



**Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública**

**Utilizadores Frequentes no Serviço de Urgência Geral:
caracterização e definição de estratégias**

Sandra Catarina Cardoso Afonso

Mestrado em Gestão da Saúde

Lisboa, Agosto 2017



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

**A Problemática dos Utilizadores Frequentes no Serviço de
Urgência Geral: caracterização e definição de estratégias**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Sílvia Lopes

Sandra Catarina Cardoso Afonso

Lisboa, Agosto 2017

Agradecimentos

Ao finalizar este estudo deixo o meu sincero agradecimento a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma, direta ou indireta, para a sua realização.

À orientadora, Professora Doutora Sílvia Lopes pela disponibilidade, orientação científica e acompanhamento em todo o trabalho, foram fulcrais.

Ao Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta e respetiva Comissão de Ética, pela rápida autorização ao meu pedido de realização do presente trabalho de investigação.

Aos meus pais, pelo vosso amor incondicional, sempre presentes e dispostos a fazerem todos os sacrifícios por mim, têm-me permitido concretizar os objetivos da minha vida.

Ao meu marido, pelo seu apoio e dedicação, indispensáveis para a concretização deste trabalho.

Aos meus amigos, sempre disponíveis para satisfazer os meus pedidos e contribuírem para os meus sucessos.

Agradeço a todos os meus colegas de trabalho, pelo seu incentivo e amizade.

O meu muito Obrigada

Resumo

Introdução: O aumento significativo do número de episódios de urgência hospitalar a nível internacional, o reconhecimento do problema da utilização "evitável" ou "inapropriada" pelos utilizadores frequentes destes serviços, perante o cenário de crise económica vivenciado, torna imprescindível a sua caracterização e identificação de necessidades destes utilizadores. Permite-se assim a definição de estratégias para o desenvolvimento de respostas seguras e com qualidade que constituam alternativas a essa utilização.

Metodologia: Realizou-se um estudo do tipo observacional descritivo, efetuado através da análise retrospectiva de dados referentes à utilização do Serviço de Urgência Geral do HGO em 2016. A população em estudo é composta por todos os utentes que recorreram ao SUG do HGO no período referido, dividida em 3 grupos, de acordo com o seu comportamento de utilização: utilizadores não frequentes (1-3 episódios/ano), utilizadores frequentes (4-10 episódios/ano) e utilizadores muito frequentes (> 10 episódios/ano). No caso dos utilizadores muito frequentes foi realizado um estudo mais pormenorizado com dados obtidos através da consulta dos seus processos clínicos.

Resultados: O número de utilizadores frequentes e muito frequentes do SUG do HGO no ano de 2016 representou 5,63% do total de utilizadores desse serviço, responsáveis por 19,94% do total de episódios de urgência. Têm uma saúde pobre, com uma média de 4 patologias crónicas por utente e apresentam uma elevada taxa de mortalidade (136‰). Apesar de aproximadamente 40% dos episódios destes utilizadores serem triados como pouco ou não urgentes, também são eles que apresentam uma maior percentagem de episódios triados como muito urgentes e uma maior taxa de internamento. Têm médico de família atribuído e são utilizadores frequentes também nas unidades de CSP. Os problemas que podem influenciar o seu comportamento de utilização são problemas psiquiátricos, de alcoolismo, de consumo de drogas, incumprimento da terapêutica, falta frequente a consultas agendadas, dependência de fármacos e ter fome ou não ter abrigo.

Conclusão: Além da criação de um circuito que permita a precoce identificação de um utente com comportamento de utilização frequente, o seu encaminhamento para o Grupo de Resolução dos High Users e o levantamento das suas necessidades, é crucial a atribuição de um GC com formação adequada, capaz de compreender essas necessidades e com conhecimentos que o permitam elaborar um plano de atuação personalizado e realmente eficaz.

Palavras-chave: Serviço de urgência, Utilizadores frequentes e muito frequentes, Caracterização, Problemas, Necessidades, Estratégia

Abstract

Introduction: The international significant increase of the emergency department visits and hospital admissions, the recognition of the problem of misuse of the emergency department in the context of the economic crisis, make it necessary to characterize the frequent users of this hospital services and identify their needs, allowing the definition of strategies for the development of safe and quality responses that constitute alternatives to this usage behavior.

Methodology: The study was observational descriptive using retrospective data analysis about usage of hospital emergency service in the Hospital Garcia da Orta from January 1, 2016 to December 31, 2016. The study's population considered all patients that used the service during the mentioned time frame, divided in 3 groups, defined in accordance with the frequency of usage of the service: not frequent users (1-3 visits per year), frequent users (4-10 visits per year) and very frequent users (more than 10 visits per year). For very frequent users, a deep dive study was performed using data of the individual record of the patients.

Results: The number of frequent and very frequent users of the emergency service in the HGO in 2016 represented 5.63% of the total number of users of the service, representing 19.94% of the total urgent incidents. Those patients have a poor health, with an average of 4 chronic pathologies per patient and have a high mortality rate. Despite the fact that around 40% of the incidents with those patients are triage as low or no urgency, those are the users that represent higher percentage of very urgent incidents and higher rate of hospital admission. Those patients have a family doctor assigned and are frequent users of the primary care centers. The misuse behavior is influenced by several problems, psychiatric disorders, alcoholism and drug's consumption, therapeutic failure, missing scheduled doctor appointments, dependency of pharmaceutical drugs and being hunger or homeless.

Conclusion: In addition to the creation of a circuit that allows the early identification of a user with frequent use behavior, to refer them to the High Users Resolution Group and the survey of their needs, it is crucial to assign a properly trained GC capable of understand them and with the knowledge that allows the creation of a personalized and really effective actuation plan.

Key Words: Emergency Services. Frequent and Very Frequent Patients, Definition, Problems, Needs, Strategy.

ÍNDICE

CAPÍTULO I

1. PERTINÊNCIA DO TEMA	1
-------------------------------------	----------

CAPÍTULO II

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
2.1. UTILIZADORES FREQUENTES.....	7
2.1.1. Definição.....	7
2.1.2. Caracterização.....	8
2.1.3. Causas para a utilização frequente.....	11
2.1.3.1. Causas relacionadas com os utentes.....	11
2.1.3.2. Causas relacionadas com a organização dos serviços de saúde.....	12
2.2. ESTRATÉGIAS ADOTADAS.....	14

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS E METODOLOGIA	23
3.1. OBJETIVO	23
3.1.1. Objetivos específicos	23
3.2. TIPO DE ESTUDO.....	23
3.3. CONTEXTO	24
3.4. POPULAÇÃO.....	24
3.5. FONTES DE DADOS E QUESTÕES ÉTICAS	24
3.6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	27
3.7. VARIÁVEIS	27
3.8. ANÁLISE DOS DADOS	32

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS.....	37
4.1. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONOMICAMENTE DOS 3 GRUPOS DE UTILIZADORES DO SUG.	37
4.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS 3 GRUPOS DE UTILIZADORES DO SUG	41
4.3. CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO SUG POR PARTE DOS 3 GRUPOS DE UTILIZADORES.....	42
4.4. CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS CSP POR PARTE DOS 3 GRUPOS DE UTILIZADORES DO SUG	48
4.5. IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS DOS UTILIZADORES MUITO FREQUENTES, NÃO NECESSARIAMENTE RELACIONADOS COM A SUA SAÚDE, MAS QUE PODEM INFLUENCIAR O SEU COMPORTAMENTO.....	50

CAPÍTULO V

5. DISCUSSÃO	61
---------------------------	-----------

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSÃO	77
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

ANEXOS

Índice de Tabelas

Tabela 1: Descrição das variáveis em estudo obtida através da análise da base de dados cedida pelo HGO	27
Tabela 2: Descrição das variáveis em estudo na base de dados SPSS®	30
Tabela 3: Caracterização demográfica da amostra	37
Tabela 4: Distribuição de frequência de óbitos por grupo de utilizadores, no período de Janeiro de 2016 a Março de 2017	39
Tabela 5: Distribuição de frequências das razões de isenção de taxas moderadoras por grupo de utilizadores	40
Tabela 6: Distribuição de frequências dos diagnósticos dos episódios de urgência do grupo de utilizadores muito frequentes	41
Tabela 7: Análise descritiva da distribuição da afluência mensal ao SUG por grupo de utilizadores	42
Tabela 8: Caracterização dos episódios de urgência dos 3 grupos de utilizadores	43
Tabela 9: Distribuição de frequências das unidades de CSP de referência, por grupo de utilizadores	48
Tabela 10: Distribuição de frequências da atribuição ou não de MF, por grupo de utilizadores	49
Tabela 11: Caracterização da situação de habitação e profissional dos utilizadores muito frequentes.....	50
Tabela 12: Análise estatística do número de patologias crónicas por género de utilizador muito frequente	51
Tabela 13: Distribuição de frequências do grau de dependência nas AVD's dos utilizadores muito frequentes.....	53
Tabela 14: Distribuição de frequências dos problemas identificados nos processos clínicos dos utilizadores muito frequentes no ano de 2016, por género.....	54
Tabela 15: Distribuição de frequências de episódios de urgência dos utilizadores muito frequentes do ano de 2016, nos anos de 2012 a 2016	55
Tabela 16: Análise descritiva da distribuição de consultas de CSP dos utilizadores muito frequentes do SUG em unidades de CSP, no ano de 2016, por género, idade e episódios de urgência no mesmo ano	56

Tabela 17: Análise descritiva da distribuição de episódios e dias de internamento dos utilizadores muito frequentes do SUG, no ano de 2016	57
Tabela 18: Distribuição de frequências relativas ao Apoio Social usufruído pelos utilizadores muito frequentes.....	58
Tabela 19: Distribuição de Gestores de Caso por grupos de utilizadores, de acordo com a sua formação profissional.....	73

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição de atendimentos de acordo com a triagem de Manchester	10
Gráfico 2: Distribuição da afluência mensal ao SUG por grupo de utilizadores	42
Gráfico 3: Distribuição da frequência de locais de proveniência por grupo de utilizadores	45
Gráfico 4: Distribuição de frequências dos destinos após alta de cada episódio, por grupo de utilizadores	47
Gráfico 5: Distribuição de frequências das patologias crónicas dos utilizadores muito frequentes.....	52
Gráfico 6: Distribuição de frequências das queixas na triagem dos utilizadores muito frequentes, de acordo com os algoritmos da triagem de Manchester atribuídas às mesmas	54

Índice de Quadros

Quadro 1: Instrumento de recolha de dados dos processos clínicos dos utilizadores muito frequentes (>10 episódios)	25
Quadro 2: Distribuição de cores atribuídas pela triagem de Manchester, de acordo com a proveniência dos utilizadores frequentes e muito frequentes	46

Acrónimos e Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CS – Centro de Saúde

CSI – Cuidados de Saúde Integrados

CSP – Cuidados de Saúde Primários
DM – Diabetes Mellitus
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECD – Exames Complementares de Diagnóstico
EUA – Estados Unidos da América
GC – Gestor de Caso
GRHU – Grupo de Resolução dos High Users
HGO – Hospital Garcia da Orta
IC – Insuficiência Cardíaca
INE – Instituto Nacional de Estatística
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
MF – Médico de Família
MGF – Medicina Geral e Familiar
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SU – Serviços de Urgência
SUG – Serviço de Urgência Geral
USF – Unidade de Saúde Familiar

CAPÍTULO I

1. PERTINÊNCIA DO TEMA

A utilização dos Serviços de Urgência (SU) em Portugal foi a mais elevada entre os países pertencentes à OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) no ano de 2011. Nesse ano, a média de episódios de urgência da OCDE foi de 31 episódios por cada 100 indivíduos, sendo de 70 episódios por cada 100 indivíduos em Portugal (1).

