



Universidades Lusíada

Harfouche, Ana Paula de Jesus

Lourenço, Idalécio

Santos, Estevão Soares dos

Há adequação do perfil de procura pelos serviços de urgência? : um estudo ex-ante surto pandémico - COVID-19

<http://hdl.handle.net/11067/5755>

<https://doi.org/10.34628/nc2j-3792>

Metadados

Data de Publicação	2020
Palavras Chave	Hospitais - Serviços de urgência - Utilização - Portugal, Hospitais - Serviços de urgência - Portugal - Planeamento
Tipo	article
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-FCEE] LEE, n. 29 (2020)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-26T09:15:09Z com informação proveniente do Repositório

**HÁ ADEQUAÇÃO DO PERFIL DE PROCURA
PELOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA?
UM ESTUDO *EX ANTE* SURTO PANDÊMICO - COVID-19**

Ana Harfouche

Administradora Hospitalar - ARSLVT: Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo
Professora Afiada, Faculdade de Ciências Médicas - Nova Medical School

Idalécio Lourenço

Advisor - Tecnologias, Comunicação e Marketing
Ex-Vogal Executivo do Centro Hospitalar do Oeste

Estevão Soares dos Santos

Médico - Unidade de Saúde Pública - Pinhal Litoral

DOI: <https://doi.org/10.34628/nc2j-3792>

Recebido: 24.11.2020

Aprovado: 07.02.2021

Resumo: Introdução: Este estudo pretendeu obter evidência sobre a adequação ou desadequação do perfil de procura à missão e à natureza dos serviços de urgência. A pergunta de partida foi: “Qual a tipologia dos episódios de urgência admitidos e a sua adequação à missão de um serviço de urgência?”

Enquadramento: Com este estudo, pretendeu-se conhecer o perfil de procura pelos serviços de urgência para fundamentar a tomada de decisão sobre a alocação de meios, prioridades dos recursos e competências que suportam a prestação dos serviços de urgência hospitalares.

É crucial conhecer o perfil dos episódios de urgência para ilustrar a perceção relacionada com a procura excessiva a estes serviços e, também, para permitir estabelecer um planeamento, quer de profissionais, quer de recursos materiais e financeiros eficientes e eficazes. Este conhecimento permite sobretudo pensar em medidas que podem ser adotadas no redireccionamento desta procura, através de fluxos de processos mais racionais do acesso para serviços menos diferenciados evitando, assim, a sobreutilização dos serviços de urgência.

Objetivo: O principal objetivo foi estudar através da caracterização dos episódios de urgência, a procura pelos seis serviços de urgência nas três unidades do Centro Hospitalar do Oeste (CHOeste): I. Unidade de Caldas da Rainha – serviço de urgência médico-cirúrgico; serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia; serviço de urgência pediátrica; II. Unidade de Torres Vedras - serviço de urgência médico-cirúrgico; serviço de urgência pediátrica; III. Unidade de Peniche - serviço de urgência básica.

Metodologia: Tratou-se de um estudo retrospectivo, descritivo com base numa análise Univariada, sendo uma primeira intervenção analítica para conhecimento dos episódios dos seis serviços de urgência que, através de algoritmo de decisão, foram categorizados como episódios adequados ou como episódios desadequados.

Resultados: Foram analisados 192.535 episódios de urgência referentes ao período entre 1 de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2015. Em termos proporcionais, a faixa etária dos 0 aos 18 anos foi a que recorreu mais aos serviços de urgência, com cerca 1.041 episódios de urgência por mil habitantes, enquanto os adultos dos 19 aos 64 foi a faixa etária que recorreu menos aos serviços de urgência, com cerca de 400 episódios de urgência por mil habitantes. Acima de 65 anos encontrou-se um rácio de 697 episódios de urgência por mil habitantes.

Discussão: O rácio agregado dos serviços de urgência do CHOeste foi de

586 admissões na urgência por mil habitantes, valor inferior ao nacional, que foi de 705 admissões na urgência por mil habitantes. Deste total de admissões cerca de 55% são de prioridade e gravidade baixa, o que se definiu por desadequados, portanto, potencialmente evitáveis. Os comportamentos que os cidadãos da área de influência do CHOeste optaram são, na sua maioria, o imediato recurso às urgências hospitalares, sem passar primeiro pelo centro de saúde ou ligar para a linha de Saúde 24 (agora SNS24). A esmagadora maioria, cerca de 90% dos episódios de urgência, no CHOeste não foi referenciado.

Conclusão: O número de episódios de urgência por mil habitantes no CHOeste (586) é inferior ao valor nacional (705) situando-se, assim, em posição intermédia entre Portugal e a média da OCDE (308). A realidade, quanto ao número de episódios de urgência, é muito heterogénea entre as unidades hospitalares que compõem o CHOeste: a Unidade de Peniche - serviço de urgência básica - é a que apresenta maior rácio por habitante, com 969 episódios por mil habitantes, enquanto a Unidade de Torres Vedras (dois serviços de urgência - médico-cirúrgico e pediátrico) apresenta um rácio de 415 episódios por mil habitantes. Por seu lado, a Unidade de Caldas da Rainha (três serviços de urgência - médico-cirúrgico, obstétrico e pediátrico) apresenta um rácio médio de 799 episódios por mil habitantes.

Este estudo ocorreu antes da crise pandémica - Covid-19 - e corrobora a perceção percebida sobre a desadequação da utilização dos serviços de urgência.

Palavras-chave: SNS; Perfil de procura; Admissões na urgência *ex ante* pandemia; Episódios potencialmente evitáveis; Episódios de urgência desadequados.

INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência dos hospitais em Portugal são, normalmente, a primeira e seguramente a última fronteira dos serviços de saúde a que os cidadãos recorrem quando se sentem doentes, inseguros quanto aos sintomas e, sobretudo, quanto áquilo que estão a sentir em determinado momento e não sabem mais o que fazer temendo, no limite, pela sua vida.

A questão é saber porque o fazem, quando normalmente essa urgência não é necessariamente urgente, nem põe em causa a própria vida, podendo ser tratada por outros prestadores de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) – por exemplo em Centros de Saúde - ou mesmo na segurança da própria casa. Acresce, ainda, que a um serviço de urgência está associado maior risco de infeção hospitalar - por o doente permanecer temporariamente num ambiente onde coexistem várias infeções de outros doentes.

Existem várias explicações que conduzem a este comportamento da população.

Parece consensual que as explicações para a procura pelos serviços de urgência, sobretudo, nos períodos dos picos das doenças sazonais, como a gripe, por exemplo, entre outras, são:

- o acesso aos serviços de urgência ser livre durante 24HX365 dias/ano.
- o cidadão saber que, apesar do risco inerente à ida ao serviço de urgência, dificilmente sairá do mesmo sem ser tratado, no próprio hospital ou direcionado para um outro, de acordo com a gravidade da situação e o perfil de urgência do hospital – face às redes de referenciação existentes.
- a convicção por parte do cidadão de melhor atendimento pelos profissionais, uma vez que num serviço de urgência existem, à partida, mais e melhores equipamentos, meios materiais e meios de diagnóstico que não estão disponíveis num centro de saúde.

O CHOeste não é uma ilha no que diz respeito aos serviços de urgência no SNS, antes pelo contrário, em 2016 e 2017 era, consoante a conjuntura e a circunstância sazonal, a terceira maior urgência ou posicionava-se como a quarta maior urgência da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, fora destes picos.

Tendo em conta esta circunstância, mais de 50% da atividade do CHOeste (medida em número de episódios clínicos) eram episódios de urgência.

Se tivermos em consideração o número de valências face aos grandes centros hospitalares, proporcionalmente este centro hospitalar é claramente um hospital com um perfil de urgências.

O principal objetivo deste estudo foi, através da caracterização dos episódios de urgência, obter evidência sobre a desadequação do perfil de procura à missão e à natureza dos seis serviços de urgência do CHOeste.

O CHOeste é composto por três unidades e cada uma das unidades tem serviços de urgência específicos: a Unidade de Caldas da Rainha tem três serviços de urgência – serviço de urgência médico-cirúrgico; serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia e serviço de urgência pediátrica. A Unidade de Torres Vedras tem dois serviços de urgência - serviço de urgência médico-cirúrgico e serviço de urgência pediátrica. A Unidade de Peniche tem um serviço de urgência básica.

A pergunta de partida foi: “Qual a tipologia dos episódios de urgência admitidos e a sua **adequação** à missão de um serviço de urgência?”

O conhecimento do perfil dos episódios de urgência é fundamental para pensar em medidas e ações a ser adotadas para redirecionar a procura evitável a serviços de urgência.

