Realiza MCDT?	8,50%	5,40%	7,80%
		Adjusted Residual	8,9	-8,9	
5	Count	2055	395	2450	
	% within Idade	83,90%	16,10%	100,00%	
	% within Realiza MCDT?	7,00%	5,10%	6,60%	
	Adjusted Residual	6,1	-6,1		

6	Count	1468	334	1802
	% within Idade	81,50%	18,50%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	5,00%	4,30%	4,90%
	Adjusted Residual	2,6	-2,6	
7	Count	1260	326	1586
	% within Idade	79,40%	20,60%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	4,30%	4,20%	4,30%
	Adjusted Residual	0,4	-0,4	
8	Count	1074	331	1405
	% within Idade	76,40%	23,60%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	3,70%	4,20%	3,80%
	Adjusted Residual	-2,4	2,4	
9	Count	909	385	1294
	% within Idade	70,20%	29,80%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	3,10%	4,90%	3,50%
	Adjusted Residual	-7,9	7,9	
10	Count	899	427	1326
	% within Idade	67,80%	32,20%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	3,10%	5,50%	3,60%
	Adjusted Residual	-10,2	10,2	
11	Count	794	508	1302
	% within Idade	61,00%	39,00%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	2,70%	6,50%	3,50%
	Adjusted Residual	-16,2	16,2	
12	Count	657	453	1110
	% within Idade	59,20%	40,80%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	2,20%	5,80%	3,00%
	Adjusted Residual	-16,4	16,4	
13	Count	509	364	873
	% within Idade	58,30%	41,70%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	1,70%	4,70%	2,40%
	Adjusted Residual	-15,2	15,2	
14	Count	454	347	801
	% within Idade	56,70%	43,30%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	1,50%	4,50%	2,20%
	Adjusted Residual	-15,7	15,7	
15	Count	503	307	810
	% within Idade	62,10%	37,90%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	1,70%	3,90%	2,20%
	Adjusted Residual	-11,9	11,9	
16	Count	541	271	812
	% within Idade	66,60%	33,40%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	1,80%	3,50%	2,20%

	Adjusted Residual	-8,8	8,8	
17	Count	672	320	992
	% within Idade	67,70%	32,30%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	2,30%	4,10%	2,70%
	Adjusted Residual	-8,8	8,8	
Total	Count	29307	7792	37099
	% within Idade	79,00%	21,00%	100,00%
	% within Realiza MCDT?	100,00%	100,00%	100,00%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1985,028 ^a	17	0,000
Likelihood Ratio	1834,786	17	0,000
Linear-by-Linear Association	1647,772	1	0,000
N of Valid Cases	37099		

^a 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 168,24.

Decisão: Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, conclui-se com evidência estatística que as variáveis idade e realização de MCDTs não são independentes, havendo uma relação entre elas. Conclui-se ainda, Através do Adjusted Residual que se realizam mais MCDTs em idades superiores a nove anos, sobretudo entre os dez e os quinze anos.

Anexo XII – Relação entre o tipo de episódio e o tipo de saída*Teste de independência de qui-quadrado*

Objetivo: Testar se em algum tipo de episódio de urgência se verifica mais algum tipo de saída

Hipóteses a testar:

H₀: Não existe relação entre o tipo de episódio e o tipo de saída

H₁: Existe relação entre o tipo de episódio e o tipo de saída

Tipo de saída*Cor da triagem Crosstabulation

			Cor da triagem				Total
			Amarelo	Branco	Laranja	Verde	
Tipo de saída	Alta	Count	12447	408	2405	21059	36319
		% within Tipo de saída	34,30%	1,10%	6,60%	58,00%	100,00%
		% within Cor da triagem	97,10%	95,80%	90,80%	99,40%	98,00%
		Adjusted Residual	-8,7	-3,2	-27,3	23,2	
	Internamento	Count	373	18	245	118	754
		% within Tipo de saída	49,50%	2,40%	32,50%	15,60%	100,00%
		% within Cor da triagem	2,90%	4,20%	9,20%	0,60%	2,00%
		Adjusted Residual	8,7	3,2	27,3	-23,2	
Total	Count	12820	426	2650	21177	37073	
	% within Tipo de saída	34,60%	1,10%	7,10%	57,10%	100,00%	
	% within Cor da triagem	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	983,029 ^a	3	0,000
Likelihood Ratio	750,173	3	0,000
Linear-by-Linear Association	169,497	1	0,000
N of Valid Cases	37073		

^a 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,66.