Atualmente tem-se verificado um aumento significativo do número de episódios de urgência hospitalar a nível internacional (1–4), sendo que, de acordo com os dados disponíveis, em média houve um aumento de 5.2% entre os anos de 2001 e 2011 (de 29,3 episódios por cada 100 doentes, passou-se para 30,8) (1).

Essa é também a realidade do nosso país vizinho, Espanha, em que se registaram, no mesmo ano, 57,3 episódios de urgência por cada 100 indivíduos, dos Estados Unidos da América (EUA), com 44,5 episódios por cada 100 indivíduos (5) e também no continente Asiático há testemunhos desta tendência, sendo que de acordo com Boh (2015) (6), o número de episódios de urgência em 7 hospitais públicos de Singapura aumentou de 752.122 no ano de 2007 para 1.006.800 em 2013.

Perante o cenário disseminado de crise económica, uma das estratégias assumidas foi o controlo de custos do sistema de saúde (7). Exposto o claro aumento da afluência aos SU, este serviço passou a ter uma atenção especial por parte dos gestores da saúde e decisores políticos (7).

Os SU são a porta de entrada para o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e assumem o difícil papel de garantir uma resposta eficiente e de qualidade para os utentes em situações de stress e risco de vida. A sua crescente exigência e volume de prestação de cuidados pode levar a uma diminuição da satisfação dos utilizadores relacionada com o aumento dos tempos de espera para atendimento e da carga de trabalho para os profissionais de saúde, que pode consequentemente afetar a sua qualidade na prestação de cuidados (1).

O problema de “*overcrowding*”, as longas esperas dos utentes para serem atendidos e o aumento do número de camas, consequência do aumento do número de doentes (7) é uma realidade internacional, tendo tido especial atenção pela

comunicação social portuguesa nos últimos tempos (8,9). É posto em causa o êxito da prestação de cuidados de saúde aos utentes neste cenário e publicada a tensão e carga de trabalho sentida pelos profissionais de saúde (10,11).

Das diversas razões apresentadas para o aumento da utilização dos SU destaca-se a utilização dos SU por queixas não urgentes. Os SU são frequentemente utilizados por doentes não urgentes ou para a satisfação de necessidades de saúde rotineiras, o que resulta num aumento de custos para os sistemas de saúde e para a sociedade em geral, produz efeitos negativos sobre a qualidade dos serviços de emergência (2,7,9,12,13), põe em causa o acesso aos cuidados de utentes em situações realmente urgentes e reduz a prontidão na prestação de cuidados (13).

Segundo a OCDE, um número significativo de episódios de urgência poderia ser evitado através da utilização alternativa de unidades de prestação de cuidados disponíveis na comunidade ou dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (1).

De acordo com as estimativas nacionais, a utilização "evitável", "inapropriada" ou não urgente dos SU representa aproximadamente 12% dos episódios de urgência nos EUA, 20% em Itália, 25% no Canadá, 31% em Portugal, 32% na Austrália e 56% na Bélgica (1).

Tendo em conta os argumentos anteriores compreende-se que a presença de utilizadores frequentes nos SU assume um forte impacto no seu desempenho e capacidade de gestão (2). Estes contribuem para a sobrelotação dos SU, desperdício de tempo, diminuição da qualidade de cuidados prestados (2) e desperdício de recursos económicos (1).

Num estudo de Leporati et al (2016) (2) apesar destes utilizadores estarem representados em pequeno número (8.1% frequentes, 1.1% muito frequente), foram responsáveis por uma grande percentagem dos episódios de urgência registados (20.2% e 6.8% respetivamente – total de 218.198 episódios) sendo o custo de cada um dos seus episódios baixo, mas a sua soma anual muito elevada.

Também numa recente revisão sistemática de literatura feita por Lesley et al. (2016) (14), onde foram analisados 20 artigos publicados entre 2001 e 2015, os utilizadores frequentes representam aproximadamente apenas 5% da população que recorre aos SU, mas são responsáveis por 21% a 28% dos seus episódios (6,14,15).

Tal facto também se verifica em Portugal, onde os episódios de urgência destes utilizadores representam 27,9% da totalidade dos episódios registados (16).

No ano de 2008 no estado de Massachusetts os episódios de urgência considerados evitáveis (88%, por exemplo, com dor de garganta ou dor nas costas e tratáveis em unidades de CSP) representaram um custo de 514 milhões de dólares, o que se traduz em 46% dos custos totais dos SU (17).

No estudo de Boh et al. (2015) (6), a totalidade dos custos de todas as visitas feitas por estes utentes em 12 meses foi de \$174.247,60, que é 4 vezes o valor da totalidade dos custos dos utilizadores não frequentes (\$40.912,40).

De acordo com um estudo realizado por McWilliams et al. (2011) (18) com o objetivo de identificar os fatores influenciadores dos episódios de urgência inapropriados e analisar o custo dos mesmos nos SU e nos CSP, concluiu-se que se os utilizadores não urgentes fossem cuidados em unidades de CSP, haveria uma poupança de 69% a 86% nas despesas dos SU.

Além destes episódios injustificados serem responsáveis por elevados custos suportados pelos SU, também põem em causa a sua qualidade, sendo que o “*overcrowding*” é a primeira razão apontada por vários autores para a ineficiência dos SU (2,6), contribuindo para o aumento do tempo de espera para atendimento dos utentes, diminuindo a capacidade dos profissionais de saúde protegerem a privacidade e confidencialidade dos utentes de quem cuidam, prejudicando a avaliação e tratamento dos mesmos e dificultando a prestação de cuidados centrada na pessoa (19).

A utilização frequente dos SU hospitalares por determinados utentes com comportamento de hiper-utilização identificado, tem sido relatada em diversos países, independentemente das características específicas dos seus sistemas de saúde (3). De acordo com vários estudos já feitos, acredita-se que muitos dos episódios de urgência inapropriados têm como protagonistas os utilizadores frequentes destes serviços e que são estes que mais contribuem para o “*crowding*” vivenciado (4).

Com o aumento da pressão para o controlo dos custos em saúde, muitos interesses políticos e de gestão destacam a adoção de medidas efetivas e eficientes na prestação de cuidados a estes doentes como uma prioridade (20).

Perante os factos apresentados é imperativo identificar as características dos utilizadores frequentes dos SU no sentido de desenvolver políticas capazes de reduzir os custos a eles associados, dar respostas apropriadas às suas necessidades (2) e avaliar a capacidade de transferência de intervenções potencialmente eficazes para outras unidades (14). Trata-se de um passo preliminar fundamental, não só para identificar os utilizadores frequentes, mas também para reconhecer aqueles em risco de se tornarem, assumindo-os como alvo de intervenção, e identificar as ineficiências ou lacunas existentes nos serviços de saúde, de forma a delinear estratégias para as ultrapassar.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (21), a percentagem de episódios de urgência apresenta uma grande variabilidade regional. Esta percentagem atinge um máximo (47,6%) na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), à qual pertence o Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital Garcia de Orta (HGO) que pretendo analisar, reforçando a pertinência deste estudo.

CAPÍTULO II

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Utilizadores Frequentes

2.1.1. Definição

Entende-se por utilizadores frequentes os utentes que recorrem aos SU repetidamente, contribuindo para um desproporcional número de episódios registados nestes serviços (6). O número de episódios definido para classificar um utilizador como frequente é muito variável entre estudos.

Alguns autores defendem que o utilizador frequente é aquele que recorre a um SU 3 a 5 vezes num ano e muito frequente o que regista um número de episódios anuais superior a 5 (2). Segundo Ruger et al. (2004)(12), comparando com os utilizadores pouco frequentes, os utilizadores que recorrem aos SU 3 a 20 vezes por ano implicam custos globais mais elevados, assim como custos específicos também superiores em diferentes áreas relacionadas com a prestação de cuidados, como no laboratório, na farmácia, na imagiologia, no bloco operatório e em outras áreas relacionadas.

Outros definem o 4 como número mínimo de episódios por ano para que um utente seja considerado como frequente (4,6,14,22). Este é o caso de Locker et al. (2007) (22), cujo o estudo teve como objetivo determinar qual a definição mais adequada de utilizador frequente de um SU através da comparação das diferenças entre as distribuições de frequências observadas com as distribuições de frequências descritas na teoria, e de Hunt et al.(2005) (4), tendo em conta que no seu trabalho de investigação o número de utilizadores com 4 ou mais episódios de urgência representava 28% do número de episódios total dos SU em estudo (apesar de apenas 8% da população). Também entre os 7 estudos com um Sistema de Seguro Nacional de Saúde selecionados por Soril et al. (2016) (14) para a sua revisão sistemática, a maioria adotou a definição de 4 ou mais episódios de urgência registados num período de 12 meses, tal como no único estudo incluído por estes autores com um Serviço Nacional de Saúde (SNS), realizado na Suécia.

Esta também é a definição de utilizador frequente adotada pelo Ministério da Saúde Português (16).

Encontram-se ainda outros autores que defendem que o utilizador frequente tem no mínimo 5 episódios anuais registados nos SU, como Mendelberg et al. (2000)

(23), que descreve este grupo de utentes como sendo relativamente pequeno mas que regista um número desproporcionalmente elevado de episódios de urgência.

Spillane et al. (1997) (24) defendem que utilizadores frequentes são aqueles que recorrem aos SUG 10 ou mais vezes num ano, pois acreditam que só desta forma se consegue detetar alguma diferença baseada nas suas intervenções, tendo em conta o financiamento disponível. O objetivo seria selecionar o grupo com maior urgência de intervenção.

No estudo de Milbrett e Halm (2009) (25) os utilizadores com mais de 10 episódios representam apenas 5% da população em estudo, apesar de representarem um número bem mais significativo de episódios de urgência.

No estudo de Gawande (2011) (26) foram incluídos na definição de utilizador frequente os utentes que acumulam além dos múltiplos episódios de urgência, múltiplos episódios de internamento hospitalar que poderiam ter sido evitados através de intervenções precoces, pouco dispendiosas e com maior participação dos CSP.

Na literatura encontramos diversas definições para o utilizador frequente, sendo detetadas duas grandes limitações na sua maioria que consistem na não abordagem da persistência do uso excessivo (limitam-se à avaliação em 12 meses), e na não distinção das utilizações evitáveis das não-evitáveis (27).

2.1.2. Caracterização

A maioria das investigações feitas nesta área fazem uma caracterização demográfica e clínica destes utilizadores, apesar da relevância dos fatores demográficos ainda ser questionada por muitos. Os defensores do impacto dos fatores demográficos no modo de utilização dos SU pela população argumentam que é através da identificação da idade, género e nacionalidade destes utilizadores que são identificadas minorias étnicas muito representadas na população de utilizadores frequentes (2).

O género dos utilizadores frequentes é bastante variável, de acordo com a população em estudo (2), sendo que em vários estudos está documentado a predominância do sexo feminino (4,16).

No que se refere à idade dos utilizadores frequentes existe algum consenso. No estudo de Leporatti et al. (2016) (2), ter idades entre os 25 e os 44 anos está

positivamente associado com a probabilidade de ser um utilizador muito frequente, aumentando a média da idade com a gravidade da situação clínica. Segundo o estudo de Hunt et al. (2006) (4) 83% dos utilizadores frequentes apresentam idades inferiores a 65 anos, o que vai ao encontro do estudo referido anteriormente. Também em Portugal se verifica um intervalo de idades aproximado, sendo que 48% dos episódios de urgência que ocorreram em 2015 foram realizados por utentes entre os 18 e os 64 anos (16). Nos dados partilhados pela OCDE, na maioria dos países que dela fazem parte, os utilizadores frequentes dos SU são ou muito jovens ou idosos, tal como no estudo de Boh et al. (2015) (6), em que os picos de utilização se verificam nas idades dos 20-29 anos e dos 60 aos 69 anos, estando este segundo pico em sintonia com a revisão sistemática de Soril et al. (2016) (14) de acordo com a qual os utilizadores frequentes têm uma maior probabilidade de terem mais de 65 anos. De acordo com Cunningham et al. (2016) (28) as idades destes utilizadores têm uma distribuição bimodal, estando na sua maioria compreendidas no intervalo entre os 25 e os 44 anos ou nos mais de 65 anos.