Este estudo ocorreu antes da crise pandémica e corrobora a perceção percebida sobre a desadequação da utilização dos serviços de urgência *ex ante* pandemia COVID-19.

ENQUADRAMENTO

Portugal lidera, de acordo com (BERCHET 2015), a tabela dos 21 países em estudo com 705 admissões na urgência por mil habitantes, bem acima do segundo da lista - Espanha com 573 admissões na urgência por mil habitantes e com mais do dobro da média da OCDE com 308 admissões na urgência por mil habitantes.

Considera-se e segundo (GOMES 2014) que a utilização desadequada dos serviços de urgência para casos não urgentes constitui um dos principais fatores para o elevado número de episódios de urgência em Portugal.

Na génese desta utilização desadequada dos serviços de urgência podem estar diversas barreiras, entre as quais e segundo o Relatório de Primavera de 2011 (OPSS 2011), as que impedem o acesso adequado aos cuidados de saúde, a saber:

- a desigual distribuição geográfica de profissionais de saúde;
- o baixo índice de escolaridade da população;
- a dificuldade no acesso à informação;

- a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde primários; e
- a limitada prestação no que respeita aos cuidados de saúde domiciliários.

Esta situação não terá melhorado nos anos seguintes. Segundo o mesmo relatório, mas do ano de 2016 (OPSS 2016), *“resumidos os Relatórios de Primavera dos últimos anos constatamos que a crise e o seu impacto na saúde dominaram as atenções nesses anos tendo o OPSS apresentado ao longo desses anos diversas sugestões e alertas que poucas vezes foram tidos em conta. O acentuado corte nas despesas com saúde, que fizeram baixar alguns pontos no ranking da OCDE, teve efeitos mais acentuados nas despesas com medicamentos e recursos humanos”*.

A otimização dos recursos e dos meios disponíveis no Sector da Saúde - no caso do SNS - confronta-se com um conjunto de duas realidades - interna e externa ao SNS - que não são propriamente coincidentes, nem se explicam entre si, mas que impactam direta, indireta e colateralmente no acesso e na qualidade da prestação de cuidados de saúde nos serviços de urgência dos hospitais.

No que respeita à dinâmica interna do Hospital, esta está umbilicalmente relacionada com a Organização e Governação Clínica, enquadrada pelos recursos, pelas capacidades existentes e pelo financiamento disponibilizado, nomeadamente as políticas de gestão dos próprios serviços de urgência, a existência ou não de equipas próprias e especializadas em urgências e a não existência de uma especialidade de emergência no SNS. A este respeito, importa lembrar os alertas que o Colégio da Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos (criado em 2003) para a necessidade da criação de uma especialidade de urgência, considerando que só com esta especialidade se poderão ultrapassar os constrangimentos que ciclicamente afetam os serviços de urgência, prejudicando doentes e profissionais (ORDEM MÉDICOS 2016).

A necessidade de existirem mais sinergias, articulações e eficiência entre os serviços clínicos que interagem com os serviços de urgência, como a utilização de recursos comuns (ex. camas), a gestão e os critérios de internamento e das altas médicas, a política e as boas práticas de exames e de prescrições, a qualidade e disponibilidade dos Meios Complementares de Diagnósticos e Terapêutica (MCDT) existentes ou, ainda, entre outras, a relação entre o tempo de espera para a primeira consulta e subsequentes, são outros fatores que determinam a dinâmica interna hospitalar e que impactam na procura por serviços de urgência.

Nesta dinâmica interna e na relação de um Hospital com o SNS, é relevante o nível e a profundidade da articulação existente entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os Hospitais/Centros Hospitalares; a gestão e o acesso (ex. horários de atendimentos das unidades de CSP), o âmbito dos serviços clínicos prestados pelos CSP (ex. exames, pequenas cirurgias, além das consultas), ou ainda, questões como a livre escolha de acesso e as sinergias entre Hospitais

(ex. urgência metropolitana durante a noite e madrugada) que pressupõe concentração de serviços - desde que haja proximidade entre hospitais - num único hospital, tendo em conta a sua especialização e diferenciação.

Apesar de todas as eficiências que se possam conseguir entre os diferentes níveis das entidades prestadoras de serviços de cuidados de saúde do SNS na gestão dos serviços de urgência, são as políticas de saúde a um nível macro que condicionam ou mesmo determinam o nível de acesso aos serviços de urgência.

Por exemplo, a contratação de profissionais, as medidas de prevenção a montante, quem paga e não paga taxas moderadoras, o horário de atendimento nos Cuidados de Saúde Primários associados à sua limitada carteira de serviços, a disponibilidade física de profissionais nos serviços de urgência, o grau de liberdade de escolha do doente / cidadão do hospital sem estar condicionado à área de residência, a (des)articulação com a Segurança Social no que diz respeito aos idosos, sobretudo os provenientes dos lares, e o seu recurso às urgências ao mínimo sinal febril ou equivalente, entre outros. Por fim, o financiamento (ou subfinanciamento) público crónico face aos *ratios* clínicos que determinam a qualidade mínima da prestação de serviço, e a dinâmica de evolução da própria sociedade, nomeadamente os comportamentos sociais, as alterações e evoluções da demografia (vive-se mais e as doenças crónicas são cada vez mais duradouras), além do desenvolvimento tecnológico e da inovação associada, incremental e disruptiva, que está a acontecer diariamente com impactos diretos, indiretos e colaterais na prestação e na qualidade da prestação.

Tudo isto são vertentes e mudanças que parecem ser mais determinantes e pesar mais no acesso e na procura dos serviços de urgência do que, por exemplo, a Organização e Governação Clínica que, no entanto, não deixa de ser crítica para uma boa gestão do sistema com recurso às melhores práticas clínicas.

Ainda no domínio externo, devemos considerar a importância e impacto da gestão das expectativas por parte dos cidadãos e das diversas partes interessadas existentes na comunidade.

Por um lado, a expectativa dos doentes/cidadãos em que a razoabilidade da equação direitos *vs* sustentabilidade no acesso, qualidade e segurança (de profissionais e doentes) parece que se encontra algo desequilibrada a favor da pressão dos direitos, logo 'do mais', como exemplos - portas sempre abertas de todos os hospitais, receber todos os doentes, medicamentos inovadores, exames para "tudo" internamento "sempre" - e da vertigem de que quase tudo é possível resolver pelos profissionais e pelos serviços, desde o diagnóstico ao tratamento.

Por outro lado e que decorre desta última, a gestão de expectativas de todas as partes interessadas e a narrativa dos resultados (produção) por parte das entidades de Saúde, em contexto de grande pressão sobre o SNS para responder e alcançar esses resultados, com crescente rigor e transparência de dados, com exiguidade e carência de meios, com subfinanciamento e com um controlo finan-

ceiro apertado, numa dupla tutela do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças.

Esta dupla tutela verifica-se no domínio da contratação de recursos e do investimento a realizar, incluindo remodelação de instalações e substituição de equipamentos, e não apenas novos investimentos, em que se privilegia a inovação e “esquece-se” que a inovação pode ser inconsequente com equipamentos e instalações obsoletas e degradadas e com profissionais em número insuficiente e frequentemente desmotivados.

Paralelamente, os orçamentos são quase sempre 100% destinados à gestão operacional, em que o investimento e as diferentes manutenções de instalações e equipamentos têm de ser “negociadas” caso a caso e ao longo de cada ano económico.

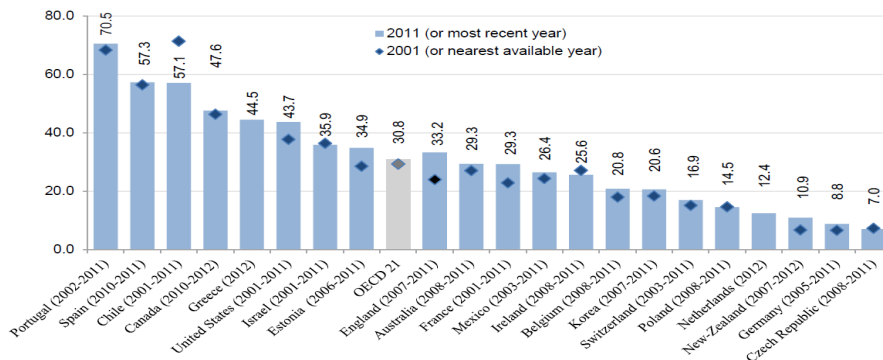
A este quadro acresce os anos de desinvestimento da “Troika” – Programa de Ajustamento Financeiro da Comissão Europeia, FMI e Banco Central Europeu, cujos impactos maiores e mais penalizantes para o SNS se começaram a sentir após a “saída da Troika” (maio de 2015), revelando as condições, cada vez mais difíceis, em que os cuidados de saúde são prestados nos hospitais.