Decisão: Com base nesta amostra, na qual não se incluíram os episódios azuis nem vermelhos por serem muito escassos, e num nível de significância de 5%, conclui-se com evidência estatística, que as variáveis tipo de saída e cor do episódio não são independentes, havendo uma relação entre elas. Através do Adjusted Residual mais se pode concluir que os episódios verdes geram mais altas, enquanto proporcionalmente são os episódios laranjas e amarelos dão origem a mais internamentos.

Anexo XIII – Relação entre o tipo de episódio e o tipo de alta*Teste de independência de qui-quadrado*

Objetivo: Testar se algum tipo de episódio de urgência gera algum tipo de alta mais frequente

Hipóteses a testar:

H₀: Não existe relação entre o tipo de episódio e o tipo de alta

H₁: Existe relação entre o tipo de episódio e o tipo de alta

Tipo de alta*Cor da triagem Crosstabulation

			Cor da triagem				Total
			Amarelo	Branco	Laranja	Verde	
Tipo de alta	ARS / Centro de Saúde / Médico Assistente	Count	4936	107	1172	8378	14593
		% within Tipo de alta	33,80%	0,70%	8,00%	57,40%	100,00%
		% within Cor da triagem	38,60%	25,10%	44,50%	39,60%	39,40%
		Adjusted Residual	-2,4	-6,1	5,6	0,7	
Consulta Externa		Count	671	14	152	334	1171
		% within Tipo de alta	57,30%	1,20%	13,00%	28,50%	100,00%
		% within Cor da triagem	5,20%	3,30%	5,80%	1,60%	3,20%
		Adjusted Residual	16,6	0,1	7,9	-20,1	
Exterior sem referência		Count	6489	128	938	11726	19281
		% within Tipo de alta	33,70%	0,70%	4,90%	60,80%	100,00%
		% within Cor da triagem	50,70%	30,00%	35,70%	55,40%	52,10%
		Adjusted Residual	-3,8	-9,2	-17,5	14,7	
Não respondeu / Abandono		Count	155	158	38	543	894
		% within Tipo de alta	17,30%	17,70%	4,30%	60,70%	100,00%
		% within Cor da triagem	1,20%	37,10%	1,40%	2,60%	2,40%
		Adjusted Residual	-11	46,9	-3,4	2,2	
Serviço		Count	368	18	242	116	744
		% within Tipo de alta	49,50%	2,40%	32,50%	15,60%	100,00%
		% within Cor da triagem	2,90%	4,20%	9,20%	0,50%	2,00%
		Adjusted Residual	8,6	3,3	27,3	-23,2	
Transferência para outro Hospital		Count	169	1	89	65	324
		% within Tipo de alta	52,20%	0,30%	27,50%	20,10%	100,00%

	% within Cor da triagem	1,30%	0,20%	3,40%	0,30%	0,90%
	Adjusted Residual	6,7	-1,4	14,3	-13,6	
Total	Count	12788	426	2631	21162	37007
	% within Tipo de alta	34,60%	1,20%	7,10%	57,20%	100,00%
	% within Cor da triagem	1,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4134,182 ^a	15	0,000
Likelihood Ratio	2333,552	15	0,000
Linear-by-Linear Association	39,736	1	0,000
N of Valid Cases	37007		

^a 1 cells (4,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,73.

Decisão: Com base nesta amostra, na qual não se incluíram os episódios azuis nem vermelhos por serem muito escassos, e num nível de significância de 5%, conclui-se com evidência estatística, que as variáveis tipo de alta e cor do episódio não são independentes, havendo uma relação entre elas. Através do Adjusted Residual mais se pode concluir que os episódios verdes geram mais altas do tipo “exterior sem referência” e “ARS/centro de saúde/médico assistente”. Já os episódios amarelos dão mais origem a “consulta externa”, enquanto os episódios brancos são os que mais resultam em “não respondeu/abandono”. O tipo de alta “serviço” diz respeito aos internamentos, podendo afirmar-se que são os episódios laranja os que mais ficam internados.