A nacionalidade é outra das variáveis estudadas pela maioria dos trabalhos de investigação realizados sobre este tema, sendo que os utilizadores estrangeiros surgem como sendo responsáveis por uma utilização inapropriada dos SU e como utilizadores mais frequentes que os cidadãos nativos (1,28).

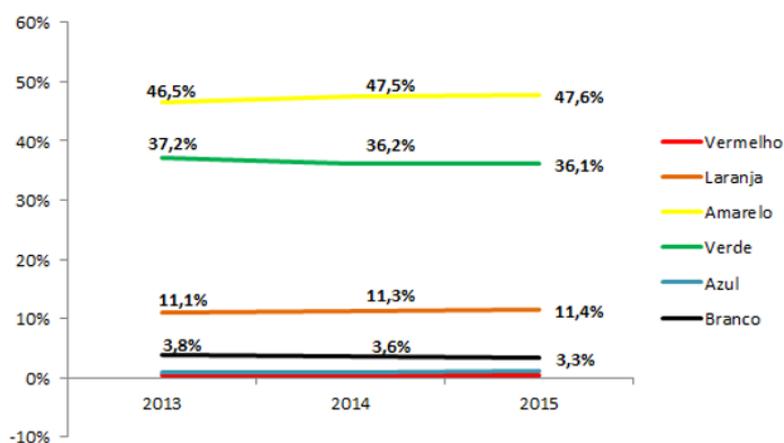
O impacto da caracterização clínica já é aceite pela maioria e apesar das diferenças na regulamentação, financiamento e aprovisionamento dos serviços, as características clínicas dos utilizadores frequentes dos SU parecem não variar muito entre os diferentes sistemas de saúde (14).

De acordo com os dados do Relatório Anual de Acesso aos Cuidados de Saúde de 2015 publicado pelo Ministério da Saúde (16), os utilizadores frequentes não requerem cuidados de saúde sofisticados, podendo ser prestados a nível dos CSP, o que vai ao encontro da conclusão de outros estudos internacionais (2). Segundo os dados da OCDE (1), quanto mais frequente é o utilizador, menos urgentes são os seus episódios e maior é o número de episódios de abandono.

Tendo como base a classificação definida pela Triagem de Manchester, confirma-se a tendência da utilização dos SU por razões não urgentes, sendo que

aproximadamente 40% da totalidade dos episódios de urgência dos hospitais nacionais são triados com cor branca, azul e verde (29).

Gráfico 1: Distribuição de atendimentos de acordo com a triagem de Manchester (29)



Fonte: ACSS-SICA

Os utilizadores frequentes parecem estar englobados nessa maioria, sendo que de acordo com o estudo de Mandelberg et al. (2000) (23), apenas 6,7% dos utilizadores frequentes são triados com o nível de prioridade mais elevado, enquanto essa percentagem quase que duplica, 12,5% no grupo dos utilizadores não frequentes. Já Milbrett et al. (2009) (25) constatou que os utilizadores que recorrem ao SU 1 vez num ano têm uma maior probabilidade de serem triados com o mais alto nível de prioridade, enquanto que aqueles com 20 ou mais episódios de urgência anuais têm uma grande probabilidade de serem triados com uma prioridade não urgente (cor azul).

Na maioria dos países da OCDE os diagnósticos dos episódios de urgência de todos os utilizadores relacionados com acidentes (traumatismos, quedas, acidentes de viação, etc.) são os mais comuns. Em Portugal este último dado não se verifica, sendo que mais de 80% dos episódios de urgência, onde se incluem os utilizadores frequentes, estão relacionados com doenças (1).

Os utilizadores frequentes tendem a realizar exames não laboratoriais com pouca frequência e normalmente não implicam a utilização de tecnologia sofisticada (como a ressonância magnética). Este facto confirma que, em geral, as

necessidades destes utilizadores podem ser satisfeitas simplesmente através da disponibilidade de um atendimento médico, sem a recorrência a serviços mais complexos e dispendiosos (7).

É relatado pelos diversos estudos encontrados que os utilizadores frequentes têm uma saúde pobre (2,4), múltiplas doenças crónicas (2), patologias psiquiátricas (2–4,12,14,27) e história de consumo de estupefacientes (2,27).

De acordo com o estudo de Boh et al. (2015) (6), o problema fulcral relacionado com a super-utilização dos SU em Singapura reduz-se ao envelhecimento populacional e à diminuição da taxa de fertilidade, que se traduz em menos adultos capazes de cuidar dos seus idosos.

Estes utilizadores são normalmente pessoas mais doentes (4), com mais episódios de internamento, com elevadas taxas de mortalidade, que representam elevados custos em cuidados de saúde (3,12). De acordo com alguns estudos, já têm história de utilização frequente em anos anteriores (14), mas segundo outros, o seu comportamento de utilização frequente não permanece de ano para ano (15,27). Apresentam diversos problemas socioeconómicos (3,4,12,14,27) e vivem sozinhos e isolados (3). A multiplicidade de doenças crónicas já é um facto comum destes utilizadores de ocidente a oriente (2–4,6,14). São consumidores de mais recursos dos que os disponibilizados nos SU (3,4), recorrendo a todas as ofertas de cuidados do sistema de saúde (4,28), o que sugere que o uso frequente dos SU aconteça devido à assistência insuficiente dos serviços e instituições de saúde alternativas (4).

2.1.3. Causas para a utilização frequente

Para o aumento da afluência aos SU a nível internacional têm sido apresentadas diversas justificações pelos investigadores que podem ser agrupadas em causas relacionadas com os utentes e causas relacionadas com a organização dos serviços de saúde.

2.1.3.1. Causas relacionadas com os utentes

As razões para a utilização frequente dos SU relacionadas com os utentes maioritariamente apontadas pelos investigadores, são o crescimento e envelhecimento populacional consequente do aumento da esperança média de

vida (1,6,19) o resultante aumento da prevalência de doenças crónicas (3,7,10) e o aumento da população vulnerável (pobreza e a falta de apoio social) (1,29).

Em média, no conjunto dos países pertencentes à OCDE, o número de pessoas com mais de 65 anos aumentou aproximadamente 12% entre 2001 e 2011 (30). Isto pode contribuir significativamente para o aumento do nº de episódios de urgência. Utentes idosos com comorbilidades são potenciais utilizadores dos SU, pois os seus problemas complexos requerem uma avaliação de recursos-intensidade perante episódios de agudização (51).

Segundo Marmot et al. (2008) (31) a pobreza, baixa escolaridade e baixa classe social estão significativamente relacionados com uma maior prevalência de problemas de saúde, sendo que a população económica e socialmente mais desfavorecida também tem mais tendência para a adoção de comportamentos de risco como fumar, ingerir álcool e ter uma dieta pobre, somando importantes fatores de risco para doenças crónicas (32,33). Consequentemente, uma maior prevalência de problemas de saúde e comportamentos de risco aumentam a probabilidade da utilização dos SU. Também há referência à falta e informação relativa à disponibilidade de cuidados de saúde na população mais desfavorecida, o que leva estes indivíduos a terem uma grande probabilidade de utilizar os SU como a fonte habitual de cuidados (1).

2.1.3.2. Causas relacionadas com a organização dos serviços de saúde

Quanto às causas de utilização relacionadas com a organização dos serviços de saúde são apontadas o facto de nos SU os utentes terem acesso a uma diversificada oferta de cuidados de saúde 24 horas por dia, 7 dias por semana (1,29), a crença de que nos SU é possível a resolução de complexos problemas de saúde (34,35), as múltiplas barreiras no seu acesso a cuidados de saúde (1), o facto do acesso aos SU ser gratuito (3,36) ou as dívidas ao mesmo não serem cobradas eficazmente (36), necessidades médicas ou não-médicas sem resposta (37), a não atribuição de médico de família (38–40) e a utilização dos SU por queixas não urgentes (1–4,7,9,19,29).

É um facto que os SU têm sempre a sua porta aberta, com uma panóplia de recursos disponíveis como uma grande diversidade de terapêutica, exames

complementares de diagnóstico (ECD) e a oportunidade de ser observado por especialistas, tudo isto reunido num único local. Isto faz com que muitos utentes do sistema de saúde prefiram recorrer a estes serviços em detrimento das unidades de CSP (1).

Em vários países da OCDE, frequentar o SU parece ser inversamente relacionado com o acesso às unidades de CSP e à disponibilidade dessas unidades “fora de horas”. Quando os utentes se deparam com longos tempos de espera para aceder ao médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) ou quando as unidades de CSP não estão disponíveis “fora de horas”, é natural para os utentes recorrer ao SU na procura de cuidados em tempo útil. Neste caso, o SU tem o papel crítico de cuidar de doentes não planeados para os quais os serviços de ambulatório não fornecem uma resposta satisfatória (1).

Países com uma menor percentagem de doentes que esperam 6 ou mais dias por uma consulta quando estão doentes ou a necessitar de algum cuidado, são os mesmos países em que a taxa de utilização dos SU é a mais baixa. Este é o caso da Alemanha, Nova Zelândia e Holanda, que apresentam o número menor de episódios de urgência por 100 habitantes e a menor taxa de indivíduos que esperam 6 ou mais dias por uma consulta no médico ou enfermeiro de família. Em contraste, os EUA e o Canada apresentam um elevado número de episódios de urgência por 100 habitantes e a maior taxa de indivíduos que esperam 6 ou mais dias por uma consulta (1).

Sendo assim, promover o acesso aos CSP reduzindo os seus tempos de espera, assim como disponibilizar atendimento destas unidades “fora-de-horas” pode ser uma boa estratégia para reduzir a procura de cuidados nos SU, apesar de existirem estudos contraditórios que afirmam que a maioria destes utentes têm médico de família (4,41).

Segundo Hunt et al. (2005) (4) independentemente do número de episódios de urgência que cada indivíduo apresenta, a utilização dos SU está mais relacionada com o estado da saúde dos indivíduos e com a distribuição de cuidados do que com o facto de se ter ou não uma fonte de cuidados habitual ou um seguro de saúde.

2.2. Estratégias adotadas

Segundo Johnson et al. (2015) (27) os utilizadores frequentes não têm um comportamento homogêneo ao longo dos anos, variando a sua utilização espontaneamente ao longo do tempo, sendo sensíveis a diferentes intervenções. A falta de estratégias de atuação adequadas às necessidades específicas dos diferentes utilizadores existentes apresenta-se como uma barreira ao desenvolvimento de intervenções realmente eficazes.

Para que as intervenções adotadas sejam realmente eficazes, segundo Johnson et al. (2015) (27) os modelos de atuação adotados devem ter como objetivos não apenas a identificação dos indivíduos que apresentam características prováveis de ser utilizadores frequentes, mas também a divisão dos mesmos em subgrupos de acordo com as suas necessidades específicas de intervenção. Para que um programa seja realmente eficaz, deve ter em conta questões como (27):

- quais os utentes que podem ser efetivamente envolvidos na estratégia de prestação de cuidados definida?
- que utilização é modificável?
- quando é que as intervenções devem ser a curto prazo e quando devem ser contínuas?
- que pacientes beneficiam de quais serviços?
- onde é que e os serviços devem estar disponíveis ou como devem ser distribuídos?
- quando é que as abordagens do pagador são preferíveis às abordagens do prestador?