Mesmo tendo em consideração esta situação, no final do dia, quando os doentes/cidadãos se sentem doentes, o último “refúgio” a procurar é a única porta que está sempre aberta: os serviços de urgência do hospital mais próximo.

Como pode constatar-se no relatório da OCDE Portugal - mas não só Portugal - tem vindo a fazer-se uma utilização “desadequada” das urgências hospitalares, estimando-se que, em pelo menos 31% das situações, os doentes poderiam ter resolvido o seu problema de outra forma - por exemplo num Centro de Saúde, através do SNS24, numa consulta prévia... -, com qualidade e em melhor segurança, designadamente no que diz respeito ao risco hospitalar, (OCDE 2017).

Este relatório salienta, também, que o *“uso desadequado dos serviços de urgência é dispendioso e potencialmente nocivo para os doentes”*. Ainda segundo o mesmo relatório, os portugueses surgem no topo da tabela quando se olha para o número de visitas aos serviços de urgência. Em média, por cada 100 mil habitantes há 70 mil episódios de urgência. O segundo lugar na utilização destes serviços por cada 100 mil habitantes era ocupado pela Espanha e o terceiro pelo Chile - a utilização destes serviços, nestes países, não chegava aos 60 mil episódios por cada 100 mil habitantes. Com dez mil ou menos episódios por cada 100 mil habitantes surgem países como a República Checa, a Alemanha, a Nova Zelândia e a Holanda (*Vide Gráfico I*).

Gráfico I - Número de doentes que recorrem aos Serviços de Urgência por 100.000 habitantes, 2001 (ou ano disponível mais próximo) e 2011 (ou anos mais recentes)



Fonte: Berchet (2015).

Esta procura “excessiva” e “desadequada” pelos serviços de urgência poderia ser resolvida de outra forma e em melhor segurança. Segundo o relatório da OCDE não é uma “exclusividade” de Portugal (os referidos 31%) e de acordo com os dados recolhidos em 14 dos 19 países, o número de pessoas a dirigir-se aos serviços de urgência aumentou nos últimos anos.

Convém salientar que a evolução da urgência hospitalar está muito dependente da sazonalidade dos surtos de doenças respiratórias e infecciosas, assim como de ondas de calor, como também é referido neste relatório. Os dados indicam, ainda, que mais de 50% dos doentes que ligaram para a Linha Saúde 24 (actualmente SNS24), “com a intenção de se dirigirem a um serviço de urgência acabaram por ser encaminhados para os Cuidados de Saúde Primários (31,3 %) ou para autocuidados (24,7 %)” (OCDE 2017).

METODOLOGIA

Este estudo retrospectivo é descritivo e tem por base uma análise Univariada, sendo uma intervenção analítica para conhecimento dos episódios dos seis serviços de urgência que, através de algoritmo de decisão, foram categorizados como episódios adequados ou como episódios desadequados.

VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis analisadas são, sumariamente, apresentadas na Tabela 1:

Tabela 1 - Variáveis retiradas da base de dados para análise

Nome	Descrição
Unidade Hospitalar	Unidade hospitalar onde foi realizado o episódio
Tipologia do Serviço de Urgência	Tipologia do Serviço de Urgência que atendeu o episódio (Urgência Médico-Cirúrgica, Urgência Pediátrica e Urgência Ginecológica/Obstétrica)
Episódio	Número do Episódio de Urgência
Data de Admissão	Data de Admissão do episódio
Proveniência	Proveniência do doente
Destino da Alta	Destino do doente após a alta
Especialidade da Alta	Especialidade médica responsável pela alta do episódio
Prioridade de Triagem	Código de prioridade atribuído pela triagem
Diagnóstico Principal	Diagnóstico principal do episódio (ICD9)
Isonção de Taxa Moderadora	Se o episódio foi isento de taxa moderadora ou não
N.º de Processo	Número de processo do doente
Sexo	Sexo do doente
Data de Nascimento	Data de Nascimento do doente
Distrito	Distrito de residência do doente (ou estrangeiro)
Concelho	Concelho de residência do doente
Freguesia	Freguesia de residência do doente

Fonte: Elaboração própria.

TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram analisados, normalizados e tratados tendo em conta as seguintes circunstâncias:

Remoção de entradas duplicadas

Foram assinaladas as entradas que continham o mesmo valor na variável “episódio de urgência”. As entradas foram removidas confirmando-se que as seguintes variáveis eram idênticas:

- Número de processo
- Data de entrada
- Hora de entrada
- Data de alta
- Hora de alta

Identificação das “falsas urgências”

Correspondem a situações que não configuram episódios de doença aguda, mas sim episódios de consulta externa/de acompanhamento, para realização de procedimentos que deveriam ser realizados em ambulatório ou uso dos serviços de urgência para pedido ou agendamento de consulta. Não foram considerados juízos de aspeto clínico com base em diagnósticos médicos.

Cálculo da idade

A idade foi calculada pela diferença entre a data de admissão e a data de nascimento.

Normalização dos códigos de prioridade da triagem

Foi necessário normalizar os códigos de prioridade de triagem já que, dentro do centro hospitalar, são usados sistemas de triagem e códigos de triagem diferentes, havendo variação na codificação entre os vários hospitais do centro hospitalar.

A Urgência Pediátrica da Unidade Hospitalar de Caldas da Rainha usa o *Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale (Paed-CTAS)*, enquanto que o resto das unidades de urgência usam o *Manchester Triage System (MTS)*, quer por código de cor, quer por código de palavra.

A normalização das várias codificações da triagem seguiu os seguintes critérios (*Vide* Tabela 2):

Tabela 2 - Normalização da codificação de prioridade da triagem

Código de Triagem	Paed-CTAS	MTS Cor	MTS palavra
A	1	Vermelho	Emergente
B	2, 2D e 2F	Laranja	Muito Urgente
C	3, 3D e 3F	Amarelo	Urgente
D	4, 4D e 4F	Verde, Branco e Azul	Pouco Urgente e Não Urgente

Fonte: Elaboração própria.

GRUPOS DE INTERESSE

Análise global dos episódios de urgência em grupos de interesse e estudadas as características desses grupos.

Área Geográfica de residência

Estratificação segundo o local de residência nas seguintes áreas geográficas:

- Área de Influência da Unidade Hospitalar (AI UH)
- Resto da Área de Influência do Centro Hospitalar do Oeste (AI CHOeste)
- Resto de Portugal
- Estrangeiro

Habitação

- Casa Particular
- Lar

Os episódios de urgência são agrupados consoante o doente habita num Lar de 3ª Idade ou em casa particular.

Referenciação

- Referenciado
- Não Referenciado

Se o episódio de urgência foi referenciado (por exemplo, pelo médico de família) ou se o doente veio por decisão exclusivamente do próprio.

Adequação do Episódio ao Serviço de Urgência

- Grupo 1 (Adequados)
- Grupo 2 (Desadequados)
- Grupo 3 (Desconhecidos)

Grupo 1 - compreende os casos em que o doente recorreu aos serviços de urgência, por um motivo emergente ou urgente, sendo a urgência o local mais adequado para o observar e tratar.

Grupo 2 - corresponde aos episódios que não são realmente urgentes e, portanto, poderiam ser tratados nos cuidados de saúde primários, em ambulatório ou decorrem de erros de codificação.