Responder a estas importantes questões permitirá avaliar a pertinência das intervenções a implementar, o que o distinguirá um plano de atuação eficaz dos outros programas comuns que meramente refletem a história natural da doença, com uma utilidade reduzida e uma diminuição de custos irrelevante a longo prazo (27).

Assumindo à partida que as intervenções que se possam implementar num SU não vão eliminar todas as suas visitas, atingir um grupo que é responsável por aproximadamente 25% da totalidade dos episódios do SU irá resultar num impacto significativo na sua utilização (4,42).

Diversos estudos já aplicaram diferentes estratégias para alterar o comportamento destes utilizadores relativo aos SU, onde se incluem planos de cuidados personalizados com o acompanhamento de um Gestor de Caso (GC) (3,7,8,14) sessões de educação para a saúde (2,29,43) e parcerias com os CSP (2,6).

A disponibilização de um GC é a intervenção mais citada e demonstrou em diversos trabalhos de investigação uma redução de utilização e de custos nos SU onde foi aplicada (3,6–8,14).

A intervenção de um GC perante um utilizador frequente traduz-se na determinação de um plano personalizado para esse utente, através de um processo colaborativo de avaliação, planeamento, facilitação e apoio na gestão de opções e serviços que vão de encontro às necessidades de saúde desse indivíduo, que tem como base a comunicação entre os recursos disponíveis, promovendo resultados efetivos na redução de custos e no aumento da qualidade dos cuidados prestados (7,44).

O GC tem como função identificar os cuidadores e serviços adequados às necessidades do utente a quem foi atribuído enquanto, em simultâneo, garante que os recursos disponíveis estão a ser utilizados de uma forma oportuna e custo-efetiva (7). Baseia-se num modelo de continuidade de cuidados, que integra cuidados médicos e psicossociais, bem diferente do modelo de prestação de cuidados fragmentados dos SU (7). Na revisão sistemática da literatura feita por Kumar e Klein (2013) (7), a maioria dos estudos integrados descrevem uma diminuição da utilização dos SU em populações com diferentes características (com e sem seguro de saúde, desempregados e trabalhadores, sem abrigo e com habitação própria, com acesso a cuidados de saúde e com médico de família). Em estudos realizados com utilizadores muito-frequentes (mais de 10 episódios de urgência/ano) o GC não teve sucesso. Este facto pode dever-se a estes utilizadores serem mais resistentes à mudança (7).

Os utilizadores muito frequentes podem representar um grupo mais desafiante, que exige uma abordagem mais agressiva do que aquela adotada para os utilizadores frequentes. Um acompanhamento do GC durante um curto período de tempo não permite uma adequada mudança no comportamento destes utilizadores (7).

Outras estratégias sugeridas na literatura com vista a uma melhor gestão dos episódios de urgência são o desenvolvimento de intervenções que reduzam a

procura dos SU aumentando o acesso aos CSP e cuidados na comunidade, através da utilização de serviços telefónicos, da disponibilização de CSP “fora-de-horas” e o desenvolvimento de locais alternativos de serviços de CSP ou de centros de prestação de cuidados na comunidade (1).

Como resposta ao envelhecimento populacional e ao aumento acelerado das patologias crónicas, que contribuem para a sobrecarga dos SU hospitalares a nível internacional (1), são sugeridas intervenções como a implementação de políticas de saúde com vista a melhorar a qualidade e acesso a cuidados geriátricos e a formação específica de médicos de CSP em prestação de cuidados à população idosa (6).

Em Portugal, no ano de 2007, foi criada a linha de apoio “Saúde 24”, uma iniciativa do Ministério da Saúde que tem como objetivo orientar e encaminhar os cidadãos relativamente às suas necessidades de saúde, “contribuindo para ampliar e melhorar a acessibilidade aos serviços e racionalizar a utilização dos recursos existentes através do encaminhamento dos utentes para as instituições integradas no SNS mais adequadas” (45).

Os incentivos financeiros do lado da procura também são encarados como potenciais redutores da procura de cuidados de emergência, mas a evidência sobre o seu impacto é mista (1). A introdução de custos partilhados para a utilização de cuidados de urgência (através do uso de co-pagamentos ou franquias) ou a isenção de pagamento nas unidades de CSP são duas opções políticas que têm vindo a ser consideradas para reduzir a procura dos cuidados de saúde de urgência (1). Era esperado que a partilha de custos nos SU aumentasse o sentido de responsabilidade e desencorajasse a utilização desnecessária dos mesmos.

Embora a introdução da partilha de custos possa ser uma estratégia que reduza a procura inapropriada dos SU, é fundamental garantir que não reduz o seu acesso, colocando uma carga financeira excessiva sobre a população, particularmente sobre aquela mais carenciada (46). Esta estratégia não é muito comum entre os países da OCDE pelo risco de que tal medida desencoraje a procura dos utentes com reais necessidades de cuidados devido ao custo financeiro associado.

Em Portugal a aplicação dessa estratégia traduz-se na implementação das taxas moderadoras, tendo sido aumentado recentemente o custo para o utilizador que

varia de 14€ a 18€, de acordo com as características da oferta do SU e ao qual acrescem as taxas moderadoras de meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados no decurso do mesmo, até um montante máximo de 40€ (47).

De acordo com os dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (48) parece que essa estratégia não sortiu o efeito desejado, tendo em conta que o número de episódios de urgência registados a nível nacional nos últimos 4 anos mantém uma tendência crescente, sendo de 7.068.480 em 2012 e de 7.340.102 em 2015.

Uma opção política alternativa é remover os pagamentos nas unidades de CSP. Esta estratégia promove o fácil acesso a estas unidades e reduz os incentivos à procura de cuidados gratuitos nos SU que, na perspetiva de muitos, são menos dispendiosos (1). Apesar do benefício esperado, esta estratégia pode aumentar os custos dos cuidados de saúde se a isenção de pagamento nas unidades de CSP levar a um aumento significativo do número de episódios nessas unidades.

Em Portugal, no âmbito do Artigo 205.º da Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março, que aprova a lei do Orçamento do Estado para o ano de 2016, foi efetuada uma alteração ao Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro (49), tendo-se determinado que se procede à eliminação do pagamento de taxas moderadoras:

- nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados no hospital de dia;
- nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados nos SU para o qual haja referência pela rede de prestação de CSP, pelo Centro de Atendimento do SNS para situações em que a disposição final determine um atendimento em SU ou pelo INEM.

A utilização das novas tecnologias de informação e comunicação para melhorar a auto-vigilância e gestão de cuidados, assim como para permitir a prestação de cuidados de saúde em áreas remotas, também é nomeada como uma estratégia benéfica. Especificamente no que se refere à gestão de doenças crónicas, a telemedicina tem sido associada a menor número de episódios nos SU, redução de internamentos hospitalares e menores custos de saúde (50,51).

Um estudo caso-controlo randomizado de três anos, realizado em Inglaterra demonstrou resultados positivos associados ao uso de telemedicina em doentes patologias crónicas, incluindo diabetes mellitus (DM), doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e insuficiência cardíaca (IC). Esta investigação concluiu que a telemedicina aplicada de forma apropriada em condições de doença crónica, pode reduzir significativamente o número de admissões nos SU em 20%, o número de episódios urgentes em 15% e taxa de mortalidade em 45% (1).

O envolvimento dos médicos de MGF com o SU, a introdução de sistemas de identificação rápida de utilizadores não urgentes e o desenho de sistemas de pagamento inteligentes são outras medidas com potencial para gerir a procura inadequada do SU.

Existem diferentes evidências relativas ao impacto de um médico de MGF a trabalhar num SU. Como muitos dos utentes que recorrem aos SU procuram realmente CSP, o envolvimento dos médicos de MGF com o SU foi proposto visando uma resposta mais adequada aos mesmos (46,52). A presença de um médico de MGF no SU pode proporcionar cuidados mais compreensivos e custo-efetivos perante problemas não urgentes. Em alguns hospitais internacionais, os médicos de MGF são “colocados” antes do acesso ao SU funcionando como um filtro com o objetivo de prevenir que utentes não urgentes recebam tratamentos dispendiosos. Ao observarem os utilizadores não urgentes de forma rápida e redirecionando-os para cenários de ambulatório, o envolvimento dos médicos de MGF pode reduzir tempos de espera e o tempo de permanência dos doentes no SU e libertar os médicos do SU e os recursos de emergência para utilizadores com problemas mais urgentes (1). Em Inglaterra, a evidência sugere que colocar os médicos de MGF a trabalhar no SU pode resultar numa diminuição de doentes internados e exames realizados no SU (52). Embora alguns estudos relatem benefícios em termos de custos, processos e experiência dos utilizadores, houve variadas evidências quanto ao redirecionamento de utilizadores para fora do SU. Por um lado, o envolvimento dos médicos de MGF no SU foi associado a um aumento do número de episódios de regresso ao SU, enquanto que por outro lado, a estratégia foi associada a um aumento na utilização dos CSP (52).

Já na Suíça foi adotada a estratégia de integrar no hospital uma clínica geral para atendimentos de urgência, sendo que a observação dos utentes é da

responsabilidade de uma equipa de médicos de MGF mas as instalações estão localizadas dentro do SU do hospital (53). Este novo modelo de SU tornou-se consideravelmente mais eficiente que o tradicional, resultando na diminuição do tempo de permanência dos utentes e na redução da utilização de recursos do SU. Embora possa ser difícil alterar as preferências dos utentes pelos SU, a OCDE faz as seguintes recomendações com vista à redução do número de episódios de urgência e à melhor gestão do uso dos recursos dos SU (1):

- melhorar a acessibilidade aos CSP, nomeadamente alargando o horário dos seus serviços fora dos SU hospitalares e desenvolvendo novas formas de prestação de cuidados na comunidade;
- incentivar o uso da telemedicina para manter os utentes próximos da sua comunidade, melhorando a sua auto-gestão e informação sobre o local de tratamento mais adequado;
- introduzir sistemas de identificação rápida para prevenir o uso ineficiente dos recursos do SU, redirecionando os utilizadores não-urgentes para cenários de ambulatório mais adequados, permitindo que estes utilizadores sejam tratados por profissionais de saúde menos dispendiosos;
- envolver um médico de MGF no SU para atuar como um filtro, prevenindo que utilizadores não urgentes recebam tratamentos dispendiosos no SU, ao mesmo tempo que garante que a estratégia não leva a um aumento no número de episódios de atenção primária ao SU hospitalar.

Todas estas intervenções são sugeridas para a redução da utilização dos SU de uma forma genérica, devendo também ser consideradas na gestão específica dos cuidados aos utilizadores frequentes.

Alguns acidentes e doenças podem ameaçar a vida ou a capacidade mental dos utentes, exigindo realmente uma atenção imediata que justifique a utilização dos recursos dos SU. Apesar disso, um número significativo de episódios de urgência poderia ter sido evitado através da utilização alternativa de unidades de prestação de cuidados disponíveis na comunidade ou dos CSP (1).

Este facto é refutado pelo estudo Boh et al. (2015) (6) que teve como alvo os utilizadores frequentes de hospitais em Singapura. De acordo com o seu estudo, os utilizadores frequentes fazem maioritariamente visitas apropriadas (55,2%),

sendo-lhes atribuída maior prioridade na triagem e a sua permanência no hospital é mais longa do que a dos utilizadores não frequentes, resultando 81,1% dos seus episódios em internamento (6).

Além desta, outras diferenças nas características dos utilizadores frequentes de Singapura para os utilizadores frequentes de países ocidentais são evidentes. Este facto deve-se provavelmente às diferenças culturais existentes entre os países ocidentais e orientais.

Estudos como o de Hunt et al. (2006) (4) apoiam esta teoria ao concluírem que indivíduos que são tratados pelo mesmo médico de família em todas as suas visitas a cuidados de saúde têm menos probabilidade de ser utilizadores frequentes do que aqueles que são tratados por médicos diferentes. Outra conclusão relacionada foi a de Van Unden et al. (2005) (54) que em Maastricht (Holanda) confirmou que o aumento do horário de abertura das unidades de CSP reduz a utilização dos SU em 53% e aumenta a utilização destas unidades em 25%.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS E METODOLOGIA

Neste capítulo serão descritos os objetivos deste trabalho de investigação e o modo como foram planeadas e realizadas as fases metodológicas do estudo, iniciando-se pelo enunciado do tipo de estudo, o seu contexto, a definição da população e amostra, a fonte de dados e respetivas questões éticas, a descrição das variáveis e a análise dos dados.

3.1. Objetivo

Com este trabalho de investigação pretendo caracterizar os utilizadores frequentes e muito frequentes que recorreram ao Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital Garcia de Orta (HGO) no ano 2016, de forma a obter informação relevante relativa a esta população, que me permita sugerir medidas específicas que contribuam para o desenvolvimento de respostas seguras e com qualidade que constituam alternativas a esse comportamento de utilização.

3.1.1. Objetivos específicos

1. Caracterizar demográfica e socioeconomicamente os utilizadores frequentes e muito frequentes do SUG;
2. Caracterizar clinicamente os utilizadores frequentes e muito frequentes do SUG;
3. Caracterizar a utilização do SUG e dos CSP por parte dos utilizadores frequentes e muito frequentes do SUG;
4. Identificar os períodos de maior utilização do SUG por parte dos seus utilizadores frequentes e muito frequentes;
5. Identificar problemas dos utilizadores muito frequentes, não necessariamente relacionados com a sua saúde, mas que podem influenciar o seu comportamento;

3.2. Tipo de Estudo

O estudo realizado é do tipo observacional descritivo, realizado através da análise retrospectiva de dados referentes à utilização do SUG do HGO no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2016.

3.3. Contexto

O SUG do HGO tem uma elevada diferenciação técnica (é classificado como "polivalente") e tem a responsabilidade assistencial direta na urgência/emergência aos habitantes com idades a partir dos 18 anos, dos Concelhos de Almada e Seixal (cerca de 350 mil habitantes), e responsabilidade complementar da população proveniente dos Hospitais da Península de Setúbal, em especial aos doentes neurocirúrgicos e trauma complicado (cerca de 790 mil habitantes) (55).

À data de início da realização deste trabalho de investigação já havia sido formado um grupo de projeto multidisciplinar – GRHU (Grupo de Resolução High Users), ao qual pertencem profissionais do HGO e do ACES Almada- Seixal, com o objetivo de elaborar um projeto de intervenção para os utilizadores frequentes e muito frequentes do SUG do HGO.

3.4. População

A população em estudo é composta por todos os utentes que recorreram ao SUG do HGO no ano de 2016. Foi feita a sua divisão em 3 grupos distintos de acordo com o seu comportamento de utilização e tendo em conta as definições assumidas pela ACSS (Administração Central dos Serviços de Saúde), obtendo-se a seguinte divisão:

- utilizadores não frequentes (1-3 episódios/ano)
- utilizadores frequentes (4-10 episódios/ano)
- utilizadores muito frequentes (> 10 episódios/ano)

3.5. Fontes de dados e questões éticas

Para a realização deste estudo foram utilizadas 2 bases de dados. Uma cedida pelo serviço de informática do HGO em Excel® com informação referente a todos os episódios de urgência decorridos no período em estudo. Outra em SPSS® com informação relativa apenas aos utilizadores muito frequentes, obtida através de um instrumento de recolha de dados (quadro 1) (Anexo A) criado propositadamente para esse efeito, preenchido através do levantamento de informação disponível no processo eletrónico dos mesmos, nos programas ALERT® e SCLinic®.

Quadro 1: Instrumento de recolha de dados dos processos clínicos dos utilizadores muito frequentes (>10 episódios)

Número de identificação	
Data de consulta do processo	
Caracterização do doente	
Género	
Idade	
Habitação Onde vive	Casa Lar Instituição de Apoio Social Casa de Saúde Mental Sem Abrigo Desconhecido
Habitação Com quem vive	Cônjuge dependente Filhos Pais Outros familiares Cuidador Sozinho Institucionalizado Desconhecido
Habitação Condições de higiene	Boas Más Desconhecidas
Situação Profissional	Trabalhador Desempregado Baixa Médica Reformado
Estado de saúde	
Doenças crónicas	
Grau de dependência	Independente Parcialmente dependente Dependente
Queixas na triagem	
Problemas (não necessariamente de saúde) identificados nos diários clínicos	Problemas familiares Problemas psiquiátricos Problemas de alcoolismo Problemas de consumos de drogas Problemas monetários Incumprimento terapêutico Solidão/isolamento Fome e/ou sem abrigo Dependência de fármacos Fase terminal

	Sem problema identificado
Utilização de cuidados de saúde	
Nº de episódios de urgência em 2016	
Nº de episódios de urgência nos 4 anos anteriores	2012 2013 2014 2015
Nº de episódios de internamento	
Dias de internamento	
Nº de consultas em unidades de CSP	
Utilização de apoio social	
Referenciado à Assistente Social	
Tipo de apoio social	Apoio Domiciliário Centro de Dia Lar Instituição de Apoio Social (detalhado abaixo) Oferta de alimentos/refeições Nenhum Desconhecido
Instituição de apoio social atual	Centro de acolhimento Centro de Desintoxicação alcoólica Centro de Desintoxicação de drogas RNCCI Nenhuma Outras
Instituição de apoio social anterior	Centro de acolhimento Centro de Desintoxicação alcoólica Centro de Desintoxicação de drogas RNCCI Nenhuma Outras

Para garantir o cumprimento dos princípios éticos e das normas regulamentares correspondentes, o início do estudo foi precedido da obtenção de parecer favorável por parte da Comissão de Ética do HGO (Anexo B).

Ao longo de toda a investigação foram cumpridas as disposições éticas inerentes a estes tipos de estudo, garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados pessoais. Os resultados foram apresentados de modo a que nenhum dos participantes possa ser reconhecido por quem possa ler o relatório final da investigação.

É de referir ainda que este estudo não tem qualquer fim comercial ou lucrativo por parte do investigador, orientador ou instituição, mas sim fim académico e curricular.

3.6. Critérios de inclusão e exclusão

A base de dados cedida pelo serviço de informática do HGO tem um total de 97.038 episódios, dos quais 1395 não têm número de SNS associado, logo não é possível a identificação dos utilizadores a que correspondem. Sendo assim, os restantes 95.643 episódios foram realizados por 61.403 utilizadores devidamente identificados pelo SNS, sendo essa a amostra considerada.

Relativamente à base de dados com informação exclusiva dos utilizadores muito frequentes, nela foram excluídos aqueles que à data de consulta do processo tinham informação de óbito, obtendo-se um total de 134 utilizadores. Esta decisão foi tomada tendo em conta o investimento de tempo necessário à consulta pormenorizada de cada processo, optando-se por excluir aqueles utilizadores a quem não se poderá aplicar qualquer intervenção futura.

3.7. Variáveis

Para conseguir responder aos objetivos propostos, a informação disponível na base de dados cedida pelo HGO foi tratada também em Excel® de forma a obter as seguintes variáveis:

Tabela 1: Descrição das variáveis em estudo obtida através da análise da base de dados cedida pelo HGO

<i>Variável</i>	<i>Descrição</i>	<i>Valores</i>	<i>Tipo de Variável</i>
<i>Género</i>	Sexo dos utilizadores do SUG	-Feminino -Masculino	Qualitativa Nominal
<i>Idade</i>	Número de anos dos utilizadores do SUG	-	Quantitativa Numérica
<i>Idades em faixas etárias</i>	Número de anos dos utilizadores do SUG	18 aos 25 anos 26 aos 35 anos 36 aos 45 anos 46 aos 55 anos 56 aos 65 anos >65 anos	Quantitativa Ordinal

Nacionalidade	País em que nasceram os utilizadores do SUG	PORTUGAL, BRASIL,CABO VERDE, SAO TOME E PRINCIPE, ANGOLA, GUINE BISSAU, UCRANIA, MOCAMBIQUE, ROMENIA, CHINA, ESPANHA, PAQUISTAO, REPUBLICA DA MOLDOVA, FRANCA, NEPAL, ALEMANHA, BANGLADESH, BULGARIA, INDIA, ITALIA, HOLANDA, INGLATERRA, MARROCOS, RUSSIA, POLONIA, SENEGAL, REPUBLICA DA GUINE, CUBA, AFRICA DO SUL, ANDORRA, CANADA, FILIPINAS, REPUBLICA DOMINICANA, SUECIA, BELGICA, HUNGRIA, SUICA, AFGANISTAO, AUSTRALIA, BIELO RUSSIA, CONGO, EQUADOR, ESTADOS UNIDOS DA AMERICA, IRAO, LATVIA, LUXEMBURGO, VENEZUELA, ALBANIA, ARGELIA, AUSTRIA, BOLIVIA, COLOMBIA, CROACIA, DINAMARCA, FINLANDIA, GUATEMALA, IRAQUE, IRLANDA, KAZAKHISTAO, LITUANIA, NIGERIA, NORUEGA, PALAU, PERU, REPUBLICA CHECA, SAO PEDRO E MIQUELON, SERRA LEOA, SIRIA, TURQUIA, TAILANDI, TOGO, UGANDA, YEMEN DO SUL	Qualitativa Nominal
Motivos de Isenção de Taxas Moderadoras	Inibição da obrigação de pagar em dinheiro o valor simbólico associado aos cuidados de saúde que usufruiu no SUG.	Dadores benévolos de sangue; Dadores transplantados de órgãos; Militares com incapacidade; Grau de incapacidade superior a 60%; Dadores vivos de órgãos, células de medula óssea ou de células progenitoras hematopoiéticas; Insuf. Renais Cron., Diab., Hemof., Parkins., Tuberc., c/SIDA serop., Foro Onc., Param., Hansen,Eso., Esclero.; Pensionistas que recebam pensão inferior ao salário min. Nac., cônjuges e filhos menores dependentes; Insuficiência económica	Qualitativa Nominal
Óbitos	Ocorrência de óbito dos utilizadores do SUG no período de 1 de Janeiro de 206 até meados de Março de 2017.	- 2016 - 2017	Quantitativa Ordinal
Localidade	Freguesia de residência dos utilizadores d SUG	Freguesias	Qualitativa Nominal
Unidades de CSP	Unidades de Cuidados de Saúde Primários de referência dos utilizadores do SUG	ALAMEDA, ALHOS VEDROS, CHARNECA DA CAPARICA, CRUZ DE PAU, EXT CORROIOS1, MARGUEIRA, MARVILA, PENHA DE FRANCA, USF AMORA SAUDELVEL, USF CHARNECA DO SOL, USF COSTA DO MAR, USF COVA DA PIEDADE-CS C PIEDA, USF CSI SEIXAL, USF CUIDAR SAUD, USF FEIJO-CS COVA DA PIEDADE, USF FFMAIS-CS SEIXAL, USF MOINHO DE MARE, USF MONTE DA CAPARICA, USF PINHAL DE FRADES, USF POENTE, USF QUINTA DA ROSINHA, USF S JOAO DO PRAGAL-CS ALMADA, USF SERVIR SAUDE-CS, USF SOBREDA-CS COSTA CAPARICA, USF TORRE DA MARINHA, USF VISTA TEJO, STO. ANTONIO, OUTRAS	Qualitativa Nominal
Médico de Família	Médico de família atribuído ou não a cada utilizador do SUG	Com médico; Com médico, não sabe o nome; Desconhecido; Não inscrito no CS; Não sabe se tem; Sem médico.	Qualitativa Nominal