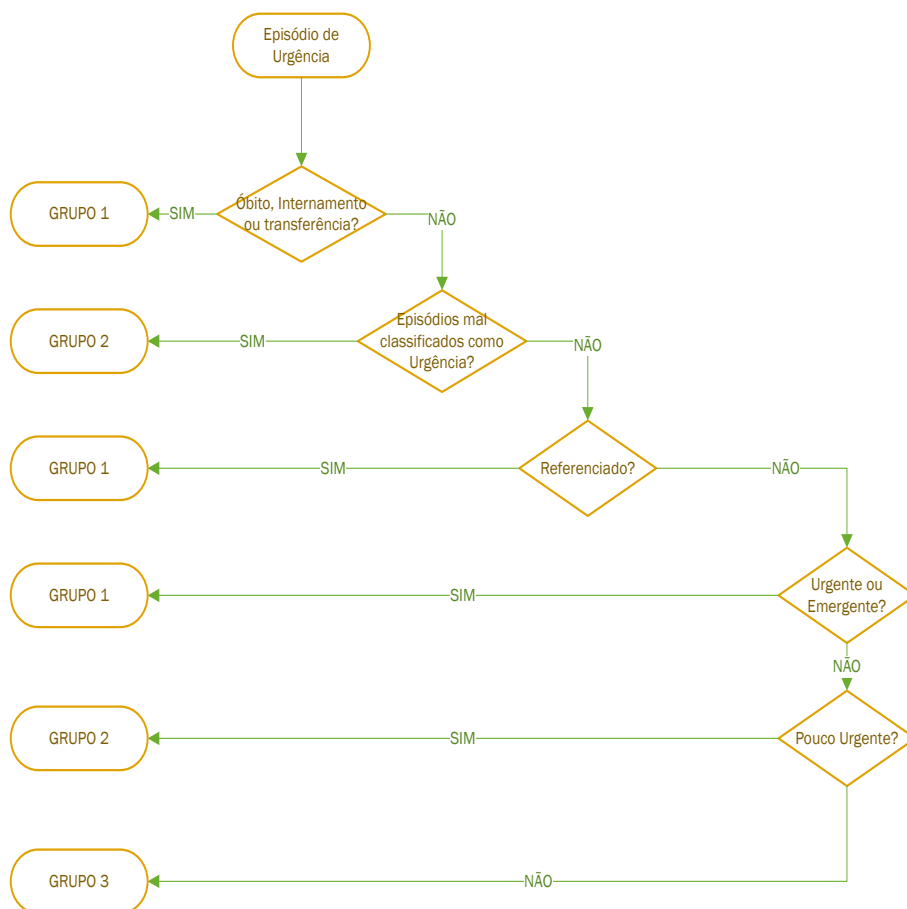
Grupo 3 - corresponde aos casos que, por falta de dados (*missing values*),

não puderam ser incluídos em nenhum dos outros dois grupos.

1. Definição dos Critério

O seguinte algoritmo de decisão mostra os critérios seguidos para a inclusão dos episódios nos grupos adequados, (*Vide* Figura 1).

Figura 1 - Critérios de inclusão dos episódios de urgência nos grupos em estudo adequados (Adequação)



Fonte: Elaboração própria.

2. Destino da Alta: Óbito, Internamento ou Transferência

Consideraram-se verdadeiros os casos cuja variável “destino” assumiu os

valores: “Serviço de Internamento”, “Falecido com autópsia”, “Falecido sem autópsia”, “Outro Hospital” e “Hospital não pertencente SNS”.

3. *Proveniência: Referenciado*

Foram considerados verdadeiros os casos cuja variável “proveniência” assumiu os valores:

- “ARS/Centro de Saúde”
- “Encaminhado pelo Saúde 24” (actualmente SNS24)
- “Clínicas Privadas”
- “Consulta Externa”
- “Hospital Dia”
- “Serviço de Internamento”
- “Urgência”
- “Hospital Termal”
- “SAP S Atendimento Permanente”
- “INEM”

4. *Diagnóstico: Episódios mal classificados como Urgência*

Englobam os episódios cuja variável “diagnóstico” apresentou valores que correspondem a situações que não configuram episódios de doença aguda, mas sim episódios de consulta externa/de acompanhamento, para realização de procedimentos que deveriam ser realizados em ambulatório ou uso do serviço de urgência para pedido ou agendamento de consulta. Salienta-se que não foram realizados juízos de aspeto clínico com base em diagnósticos médicos, mesmo quando o grau de suspeição de situação não urgente era elevado.

5. *Triagem: Emergente ou Urgente*

Consideram-se verdadeiros os episódios cuja variável “Código de Triagem” assumiu os valores “A”, “B” ou “C”.

6. *Triagem: Pouco Urgente*

Consideram-se verdadeiros os episódios cuja variável “Código de Triagem” assumiu o valor “D”.

RESULTADOS

Foram analisados 192.535 episódios de urgência referentes ao período entre 1 de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2015. Foram encontrados 15.722 episódios de urgência duplicados e 6.121 episódios mal classificados como urgência, fixando o número total de Episódios de Urgência admitidos a estudo em 170.692 (*Vide* Tabela 3).

Tabela 3 - Resumo numérico do tratamento dos episódios de urgência, desagregados por unidade hospitalar

	CHOeste	UCR	UPE	UTV
Episódios de Urgência	192535	86413	26416	80050
Duplicados	15722	8140	249	7677
Episódios Mal Classificados Como Urgência	6121	5766	11	344
Episódios de Urgência admitidos a estudo	170692	72507	26156	72029

Fonte: Elaboração própria.

Como nota, destaca-se que, sempre que forem referidos Episódios de Urgência, deve-se entender que se trata apenas dos Episódios de Urgência bem classificados como urgência.

Sexo e Grupo etário

Dos episódios de urgência: 77.889 (46%) foram realizados a doentes do sexo masculino. Quanto à idade, 58.181 (34%) dos doentes tinham 18 ou menos anos de idade, 70.306 (41%) tinham idades compreendidas entre os 19 e os 64 anos e 42 205 (25%) tinham 65 anos ou mais (*Vide* Tabela 4). A média de idades situa-se nos 38 anos, a mediana nos 35 anos e a moda em 1 ano de idade.

Tabela 4 - Desagregação do número de episódios de urgência de acordo com o a unidade hospitalar, sexo e grupo etário - percentagens relativas ao total, por unidade hospitalar

	[0-18]			[19-64]			65+								
	T	M	F	T	M	F	T	M	F						
CHOeste	58181	30035	18%	28146	16%	70306	30033	18%	40273	24%	42205	17816	10%	24389	14%
UCR	27419	14391	20%	13028	18%	29161	11163	15%	17998	25%	15927	6732	9%	9195	13%
UPE	6055	3117	12%	2938	11%	13594	6019	23%	7575	29%	6507	2836	11%	3671	14%
UTV	24707	12527	17%	12180	17%	27551	12851	18%	14700	20%	19771	8248	11%	11523	16%

Fonte: Elaboração própria.

Em termos proporcionais, é a faixa etária dos 0 aos 18 anos que recorre mais ao serviço de urgência, com cerca 1041 episódios de urgência por mil habitantes. Os adultos dos 19 aos 64 recorrem menos ao serviço de urgência, com cerca de 400 episódios de urgência por mil habitantes. A faixa com mais de 65 anos apresenta um rácio de cerca de 697 episódios de urgência por mil habitantes.

Isenção de Taxa Moderadora

Da totalidade de episódios de urgência, 70% (120.252) foram isentos de pagamento de taxa moderadora. Relativamente aos episódios da urgência médico-cirúrgica, o valor é inferior, fixando-se nos 59% (67.595).

Gráfico 2 - Isenção de Taxa Moderadora nos episódios de urgência médico-cirúrgica



Fonte: Elaboração própria.

A percentagem de episódios de urgência médico-cirúrgica isentos de taxa moderadora é semelhante nas 3 unidades hospitalares que compõem o CHOeste, sendo ligeiramente inferior na unidade de Caldas da Rainha (57%) (Vide Gráfico 2 e Tabela 5).

Tabela 5 - Número e percentagem de episódios de urgência médico-cirúrgica isentos de taxa moderadora desagregados por unidade hospitalar

	Isentos		Não Isentos		Total
	n.º	%	n.º	%	
CHOeste	67595	59%	47884	41%	115479
UCR	23149	57%	17721	43%	40870
UPE	15614	60%	10542	40%	26156
UTV	28832	60%	19621	40%	48453

Fonte: Elaboração própria.

Área de Influência do CHOeste

A área de influência do CHOeste compreende os concelhos do Bombarral, Cadaval, Caldas da Rainha, Lourinhã, Óbidos, Peniche e Torres Vedras. Além destes, inclui também as freguesias de Alfeizerão, S. Martinho e Benedita, do concelho de Alcobaça e praticamente todo o concelho de Mafra, com a exceção das freguesias da Malveira, Milharado, St. Estevão das Galés e Venda do Pinheiro.

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE 2016), a projeção da população da área de influência do CHOeste estabelece-se em cerca de 291 280 habitantes.

A divisão por Unidades Hospitalares e a correspondente população encontra-se na Tabela 6.

Importa salientar que, com as épocas de atividades sazonais - Natal, Carnaval e Verão-, a população, nesta região, pode atingir um total de 350.000 pessoas.

Tabela 6 - Área de Influência do CHOeste e respetiva população

Concelhos	Unidade Hospitalar	População
Alcobaça (Alfeizerão S. Martinho, Benedita)	CR	14 915
Bombarral	CR	12 668
Cadaval	TV	13 834
Caldas da Rainha	CR	51 542
Lourinhã	TV	25 629
Óbidos	CR	11 612
Peniche	PE	26 994
Torres Vedras	TV	78 989
Mafra (exclui Malveira, Milharado, St Estevão, Galés e V. Pinheiro)	TV	55 097
Total		291 280

Fonte: Elaboração própria.

Número de episódios de urgência

Verifica-se que, no CHOeste, em 2015, houve 170.692 episódios de urgência, o que corresponde a cerca de 586 episódios de urgência por mil habitantes. Olhando para as unidades hospitalares, existe assimetria no rácio por habitante entre as unidades. Este rácio é superior na Unidade de Peniche, com cerca de 969 episódios de urgência por mil habitantes, enquanto que na Unidade de Torres Vedras esse valor é bastante inferior, cerca de 415 episódios de urgência por mil habitantes. (*Vide* Tabela 7).

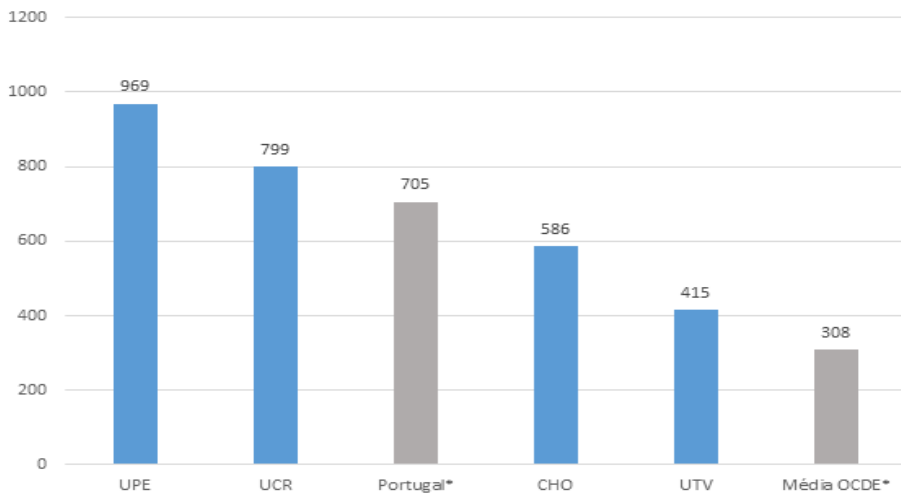
Tabela 7 - Episódios de urgência por mil habitantes

	CHOeste	UCR	UPE	UTV
População	291 280	90 737	26 994	173 549
Episódios de Urgência	170 692	72 507	26 156	72 029
Episódios de Urgência por 1000 hab	586	799	969	415
Episódios de Urgência a doentes da Área de Influência do CHOeste	150 864	63 468	23 263	64 133
Episódios de Urgência a doentes da Área de Influência do CHOeste / 1000 hab	518	699	862	370
Episódios de Urgência a doentes da Área de Influência da Unidade Hospitalar		51 651	20 348	63 064
Episódios de Urgência a doentes da Área de Influência da Unidade Hospitalar /1000 hab		569	754	363

Fonte: Elaboração própria.

Quando comparado com a realidade nacional, o CHOeste apresenta um rácio de episódio de urgência por mil habitantes (586) substancialmente inferior ao valor nacional (705) mas, ainda assim, superior à média da OCDE (308).

Gráfico 3 - Episódios de Urgência por mil habitantes



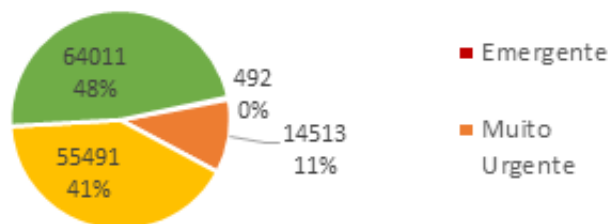
Fonte: Berchet (2015).

Observando os episódios de urgência a residentes na área de influência do CHOeste, os valores são ligeiramente inferiores, especialmente no caso da Unidade de Torres Vedras que, com 370 episódios de urgência por 1000 habitantes, aproxima-se bastante da média da OCDE (*Vide Gráfico 3*).

Prioridade de Triagem

Relativamente à prioridade atribuída na triagem hospitalar, quase metade (48%) dos episódios de urgência são “Pouco ou Não Urgentes”. Cerca de 41% são “Urgentes” e 11% “Muito Urgentes”. Os casos “Emergentes” são residuais, representando menos de 0,4%.

Gráfico 4 - Prioridade atribuída aos episódios de urgência pela triagem hospitalar



Fonte: Elaboração própria.

A desagregação por unidade hospitalar é apresentada na Tabela 8. Verifica-se que o panorama é idêntico em todas as unidades hospitalares, com quase metade dos casos correspondendo a níveis de prioridade baixos. Peniche é a unidade hospitalar em que o rácio de casos menos prioritários é maior, ultrapassado mesmo os 50%.

Tabela 8 - Prioridade de triagem desagregada por Unidade Hospitalar

	CHOeste		UCR		UPE		UTV	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Emergente	492	0,37%	247	0,49%	88	0,43%	157	0,25%
Muito Urgente	14513	10,79%	5150	10,13%	2104	10,34%	7259	11,46%
Urgente	55491	41,26%	21044	41,40%	7698	37,81%	26749	42,24%
Pouco ou Não Urgente	64011	47,59%	24387	47,98%	10468	51,42%	29156	46,04%

Fonte: Elaboração própria.

Casos adequados e desadequados ao Serviço de Urgência

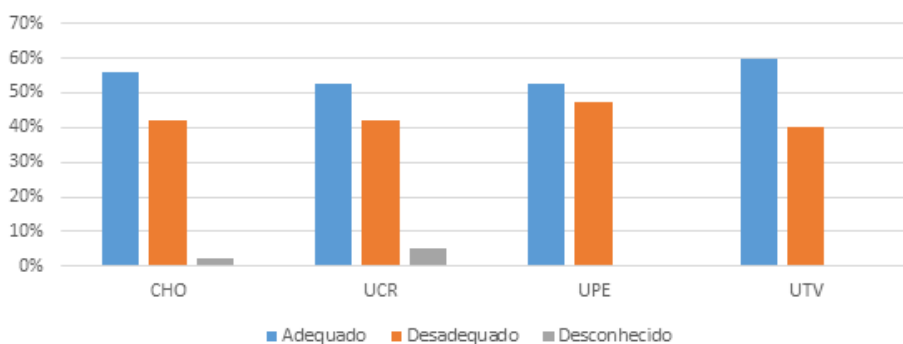
Globalmente, segundo os critérios utilizados para agrupar os casos em adequados ou desadequados aos seis serviços de urgência, cerca de 40% dos episódios de urgência realizados no CHOeste, em 2015, foram desadequados e, portanto, potencialmente evitáveis (*Vide* Tabela 9 e Gráfico 5).

Tabela 9 - Número de episódios adequados e desadequados ao Serviço de Urgência

	CHOeste		UCR		UPE		UTV	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Grupo 1 (Adequados)	93 864	55%	37 123	51%	13 408	51%	43 333	60%
Grupo 2 (Desadequados)	72 496	42%	31 088	43%	12 748	49%	28 660	40%
Grupo 3 (Desconhecidos)	4 332	3%	4 296	6%	0	0%	36	0%

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 5 - Adequação dos episódios ao serviço de urgência desagregado por unidade hospitalar



Fonte: Elaboração própria.

A Unidade de Torres Vedras é a que apresenta melhor rácio entre adequados e desadequados, com uma diferença de cerca de 20% entre os dois grupos. Por sua vez, na Unidade de Peniche, os dois grupos - adequados e desadequados - têm valores idênticos, aproximando-se dos 50%.

Tipologia do Serviço de Urgência

Importa salientar, antes de mais, as valências de cada Unidade Hospitalar, (*Vide* Tabela 10).

A Unidade de Caldas da Rainha tem Urgência Pediátrica, Urgência Médico-Cirúrgica e Urgência de Ginecologia/Obstetrícia. A Unidade de Peniche só tem Urgência Básica. A Unidade de Torres Vedras tem Urgência Médico-Cirúrgica e Urgência Pediátrica.

Em termos de tipologia do Serviço de Urgência, 68% dos episódios foram atendidos pela Urgência Médico-Cirúrgica (115 479) e 29% pela Urgência Pediátrica. Apenas cerca de 3% correspondem a casos da Urgência de Ginecologia / Obstetrícia.