Afluência Mensal	Mês em que ocorreram os episódios de urgência de cada utilizador	Janeiro-Dezembro	Qualitativa Nominal
Hora de entrada no SUG	Horas em que ocorreram os episódios de urgência de cada utilizador	00h-23h	Qualitativa Nominal
Proveniência	Proveniência/origem de um utilizador para SUG	ARS/Centro de Saúde, Bloco, Clinicas Privadas, Consulta Externa, Cuidados Continuados, Decreto-Lei/Protoc. IML, Encaminhamento pela Saúde 24, Exterior, Hospital Dia, Hospital não pertence ao SNS, INEM, Lares, Outra proveniência, Outro Hospital, Psiquiatria de Ligação, SAP, Saúde Ocupacional, Serviço de Internamento, Unidade de Hemodiálise, Urgência.	Qualitativa Nominal
Triagem	Classificação dos episódios de urgência de cada utilizador, de acordo com o protocolo de Triagem de Manchester	Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde, Azul, em Branco	Qualitativa Nominal
Duração de Episódio	Tempo em dias decorrido entre a hora e data de inscrição no SUG e a hora e data de alta	<1 dia 1-5 dias 6-10dias > 11 dias	Quantitativa Ordinal
Diagnóstico por Episódio	Diagnósticos de alta de cada episódio dos utilizadores	De acordo com ICD10	Qualitativa Nominal
Encaminhamento após Alta	Encaminhamento/destino de um utilizador após ter alta de um episódio do SUG	Abandono, Alta administrativa, Alta Disciplinar, ARS/Centro de Saúde, Bloco Operatório, Companhias de seguros, Consulta externa, Cuidados Continuados Integrados, Exterior não referenciado, Falecido com autópsia, Falecido sem autópsia, Hospital Dia, Hospital não pertence ao SNS, Lares, Outro Hospital, Outros, Saída contra parecer médico, Serviço de internamento, Serviço domiciliário, Unidade de Cuidados Paliativos	Qualitativa Nominal

Com o objetivo de identificar quais os problemas dos utilizadores muito frequentes, não necessariamente relacionados com a sua saúde, mas que podem influenciar o seu comportamento de utilização do SUG (5º objetivo específico) os dados recolhidos com o instrumento apresentando no quadro 1 foram tratados em SPSS® de forma a obter-se as seguintes variáveis:

Tabela 2: Descrição das variáveis em estudo na base de dados SPSS®

<i>Variável</i>	<i>Descrição</i>	<i>Valores</i>	<i>Tipo de Variável</i>
Género	Sexo dos utilizadores muito frequentes do SUG	-Feminino -Masculino	Qualitativa Nominal
Idade	Número de anos dos utilizadores muito frequentes do SUG	-	Quantitativa Numérica
Local de Habitação	Onde habitam os utilizadores muito frequentes do SUG	1 = Casa 2 = Lar 3 = Instituição de Apoio Social 4 = Casa de Saúde Mental 5 = Sem Abrigo 6 = Desconhecido	Qualitativa Nominal
Com quem vive	Com quem vivem os utilizadores muito frequentes do SUG	1 = Cônjuge 2 = Filhos 3 = Pais 4 = Outros familiares 5 = Cuidador 6 = Sozinho 7 = Institucionalizado 8 = Desconhecido	Qualitativa Nominal
Condições Habitacionais	Quais as condições habitacionais dos utilizadores muito frequentes do SUG	1 = Boas 2 = Más 3 = Desconhecido	Qualitativa Nominal
Situação Profissional	Qual a situação profissional dos utilizadores muito frequentes do SUG	1 = Trabalhador 2 = Desempregado 3 = Baixa Médica 4 = Reformado	Qualitativa Nominal
Patologias Crónicas	Quais as patologias crónicas de cada utilizador muito frequente do SUG descritas nos seus diários clínicos	1=Neoplasia2=Depressão3=DPOC4=DiabeteMélitu 5=Hipertensão6=Dislipidemia7=PatologiaCardíaca /EAM,Arritmia,IC8=PatologiaNeurológica/AVC9=D emência10=DistúrbiosMentaisC/AlteraçãoDoComp ortamento11=Obesidade12=PatologiasRespiratóri asAlérgicas13=HTA14=PatologiaDosÓrgãos5Sentid os15=PatologiaUrinária/Algiação16=PatologiaOrt opédica17=PatologiaInfetocontagiosa18=Patologia Renal19=PatologiaTiroideia20=Asma21=Epilepsia2 2=PatologiaDaColuna23=PatologiaPulmonar24=An emiaOuOutrasDoençasDoSangue25=PatologiaPros tática26=PatologiaDoSistemaDigestivo27=Patologi aHepática28=ColonizaçãoPorMicroorganismoMultir resistente29=PatologiaOsteoarticular30=Patologia Degenerativa31=PatologiaDaPele32=LitíaseBiliar33 =Enxaqueca	Qualitativa Nominal
Grau de Dependência nas AVD's	Grau de dependência de cada utilizador muito frequência do SUG de acordo com a classificação utilizada pelos profissionais de	1 = Independente 2 = Parcialmente dependente 3 = Dependente	Qualitativa Nominal

Queixas na Triage	saúde nos seus diários clínicos Algoritmos da triagem de Manchester escolhidos em cada episódio de urgência dos utilizadores muito frequentes do SUG, de acordo com a sua queixa	Número de queixas por algoritmo de Triage de Manchester	Quantitativa Numérica
Problemas	Problemas (não necessariamente de saúde) identificados nos diários clínicos dos utilizadores muito frequentes do SUG, que podem contribuir para o seu comportamento de utilização excessiva	1 = Problemas familiares 2 = Problemas Psiquiátricos 3 = Problemas de Alcoolismo 4 = Problemas de Consumos de Drogas 5 = Problemas monetários 6 = Incumprimento terapêutico 7 = Solidão/isolamento 8 = Fome e/ou sem abrigo 9 = Dependência de fármacos 10 = Fase terminal 11 = Sem problema identificado	Qualitativa Nominal
Consultas CSP	Número de consultas dos utilizadores muito frequentes do SUG, nas unidades de CSP, no ano de 2016	-	Quantitativa Numérica
SUG_2016	Número de episódios de urgência dos utilizadores muito frequentes do SUG no ano de 2016	-	Quantitativa Numérica
SUG_2015	Número de episódios de urgência dos utilizadores muito frequentes do SUG no ano de 2015	-	Quantitativa Numérica
SUG_2014	Número de episódios de urgência dos utilizadores muito frequentes do SUG no ano de 2014	-	Quantitativa Numérica
SUG_2013	Número de episódios de urgência dos utilizadores muito frequentes do SUG no ano de 2013	-	Quantitativa Numérica

SUG_2012	Número de episódios de urgência dos utilizadores muito frequentes do SUG no ano de 2012	-	Quantitativa Numérica
Internamentos 2016_Episódios	Número de episódios de internamento dos utilizadores muito frequentes do SUG no ano de 2016	-	Quantitativa Numérica
Internamentos 2016_Dias	Número de dias de internamento dos utilizadores muito frequentes do SUG no ano de 2016	-	Quantitativa Numérica
Referenciação à Assistente Social	Registo em diário clínico de alguma referenciação de necessidade de apoio à assistente social dos utilizadores muito frequentes do SUG	1 = Sim 2 = Não	Qualitativa Nominal
Tipo de Apoio Social	Identificação do tipo de apoio associal aos utilizadores muito frequentes do SUG existente no ano de 2016	1 = Apoio Domiciliário 2 = Centro de Dia 3 = Lar 4 = Instituição de Apoio Social 5 = Nenhum 6 = Desconhecido	Qualitativa Nominal
Instituição Social_atual	Identificação da instituição de apoio social aos utilizadores muito frequentes do SUG, existente ao ano de 2016	1 = Centro de Acolhimento 2 = Centro de Desintoxicação Alcoólica 3 = Centro de Desintoxicação de Drogas 4 = RNCC 5 = Nenhuma	Qualitativa Nominal
Instituição Social_antecedente	Identificação da instituição de apoio social aos utilizadores muito frequentes do SUG, anterior ao ano de 2016	1 = Centro de Acolhimento 2 = Centro de Desintoxicação Alcoólica 3 = Centro de Desintoxicação de Drogas 4 = RNCC 5 = Nenhuma	Qualitativa Nominal

3.8. Análise dos dados

A análise dos dados recolhidos foi organizada de acordo com os objetivos definidos para este trabalho de investigação.

Para a caracterização demográfica e socioeconómica dos 3 grupos de utilizadores do SUG foi feita a análise estatística descritiva das variáveis “género”, “idade”, “nacionalidade”, “freguesias”, “óbitos” e “motivos de isenção de taxas moderadoras”, utilizando-se as respetivas frequências absolutas e relativas. Para a caracterização clínica dos 3 grupos de utilizadores do SUG foi feita a análise estatística descritiva da variável “diagnósticos de episódios”, também com as respetivas frequências absolutas e relativas.

Para a caracterização da utilização do SUG por parte dos 3 grupos de utilizadores foi feita a análise descritiva das variáveis “afluência mensal”, “hora de entrada no SUG” e “duração dos episódios de urgência”, com a respetiva determinação da média, mínimo e máximo, mediana, desvio padrão e coeficiente de variação. Para verificar se existem diferenças entre as médias dos 3 grupos para a variável “duração de episódio” foi utilizado o teste Anova. Ainda para o mesmo objetivo foi feita a análise estatística descritiva das variáveis “triagem de Manchester” e “proveniência” com as respetivas frequências absolutas e relativas e o cruzamento entre as mesmas.

Para a caracterização da utilização dos CSP por parte dos 3 grupos de utilizadores do SUG foi feita a análise estatística descritiva das variáveis “unidades de CSP” e “médico de família” com as respetivas frequências absolutas e relativas.

Tendo em vista o último objetivo deste trabalho de investigação, a identificação de problemas dos utilizadores muito frequentes, não necessariamente relacionados com a sua saúde, mas que podem influenciar o seu comportamento, foi feita a análise estatística com as respetivas frequências relativas das seguintes variáveis: “local de habitação”, “com quem vive”, “condições habitacionais”, “situação profissional”, “grau de dependência nas AVD’s”, “queixas na triagem”, “problemas”, “SUG_2012” a “SUG_2016”, “episódios de internamento”, “dias de internamento”, “referenciação à assistente social”, “tipo de apoio social”, “instituição social_atual” e “instituição social_antecedente”. Para correlacionar a variável “género” com as variáveis “patologias crónicas”, “consultas CSP”, “episódios de internamento” e “dias de internamento”, foi utilizado o teste de amostras independentes. Para correlacionar a variável “idade” com as variáveis “patologias crónicas”, “SUG_2016”, “consultas CSP”, “episódios de internamento” e “dias de internamento” foi utilizado o teste de correlação de Pearson. O mesmo teste de correlação foi utilizado para avaliar a associação entre a variável “SUG_2016” e as variáveis “patologias

crônicas”, “consultas CSP” e “episódios de internamento”. Para avaliar a associação existente entre as variáveis “problemas” e “género” foi utilizado o teste qui-quadrado.

No caso do estudo de correlação entre as variáveis “episódios de internamento” e “dias de internamento” e a variável “género”, foi verificado que as suas variâncias não são homogêneas, o que significa que um dos pressupostos do teste de amostras independentes falha, tendo sido testada essa correlação através de um teste não paramétrico (Mann-Whitney) (56).