Tabela 10 - Desagregação do número de Episódios por Tipologia do Serviço de Urgência e por Unidade Hospitalar

	CHOeste	UCR	UPE	TV
Urgência Médico-Cirúrgica	115 479	40 870	26 156	48 453
Urgência Médico-Cirúrgica /1000 habs ¹	499	556	1202	356
Urgência Pediátrica	50 246	26 670		23 576
Urgência Pediátrica /1000 habs ²	866	1186		664
Urgência Obs-Gin	4 967	4 967		
Urgência Obs-Gin /1000 habs ³	33	33		

Fonte: Elaboração própria.

As características de cada tipologia do serviço de urgência estão sumariamente apresentadas na Tabela 11. Verificamos que o número de doentes referenciados é muito baixo, sendo a urgência pediátrica a que apresenta valores mais reduzidos. Quanto à adequação ao serviço de urgência, ainda que em valores absolutos a Urgência Médico-Cirúrgica apresente maior número de episódios desadequados, estes correspondem apenas a 34% do total, situação contrastante com o caso da Urgência Pediátrica, em que 63% dos casos são desadequados. O diagnóstico mais comum na Urgência Médico-Cirúrgica é a Infecção do Trato Urinário. Na Urgência Pediátrica é a Amigdalite Aguda e na Urgência de Ginecologia/Obstetrícia, a Metrorragia.

Tabela 11 - Caracterização da tipologia de urgência quanto ao sexo, referenciação e adequação à urgência

	Idade	Sexo	Referenciado	Adequação	
	média	Masc	sim	Grupo 1	Grupo 2
Médico-Cirúrgica	53	44,8%	8,9%	75761 (66%)	39430 (34%)
Pediátrica	6	51,9%	4,3%	15101 (30%)	31506 (63%)
Obs Gin	35	0%	4,6%	3002 (60%)	1560 (31%)

Fonte: Elaboração própria.

Destino da Alta: Óbito, Internamento e Consulta Externa

Relativamente aos episódios de urgência, foram registados 482 óbitos (0,3% dos episódios de urgência). Os 10 741 episódios de urgência (6,3%) tiveram alta para a consulta externa e 6.619 episódios de urgência (3,9%) foram internados na sequência do episódio de urgência.

Os 99.589 episódios de urgência (58,3%) tiveram alta para o exterior sem referenciação.

Relativamente à desagregação por área geográfica, verificamos que o concelho com maior número de episódios de urgência, em termos absolutos, é o concelho de Torres Vedras, com 43.508 episódios de urgência. No entanto, é o concelho de Peniche que apresenta o maior rácio de episódios de urgência por mil habitantes (985), valor substancialmente superior a Caldas da Rainha (615), o segundo concelho com maior rácio de episódios de urgência por mil habitantes. Maфра é o concelho com o menor rácio, 183 episódios por mil habitantes.

Os grupos etários seguem a tendência global. Apesar do maior volume de doentes ter idades compreendidas entre os 19 e os 64 anos, é o grupo das crianças, de uma maneira geral, que tem o maior rácio de episódios por mil habitantes.

Quanto à adequação do episódio à urgência, Maфра é o concelho com maior número relativo de casos adequados à urgência (66%), seguido de Alcobaça (59%), (Vide Figura 2).

Do mesmo modo, são estes os concelhos que apresentam maior número relativo de episódios referenciados. De facto, 26% dos doentes de Maфра vieram referenciados ao serviço de urgência, um valor substancialmente superior aos restantes concelhos.

Figura 2 - Mapa de rácio de urgência por 1000 habitantes

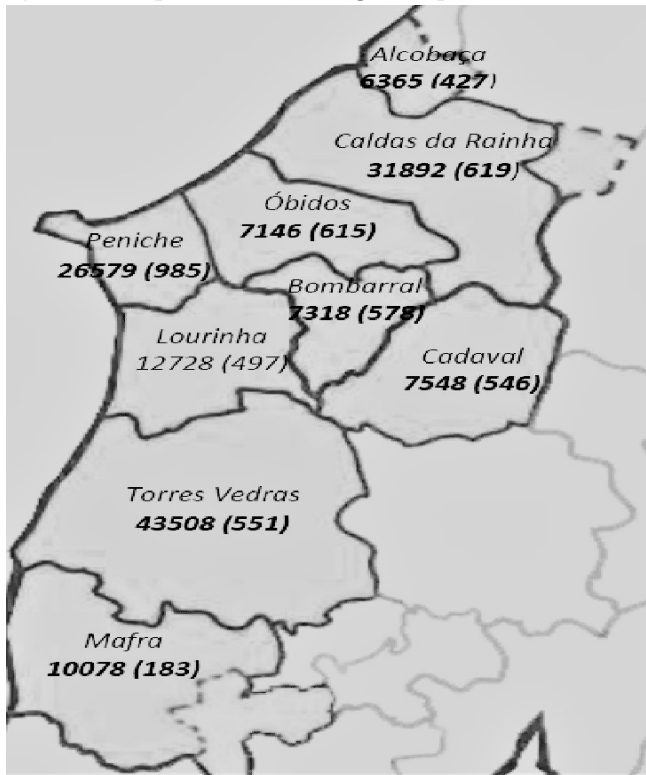


Tabela 12 - Estratificação da área geográfica segundo sexo, grupo etário, adequação à urgência e referenciação

	Episódios de SU		Sexo	Grupo Etário						Adequação		Referenciado
	N.º	mil hab	M	[0-18]		[19-64]		65+		Grupo 1	Grupo 2	%
			%	mil hab	%	mil hab	%	mil hab	%	%	%	
Alcobaça	6365	427	45%	672	31%	288	41%	611	28%	59%	35%	10%
Bombarral	7318	578	49%	1146	33%	369	39%	712	29%	55%	41%	7%
Caldas da Rainha	31892	619	45%	1097	33%	422	41%	749	26%	55%	40%	8%
Óbidos	7146	615	45%	1110	32%	420	40%	724	28%	54%	41%	6%
Peniche	26579	985	46%	1644	31%	737	45%	1099	24%	50%	49%	4%
Cadaval	7548	546	45%	1174	31%	367	40%	601	29%	53%	44%	5%
Lourinha	12728	497	45%	815	32%	353	44%	633	25%	58%	41%	9%
Torres Vedras	43508	551	45%	1020	35%	358	39%	684	25%	58%	42%	6%
Mafra	10078	183	46%	289	37%	103	34%	338	29%	66%	34%	26%
Resto Portugal	16083		46%		42%		44%		15%	47%	49%	4%
Estrangeiro	1447		54%		24%		64%		12%	51%	45%	3%

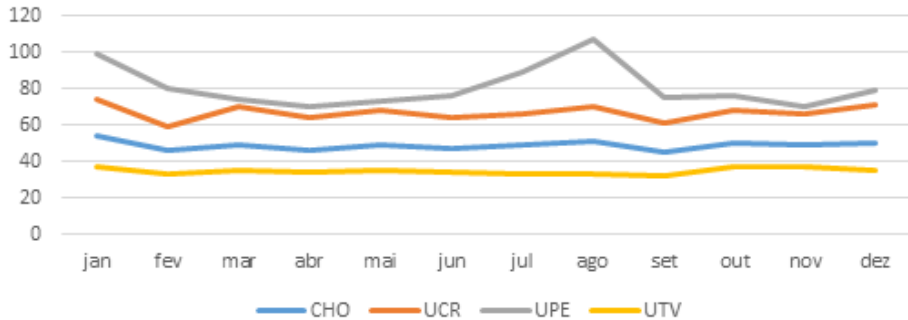
Fonte: Elaboração própria.

Salienta-se que cerca de 10% dos doentes atendidos nos serviços de urgência habitam fora da área de influência do CHOeste (*Vide* Tabela 12). Não foi possível averiguar se residiam em lar de 3ª idade ou em residência particular, pois a variável morada não está uniformizada na base de dados, havendo múltiplas variantes para a mesma morada. Uma pesquisa pela palavra-chave “lar” (RegExp: “.*\blar\b.*”,i) resultou em 1317 hits, valor que, muito provavelmente, está subestimado.

Distribuição anual

A distribuição anual encontra-se desagregada no Gráfico 6.

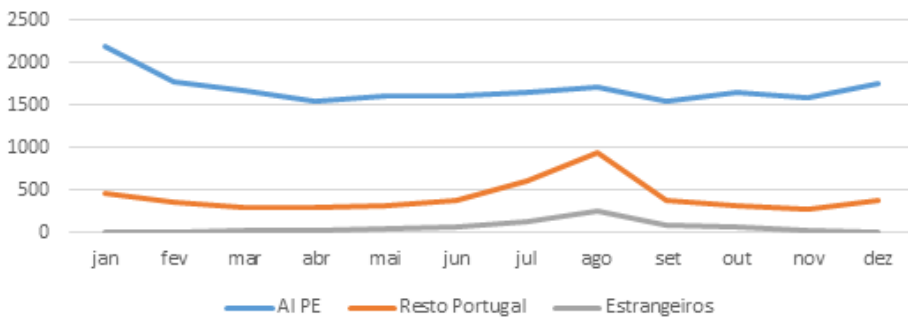
Gráfico 6 - Variação anual do número de episódios de urgência por 1000 habitantes



Fonte: Elaboração própria.

Em termos da variação do número de episódios por 1000 habitantes, destaca-se o pico do mês de agosto na Unidade de Peniche, sendo que nas outras unidades a afluência mantém-se relativamente constante, (Vide Gráfico 6).

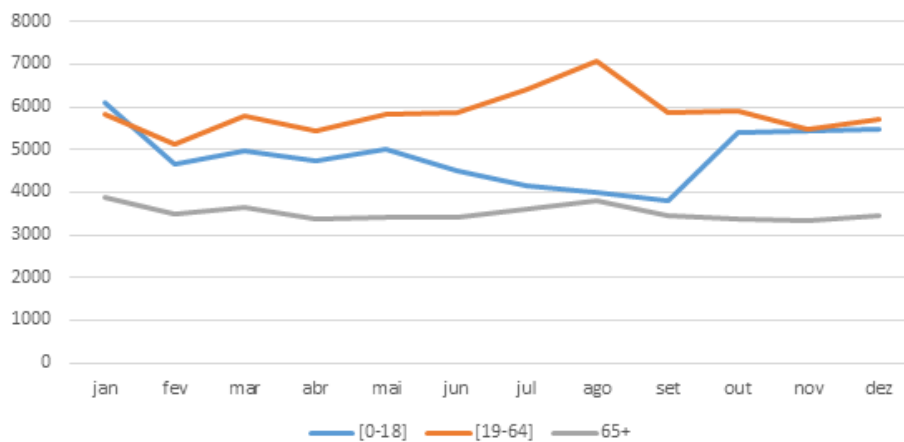
Gráfico 7 - Variação anual do número de episódios de urgência na unidade de Peniche, desagregado quanto à origem geográfica dos doentes



Fonte: Elaboração própria.

Relativamente à origem geográfica dos doentes, verifica-se que o pico verificado nos meses de verão se deve a um aumento de afluência de doentes não locais (estrangeiros e do resto de Portugal), (Vide Gráfico 7).

Gráfico 8 - Variação anual do número episódios de urgência do CHOeste desagregado por grupo etário



Fonte: Elaboração própria.

Salienta-se, também, as variações na distribuição etária dos doentes.

A afluência do grupo dos adultos aumenta durante o verão, o grupo das crianças até aos 18 anos tem o comportamento inverso, com uma diminuição da afluência entre os meses de maio e setembro. O grupo etário com mais de 65 anos é, mais ou menos, constante ao longo do ano.

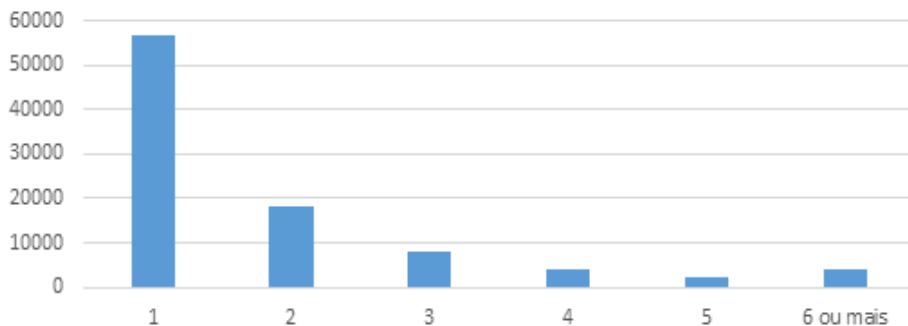
Perfil do doente

Em média, os 92.765 doentes distintos visitaram 1,9 vezes os serviços de urgência no CHOeste durante o ano.

A moda e a mediana são de uma visita anual.

A procura de 61% dos doentes (58.887) pelos serviços de urgência foi apenas uma vez durante o ano e 20% dos doentes (18.416) procuraram os serviços de urgências duas vezes durante o ano. O número máximo de visitas anuais pelo mesmo doente registado foi de 77.

Gráfico 9 - Número de visitas anuais por utente ao Serviço de Urgência



Fonte: Elaboração própria.

A relação entre o número de doentes e o número de episódios de urgência pode ser observada na Tabela 13. Ainda que a maioria dos episódios sejam visitas únicas, cerca de 7% dos doentes (6.113) são responsáveis por 24% dos episódios de urgência (42.610), (*Vide* Tabela 13 e Gráfico 9).

Tabela 13 - Relação entre o número de doentes distintos e o número de episódios de urgência no CHOeste por número de visitas anuais ao Serviço de Urgência

n.º de visitas anuais	n.º Utentes Distintos	% Utentes Distintos	n.º Utentes distintos (cumulativo)	% Utentes distintos (cumulativa)	n.º Episódios	% Episódios	n.º Episódios (cumulativo)	% Episódios (cumulativa)
1	56887	61%	93535	100%	56887	32%	176813	100%
2	18416	20%	36648	39%	36832	21%	119926	68%
3	7992	9%	18232	19%	23976	14%	83094	47%
4	4127	4%	10240	11%	16508	9%	59118	33%
5	2292	2%	6113	7%	11460	6%	42610	24%
6	1374	1%	3821	4%	8244	5%	31150	18%
7	840	1%	2447	3%	5880	3%	22906	13%
8	518	1%	1607	2%	4144	2%	17026	10%
9	355	0%	1089	1%	3195	2%	12882	7%
10	220	0%	734	1%	2200	1%	9687	5%

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

O rácio agregado dos serviços de urgência do CHOeste foi de 586 admissões na urgência por mil habitantes, valor inferior ao nacional, que foi de 705 admissões na urgência por mil habitantes. Deste total de admissões cerca de 55%

são de prioridade e gravidade baixa, o que se define por desadequados, portanto, potencialmente evitáveis.

A esmagadora maioria (cerca de 90%) dos episódios de urgência no CHOeste não foi referenciada.

Usando o método de “cross-tabs” com grupos intercetados, procurou-se estabelecer o perfil do doente mais comum no CHOeste e desagregado por unidade hospitalar e tipologia de Serviço de Urgência (*Vide* Tabela 14).

O perfil de doente mais comum no CHOeste corresponde a uma mulher, residente no Concelho de Torres Vedras, com idade entre os 0 e os 18 anos, isenta de pagamento de taxa moderadora e que recorre à urgência Pediátrica com um caso desadequado ao Serviço de Urgência (3.960; 2% do total de episódios do CHOeste).

Este perfil é idêntico ao da urgência pediátrica do CHOeste. Na urgência médico-cirúrgica, o perfil de doente mais comum corresponde a uma mulher, residente no Concelho de Torres Vedras, com mais de 65 anos de idade, isenta de pagamento de taxa moderadora e que recorre ao serviço de urgência com um caso adequado (3.342; 3% dos episódios de urgência médico-cirúrgica; 2% do total dos episódios de urgência).

Para a urgência médico-cirúrgica da Unidade de Caldas da Rainha, o perfil típico corresponde a uma mulher, residente no Concelho de Caldas da Rainha, com mais de 65 anos, isenta de pagamento de taxas moderadoras e que recorre ao serviço de urgência com um caso adequado (2665; 7% dos episódios de urgência médico-cirúrgica, 4% do total dos episódios da unidade de Caldas da Rainha).

Já o perfil da Urgência Pediátrica é de um homem, residente no Concelho de Caldas da Rainha, com menos de 18 anos de idade, isento de pagamento de taxas moderadoras que recorre ao serviço de urgência com um caso desadequado (3.469; 13% dos episódios de urgência pediátrica; 5% do total dos episódios da Unidade de Caldas da Rainha).

Na Unidade de Peniche, o perfil corresponde a uma mulher, residente no Concelho de Peniche, com idade entre os 19 e 64 anos, isenta de pagamento de taxas moderadoras e que recorre ao serviço de urgência com um caso desadequado (1 416; 5% dos episódios de urgência da Unidade de Peniche).

Em Torres Vedras, para a urgência médico-cirúrgica, o perfil do doente típico é: mulher, residente no Concelho de Torres Vedras, com mais de 65 anos de idade, isenta de pagamento de taxas moderadoras e que recorre ao serviço de urgência com um caso adequado (3.321; 7% dos episódios de urgência médico-cirúrgica; 5% do total dos episódios de urgência da Unidade de Torres Vedras).