A significância estatística foi definida para valores de p value < 0,05.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

Apresento em seguida os resultados obtidos após a análise estatística da base de dados em Excel® cedida pelo HGO, referente aos episódios de urgência geral do ano de 2016, e da base de dados em SPSS®, construída com a informação obtida na consulta dos processos clínicos dos utilizadores muito frequentes.

Este capítulo será dividido em 5 pontos distintos, de acordo com cada objetivo específico definido para este trabalho de investigação.

4.1. Caracterização demográfica e socioeconomicamente dos 3 grupos de utilizadores do SUG.

Tabela 3: Caracterização demográfica da amostra

	<i>Utilizadores Muito Frequentes</i>	%	<i>Utilizadores Frequentes</i>	%	<i>Utilizadores Não Frequentes</i>	%	<i>Total</i>	%
N SUG_2016_	2850	2,94%	16498	17%	76295	78,62%	95643	100%
N Utilizadores	169	0,28%	3283	5,35%	57951	94,38%	61403	100%
Género								
<i>Feminino</i>	74	44%	1829	55,71%	31955	55,14%	33858	55%
<i>Masculino</i>	95	56,21%	1454	44,29%	25996	44,86%	27545	45%
Idade em anos								
<i>18-25</i>	2	1,18%	190	5,79%	5334	9,2%	5526	9%
<i>26-35</i>	10	5,92%	252	7,68%	7674	13,24%	7936	13%
<i>36-45</i>	23	13,61%	320	9,75%	8651	14,93%	8994	15%
<i>46-55</i>	20	11,83%	365	11,12%	7893	13,62%	8278	13%
<i>56-65</i>	33	19,53%	383	11,67%	8173	14,10%	8589	14%
<i>>65</i>	81	47,93%	1773	54,01%	20226	34,90%	22080	36%
<i>Desvio Padrão</i>	17,98		20,57		21,66			
<i>Coefficiente de Variação</i>	0,28		0,33		0,40			
Nacionalidade								
<i>Portuguesa</i>	162	95,86%	3170	96,56%	54889	94,72%	58221	95%
<i>Outras Nacionalidades</i>	7	4,14%	113	3,44%	3062	5,28%	3062	5%
Freguesias								
<i>Almada</i>	32	18,93%	527	16,05%	5748	9,92%	6307	10,30%
<i>Laranjeiro e Feijó</i>	27	15,98%	365	11,12%	3151	5,44%	3543	5,80%

<i>Caparica e Trafaria</i>	22	13,02%	325	9,90%	2387	4,12%	2734	4%
<i>Amora</i>	15	8,88%	384	11,70%	6770	11,68%	7169	11,70%
<i>Corroios</i>	13	7,69%	351	10,69%	6488	11,20%	6852	11,20%
<i>Seixal</i>	16	9,47%	294	8,96%	3273	5,65%	3583	5,80%
<i>Outras</i>	44	26,03%	1037	31,58%	30134	52%	31215	51%

De acordo com a tabela 3, no ano de 2016 no SUG dos 95643 episódios com utilizadores identificados, 78,62% foram da responsabilidade dos utilizadores não frequentes, 17% dos utilizadores frequentes e 2,94% dos utilizadores muito frequentes, sendo que os utilizadores frequentes apenas representam 5,35% da amostra em estudo e os muito frequentes 0,28%.

Dos 61403 utilizadores da amostra, 55% são do sexo feminino e 45% do sexo masculino. Quando observando a sua distribuição por grupos de utilizadores, esta tendência inverte-se no caso dos utilizadores muito frequentes em que 44% destes utilizadores são do sexo feminino e 56,21% do sexo masculino.

Relativamente à idade verifica-se que os utilizadores do SUG do HGO no ano de 2016, tinham nesse ano idades compreendidas entre os 18 e os 106 anos. O grupo dos utilizadores muito frequentes tinham uma média de idades de 64 anos, sendo que o utilizador mais novo deste grupo tinha 19 anos e o mais velho 102. Existe uma grande dispersão nestes valores, havendo uma tendência crescente de aumento de utilizadores à medida que aumenta os valores das idades incluídas em cada intervalo. Verifica-se que 50% da distribuição fica a cima dos 65 anos, o que se traduz quando categorizada a variável por faixas etárias, apresentando o grupo com idades superiores a 65 a maior frequência relativa de utilizadores (47,93%). O desvio padrão é de aproximadamente 18 anos, ou seja, esta distribuição apresenta um coeficiente de variação de cerca de 28% em relação à média.

No grupo dos utilizadores frequentes, a média de idades é de 63 anos, tendo o utilizador mais novo 18 anos e o mais velho 104. Também neste grupo há uma grande dispersão nas idades e 50% dos utilizadores apresenta idades superiores a 67 anos. Tal como no grupo dos utilizadores muito frequentes, a tendência é aumentar o número de utilizadores à medida que aumenta o valor das idades de cada intervalo definido. O desvio padrão é de aproximadamente 21 anos, sendo o coeficiente de variação de superior ao do grupo descrito anteriormente (33%).

Analisando o grupo dos utilizadores não frequentes, observa-se que a média de idades era mais baixa que nos dois grupos anteriores (56 anos), tendo o utilizador mais novo 18 anos e o mais velho 106. Mantém-se a grande dispersão nos valores da variável em estudo, mas neste grupo a distribuição por idades já é mais homogénea, como se pode observar nos valores de frequências relativas dos intervalos de idades definidos, mantendo-se a categoria de idades superiores a 65 anos aquela com uma frequência consideravelmente mais elevada (34,9%). É então importante também destacar que 13,24% destes utilizadores têm idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos. A mediana é menor que nos grupos anteriores, traduzindo que 50% destes utilizadores tem idades superiores a 55 anos. O desvio padrão é de 22 anos e o coeficiente de variação de 40%, os mais elevados entre os 3 grupos, o que traduz uma maior variabilidade nas idades dos utilizadores deste grupo.

Quanto à nacionalidade dos utilizadores, o destaque evidente é da nacionalidade portuguesa, superior a 94% em todos os grupos.

Relativamente às localidades de residência da população em estudo, foi escolhida a variável freguesia, sendo que das 3 disponíveis na base de dados (Distrito, Concelho e Freguesia) é aquela que fornece informação mais aprofundada.

Relativamente aos utilizadores muito frequentes, 57,4% habita nas freguesias de Almada, Laranjeiro e Feijó, Caparica e Trafaria e Seixal. A maioria dos utilizadores frequentes (59,46%) habita nas freguesias de Almada, Amora, Laranjeiro e Feijó, Corroios e Caparica e Trafaria. Quanto à população de utilizadores não frequentes, já está mais distribuída, sendo que a maioria (52,6%) habita nas freguesias de Amora, Corroios, Almada, Seixal, Laranjeiro e Feijó, Charneca de Caparica e Sobreda e Caparica e Trafaria.

Tabela 4: Distribuição de frequência de óbitos por grupo de utilizadores, no período de Janeiro de 2016 a Março de 2017

<i>Óbitos/Ano</i>	<i>Utilizadores Muito Frequentes</i>			<i>Utilizadores Frequentes</i>			<i>Utilizadores Não Frequentes</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>%/ por TOTAL utilizadores</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>%/ por TOTAL utilizadores</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>%/ por TOTAL utilizadores</i>
2016	14	53,85%	8,28%	337	75,9%	10,27%	1933	81,05%	2,53%
2017	12	46,15%	7,10%	107	24,1%	3,26%	452	19,95%	0,59%
TOTAL	26	100%	15,38%	444	100%	13,52%	2385	100%	3,13%

Na tabela 4 estão apresentados os números de óbitos dos utilizadores que recorreram ao SUG do HGO no ano de 2016 até à data de entrega da base de dados para estudo, meados de Março do ano de 2017.

Assim sendo, pode afirmar-se que dos 61403 utilizadores identificados que recorreram a este serviço hospitalar no ano de 2016, 6404 (10,43%) morreram entre o dia 1 de Janeiro de 2016 e meados do mês de Março de 2017. Analisando por grupo de utilizadores tem-se que 15,38% dos 169 utilizadores muito frequentes e 13,52% dos 3283 utilizadores frequentes e 3,13% dos 76295 utilizadores não frequentes morreram no período supracitado.

Através da soma do número de óbitos dos utilizadores frequentes e muito frequentes (470 óbitos), obtém-se uma taxa de mortalidade de 136‰ para esta população.

Tabela 5: Distribuição de frequências das razões de isenção de taxas moderadoras por grupo de utilizadores

	Utilizadores muito frequentes		Utilizadores frequentes		Utilizadores não frequentes	
	N	%	N	%	N	%
Motivos de Isenção						
Insuficiência económica	55	32,54%	1081	32,93%	14354	24,77%
Grau de incapacidade superior a 60%	16	9,47%	217	6,61%	2432	4,20%
Dadores benévolos de sangue			20	0,61%	325	0,56%
Dadores transplantados de órgãos			3	0,09%	37	0,06%
Militares com incapacidade			2	0,06%	27	0,05%
Insuf. Renais Crón., Diabéticos, Hemof., Parkinson, Tuberc., c/SIDA serop., foro onc., param., hansen, esp., esclero.					10	0,02%
Dadores vivos de órgãos, de células de medula óssea ou de células progenitoras hematopoiéticas					5	0,01%
Pensionistas que recebam pensam inferior ao salário mínimo nacional, cônjuges e filhos menores dependentes.					3	0,01%
TOTAL de utilizadores isentos/grupo	71	42,01%	1323	40,30%	17193	29,67%
TOTAL DE UTILIZADORES ISENTOS	18587	30,27%				

Analisando a tabela 5 pode afirmar-se que 30,27% dos utilizadores que recorreram ao SUG do HGO no ano de 2016 são isentos de taxas moderadoras.

Do grupo dos utilizadores muito frequentes 42,01% não pagam taxas moderadoras, sendo apenas referidas 2 razões para tal, a insuficiência económica (32.54%), seguida do grau de incapacidade superior a 60% (9,47%).

Relativamente aos utilizadores frequentes, 40,3% são isentos de taxas moderadoras e a razão que se destaca é também a insuficiência económica (32,93%), seguida do grau de incapacidade superior a 60% (6,61%).

No caso dos utilizadores não frequentes a percentagem de utilizadores isentos é inferior aos dois grupos anteriormente referidos, 29,67%, mantendo-se como razão mais frequente a insuficiência económica (24,77%) seguida do grau de incapacidade superior a 60% (4,2%).