Por último, o perfil do doente pediátrico na Unidade de Torres Vedras é uma mulher, residente no Concelho de Torres Vedras, com menos de 18 anos, isenta de pagamento de taxas moderadoras e que recorre ao serviço de urgência com um caso desadequado (3.911; 17% dos episódios de urgência pediátrica; 5% do total dos episódios de urgência da Unidade de Torres Vedras).

Tabela 14 - Perfil de doente quanto ao sexo, grupo etário, origem geográfica, isenção de taxas moderadoras e adequação ao serviço de urgência desagregado por tipologia do serviço de urgência e unidade hospitalar

	Sexo	Grupo Etário	Concelho	Isenção TM	Adequado	n.º
CHOeste						
U. urgência médico-cirúrgica	F	+65 anos	Torres Vedras	Sim	Sim	3 342
U. Ped.	F	[0-18] anos	Torres Vedras	Sim	Não	3 960
UCR						
U. urgência médico-cirúrgica	F	65+	Caldas da Rainha	Sim	Sim	2 665
U. Ped.	M	[0-18] anos	Caldas da Rainha	Sim	Não	3 469
UPE	F	[19-64] anos	Peniche	Sim	Não	1 416
UTV						
U. urgência médico-cirúrgica	F	65+ anos	Torres Vedras	Sim	Sim	3 321
U. Ped.	F	[0-18] anos	Torres Vedras	Sim	Não	3 911

Fonte: Elaboração própria.

CONCLUSÕES

O número de episódios de urgência por mil habitantes no CHOeste é inferior (586) ao valor nacional (705), situando-se em posição intermédia entre Portugal e a média da OCDE (308). A realidade, quanto ao número de episódios de urgência, é muito heterogénea entre as unidades hospitalares que compõem o CHOeste: a Unidade de Peniche é a que apresenta maior rácio por habitante, com 969 episódios por mil habitantes, enquanto a Unidade de Torres Vedras apresenta um rácio de 415 episódios por mil habitantes, e a Unidade de Caldas da Rainha regista 799 episódios por mil habitantes.

Em termos absolutos, a faixa etária que recorre mais à urgência é a dos 19 aos 64 anos, correspondendo a 41% de todos os casos. No entanto, proporcionalmente à população residente é na faixa etária dos 0 aos 18 anos que se verifica uma maior utilização, com cerca 1041 episódios de urgência por mil habitantes. O género feminino acima dos 18 anos é o mais frequente (57%). Na idade pediátrica, verifica-se o oposto, sendo o género masculino o mais frequente (18%). O cenário é semelhante quando estratificado por unidade hospitalar.

As taxas moderadoras acabam por ter pouco efeito na afluência ao serviço de urgência já que a maioria dos episódios de urgência médico-cirúrgica (59%) foi isenta de taxa. A percentagem de episódios de urgência médico-cirúrgica isentos

de taxa moderadora é semelhante nas 3 unidades hospitalares que compõem o CHOeste. Cerca de metade dos episódios de urgência são desadequados a este tipo de serviço e, portanto, potencialmente evitáveis.

A percentagem de episódios de urgência desadequados é substancialmente maior na faixa etária das crianças (63%) e, conseqüentemente, no serviço de urgência pediátrico.

A esmagadora maioria, cerca de 90%, dos episódios de urgência não foram referenciados, o que significa que os doentes optam maioritariamente por recorrer imediatamente à urgência hospitalar, sem passar primeiro pelo centro de saúde ou ligar para a linha de Saúde 24 (atualmente SNS24).

De todos os episódios, apenas 4% foram encaminhados pelo centro de saúde. Apenas 1% foi encaminhado pela Linha de saúde 24 (atualmente SNS24).

O CHOeste apresentou, em 2015, uma taxa de internamento com origem nos serviços de urgência de 3,9%.

Quanto à distribuição geográfica, parece existir uma relação entre o número de episódios de urgência e a proximidade a uma unidade hospitalar, já que são os centros urbanos próximos das unidades hospitalares com maior número de doentes a recorrer aos serviços de urgência.

No entanto, é necessário um estudo mais aprofundado para estabelecer uma correlação direta entre estes dois fatores.

Na Unidade de Peniche existe uma variação temporal positiva na época balnear, com um pico de procura pelo serviço de urgência no mês de agosto. Esse pico deve-se, essencialmente, ao aumento, quase para o dobro, da admissão no serviço de urgência, de doentes entre os 19 e os 63 anos, não residentes na área de influência da Unidade de Peniche - residentes no resto de Portugal e estrangeiros. Nas restantes unidades hospitalares, a variação anual é pouco significativa.

Durante o ano de 2015, em média, cada doente visitou 1,9 vezes os serviços de urgência. Ainda que a maioria dos episódios sejam visitas únicas, cerca de 7% dos doentes (6.113) são responsáveis por 24% dos episódios de urgência (42.610).

O perfil de doente mais comum no CHOeste corresponde a uma mulher, residente no concelho de Torres Vedras, com idade entre os 0 e os 18 anos, isenta de pagamento de taxas moderadoras e que recorre à urgência Pediátrica, classificado, neste estudo como um caso desadequado ao serviço de urgência.

Este estudo ocorreu antes da crise pandémica e corrobora a perceção percebida sobre a desadequação da utilização dos serviços de urgência *ex ante* pandemia COVID-19.

OPORTUNIDADES DE MELHORIA PERCEBIDAS

Os casos de pobreza, os poucos apoios sociais - de que é exemplo a falta de uma rede abrangente de cuidados continuados - são situações que são apontadas,

normalmente, como estando associadas a uma excessiva procura dos serviços de urgências. A fraca divulgação da rede de centros de saúde abertos até mais tarde (22 horas ou mesmo 24 horas) e/ou ao fim de semana é outras das situações identificadas, que ajuda a explicar a procura desadequada pelos serviços de urgência.

De acordo com o estudo da OCDE esta situação poderá ser revertida, nomeadamente, com o pagamento de incentivos às instituições que tratem os doentes no lugar certo, premiando-se a qualidade e não a quantidade. Quanto a Portugal e Grécia, a OCDE avisa que as taxas moderadoras cobradas nos Cuidados de Saúde Primários, bem como os horários de atendimento limitados acabam por levar os doentes a preferirem dirigir-se a um serviço hospitalar que funciona 24 horas por dia/365 dias por ano (OCDE 2017).

As situações sociais de proveniência local que recorrem aos serviços de urgência, sobretudo idosos, necessitam de vários processos de articulação, nomeadamente com a Segurança Social, com as autarquias locais e até com os operadores das denominadas *utilities* (electricidade, gás, água...) para verificações como, por exemplo, a eficiência energética das habitações.

O quadro traçado, num contexto de contenção e rigor orçamental, tem condicionado e continua a condicionar uma capacidade de resposta efetiva e necessária dos serviços de urgência, não obstante o profissionalismo e entrega dos profissionais. Por outro lado, torna muito difícil à governação clínica uma gestão que otimize os meios e os recursos disponíveis e concentre ou mesmo reserve a sua utilização ao tratamento dos casos verdadeiramente críticos e urgentes.

Muitas das opções de reforma não requerem uma profunda transformação do sistema de saúde, antes requerem um avisado equilíbrio de forças para a sua sustentabilidade. A este propósito HARFOUCHE refere a importância do equilíbrio entre a redistribuição dos impostos para cumprimento dos vários deveres e funções do Estado e as expectativas dos cidadãos e sobretudo o equilíbrio entre a gestão eficaz e eficiente dessa redistribuição e a forte consciência cívica e dever ético e moral de cada um na procura pelos serviços de saúde (HARFOUCHE 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERCHET (2015). *“Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand,” Organisation for Economic Cooperation and Development. Paris, OECD Health Working Papers.*
- GOMES (2014). *“O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses: um estudo no Hospital de São João”.* Instituto Politécnico do Porto. Escola Supe-

- rior de Tecnologia da Saúde do Porto.
- HARFOUCHE (2016). *Políticas de Saúde: Fundamentação, Prioridades, Opções e Resultados*. Lisboa: Edições ISCSP, 308p.
- INA (2016). Portal do Instituto Nacional de Estatística." [Online]. <https://www.ine.pt/>
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2011). Relatório de Primavera. "Da depressão da crise. Para a governação prospectiva da saúde".
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2016). Relatório de Primavera. "Saúde. Procuram-se novos caminhos".
- OECD (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*".
- ORDEM DOS MÉDICOS (2016). *Colégio da Competência em Emergência Médica (CEM)*, 8 Dezembro. <https://www.simedicos.pt/fotos/noticias/432a6a952.pdf>