4.2. Caracterização clínica dos 3 grupos de utilizadores do SUG

Tabela 6: Distribuição de frequências dos diagnósticos dos episódios de urgência do grupo de utilizadores muito frequentes

<i>Diagnósticos de Episódios</i>	<i>Utilizadores Muito Frequentes</i>		<i>Utilizadores Frequentes</i>		<i>Utilizadores Não Frequentes</i>	
	N	%	N	%	N	%
LUMBAGO	95	3,33%	561	3,40%	2575	3,38%
DOR ABDOMINAL	74	2,60%	450	2,73%	2016	2,64%
INFECCAO DO TRACTO URINARIO, LOCAL NAO ESPECIFICADO	70	2,46%	444	2,69%	1987	2,60%
COLICA RENAL	64	2,25%	266	1,61%	1245	1,63%
TRAUMATISMO CRANEANO NAO ESPECIFICADO	60	2,11%	262	1,59%	1211	1,59%
DOR TORACICA	54	1,89%	320	1,94%	1457	1,91%
BRONQUITE AGUDA	47	1,65%	301	1,82%	1297	1,70%
OUTROS	2386	83,72%	13894	84,22%	64507	84,55%

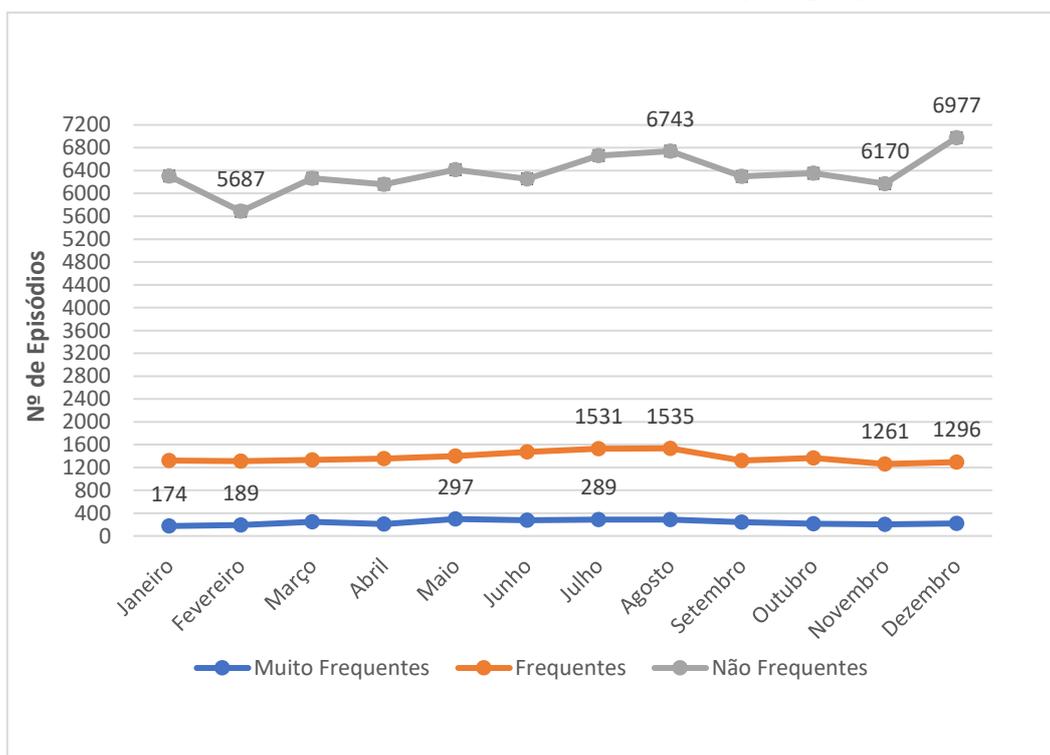
Na tabela 6 são apresentados os diagnósticos mais comuns dos episódios de urgência dos 3 grupos de utilizadores. Da sua observação conclui-se que a lumbago (3,33%), a dor abdominal (2,60%), a infeção do trato urinário (2,46%), a cólica renal (2,25%) e o traumatismo crânio-encefálico (2,11%) são os problemas de saúde que levam os utilizadores muito frequentes a recorrerem ao SUG um maior número de vezes. À semelhança destes resultados, também no grupo dos utilizadores frequentes se destacam os diagnósticos de lumbago (3,40%), dor abdominal (2,73%) e infeção do trato urinário (2,69%), e ainda, com maior frequência que no anterior, a dor torácica (1,94%) e a bronquite aguda (1,82%). Os diagnósticos mais comuns dos episódios dos utilizadores não frequentes são precisamente os mesmos identificados nos utilizadores frequentes: lumbago (3,38%), dor abdominal (2,64%), infeção do trato urinário (2,60%), dor torácica (1,91%) e bronquite aguda (1,70%).

4.3. Caracterização da utilização do SUG por parte dos 3 grupos de utilizadores

Tabela 7: Análise descritiva da distribuição da afluência mensal ao SUG por grupo de utilizadores

	Muito Frequentes	Frequentes	Não Frequentes
<i>Min</i>	174	1261	5687
<i>Max</i>	297	1535	6977
<i>Média</i>	237,5	1374,83	6357,91
<i>Dp</i>	40,14	87,39	313,3
<i>Co-V</i>	0,17	0,06	0,05

Gráfico 2: Distribuição da afluência mensal ao SUG por grupo de utilizadores



Como se pode observar no gráfico 2, foi nos meses de Maio (10,42%) e Julho (10,14%) de 2016 que se registou um maior número de episódios de urgência dos utilizadores muito frequentes e nos meses de Janeiro (6,11%) e Fevereiro (6,63%) um número menor. A dispersão da afluência destes utilizadores é considerável (tabela 7), sendo que o desvio padrão é de aproximadamente 40 episódios e o seu coeficiente de variação traduz uma diferença de 17% em relação à média de episódios mensais.

Relativamente à afluência dos utilizadores frequentes, foi nos meses de Julho (9,28%) e Agosto (9,30%) que esta foi mais elevada e foi nos meses de Novembro (7,64%) e Dezembro (7,86%) que a afluência foi menor. A dispersão da afluência destes utilizadores é bastante menor que no grupo dos utilizadores muito frequentes, pois apesar do seu desvio padrão ser superior, aproximadamente 87 episódios, a média de episódios é também muito superior (1374,83) e o coeficiente de variação muito menor (6%).

Quanto aos utilizadores não frequentes, estes recorreram ao SUG um maior número de vezes nos meses de Dezembro (9,14%) e Julho (8,20%) e um menor número nos meses de Fevereiro (7,45%) e Abril (8,08%). Este é o grupo que apresenta uma menor dispersão do número de episódios por mês, apresentando um desvio padrão de aproximadamente 313 episódios para uma média de 6357,91 episódios mensais, com um coeficiente de variação de apenas 5%.

Tabela 8: Caracterização dos episódios de urgência dos 3 grupos de utilizadores

	<i>Utilizadores muito frequentes</i>	<i>%</i>	<i>Utilizadores frequentes</i>	<i>%</i>	<i>Utilizadores não frequentes</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>%</i>	<i>P</i>
Hora de entrada no SUG									
00h-7h	441	15,47%	2007	12,17%	9382	12,3%	11830	12,37%	
8h-15h	1244	43,65%	8448	51,20%	37953	49,75%	47645	49,82%	
16h-23h	1165	40,88%	6043	36,63%	28960	37,96%	36168	37,82%	
Min	27 (5h00)		180 (4h00)		823 (5h00)		1048 (5h00)		
Max	194 (10h00)		1300 (10h00)		5522 (11h00)		6934 (10h00)		
Média	228		687,416666		3178,95833		3985,125		
Mediana	134,5		710,5		3588		4436,5		
Dp	51,4969659		363,344409		1625,55199		2035,5375		
Co-V	0,23		0,53		0,51		0,46		
Triagem de Manchester									
Vermelho	9	0,32%	117	0,71%	493	0,65%	619	0,65%	
Laranja	530	18,60%	2864	17,36%	10285	13,48%	13679	14,30%	
Amarelo	1021	35,82%	6825	41,37%	29375	38,50%	37221	38,92%	
Verde	1036	36,35%	5593	33,90%	31706	41,56%	38335	40,08%	
Azul	175	6,14%	576	3,49%	2364	3,10%	3115	3,26%	
Branco	79	2,77%	523	3,17%	2072	2,72%	2674	2,79%	
TOTAL	2850	100,00%	16498	100,00%	76295	100,00%	95643	100%	

Duração dos Episódios de Urgência	<0,001*							
<1 dia	2766	97,05%	16122	97,72%	75478	98,93%	94366	98,66%
1-5 dias	83	2,91%	369	2,4%	800	1,05%	1252	1,31%
6-10 dias	1	0,04%	5	0,03%	11	0,01%	17	0,02%
> 11 dias	0	0%	1	0,006%	5	0,01%	6	0,01%
Média	06:38:56		06:17:37		04:47:34			
Co-V	02:56:10		03:26:30		01:50:43			

*Teste ANOVA

De acordo com a tabela 8, pode afirmar-se que o horário em que se registou uma maior e menor afluência ao SUG do HGO no ano de 2016 foi no intervalo entre as 8h e as 15h e o intervalo entre as 00h e as 7h, respetivamente.

As horas a que os utilizadores muito frequentes recorreram ao SUG em menor e maior número segue a tendência da totalidade dos utilizadores, sendo o intervalo das 8h às 15h o mais utilizado e o intervalo das 00h às 7h o menos utilizado. Apesar disso, destaca-se o facto de serem estes utilizadores os que recorrem ao SUG em maior percentagem durante o período noturno (15,47%). O desvio padrão é de aproximadamente 52 episódios, valor significativo tendo em conta o valor da média de episódios (228), o que se traduz no seu coeficiente de variação de 23%.

Relativamente aos utilizadores frequentes, estes recorreram ao SUG em menor número no intervalo das 00h às 7h e em maior número das 8h às 15h. Neste grupo a dispersão dos episódios por hora é ainda superior ao anterior, apresentando um desvio padrão de aproximadamente 363 episódios e um coeficiente de variação de 53%. Em semelhança ao grupo dos utilizadores muito frequentes, durante o período noturno (00h-7h) a sua afluência é significativamente menor (apenas 12,17% dos episódios), sendo bastante mais elevada no período da manhã (8h-15h) (51,2%). Quanto aos utilizadores não frequentes, o horário de maior e menor afluência é o mesmo que nos grupos anteriores. A dispersão dos seus episódios por hora é também significativa, apresentando um desvio padrão de aproximadamente 2036 episódios e um coeficiente de variação de 51%.

Também da observação da tabela 8 conclui-se que nos grupos de utilizadores muito frequentes e utilizadores não frequentes a cor de triagem mais atribuída é a verde (pouco urgente), sendo de 36,35% e 41,56% respetivamente. A segunda cor mais atribuída a estes 2 grupos é a amarela (urgente), sendo de 35,82% e de 38,50% respetivamente.

No grupo dos utilizadores frequentes esta ordem está invertida, sendo estes utilizadores maioritariamente triados com a cor amarela (urgente) (41,37%), seguida da cor verde (pouco urgente) (3,49%).

Em todos os grupos, a cor menos atribuída é a vermelha (emergente), sendo a sua frequência relativa de 0,32% nos utilizadores muito frequentes, 0,71% nos utilizadores frequentes e de 0,65% nos utilizadores não frequentes.

Ainda de acordo com a tabela 8, pode afirmar-se que a grande maioria dos episódios de urgência dos utilizadores dos 3 grupos em estudo tiveram uma duração inferior a 24h00. Quando observados os episódios com duração entre 1 a 5 dias, é no grupo dos utilizadores muito frequentes que esta percentagem de episódios se destaca (2,91%), seguida dos utilizadores frequentes (2,4%). No caso do grupo de utilizadores muito frequentes o episódio com duração máxima registado encontra-se no intervalo entre os 6 e os 10 dias, sendo que nos grupos de utilizadores frequentes e não frequentes a duração máxima foi superior a 11 dias, sendo registados 1 e 5 episódios respetivamente. Apesar disso, é no grupo de utilizadores muito frequentes que a média de duração de episódios é superior (06:38:56), semelhante à média de duração de episódios dos utilizadores frequentes (06:17:37) e destacando-se da média de duração dos episódios dos não frequentes (04:47:34), significativamente inferior ($p < 0,001$).

Gráfico 3: Distribuição da frequência de locais de proveniência por grupo de utilizadores



Analisando o gráfico 3 pode afirmar-se que a grande maioria dos utilizadores do HGO dirigiu-se ao SUG vindo do exterior, isto é, pelos seus próprios meios sem qualquer encaminhamento clínico.

A segunda forma mais frequente de chegarem a este serviço, também comum aos 3 grupos em estudo, é através do encaminhamento do INEM, tendo essa proveniência uma frequência relativa de 35% no grupo dos utilizadores muito frequentes, 22% no grupo dos utilizadores frequente e de 15% no grupo dos utilizadores não frequentes.

Quadro 2: Distribuição de cores atribuídas pela triagem de Manchester, de acordo com a proveniência dos utilizadores frequentes e muito frequentes

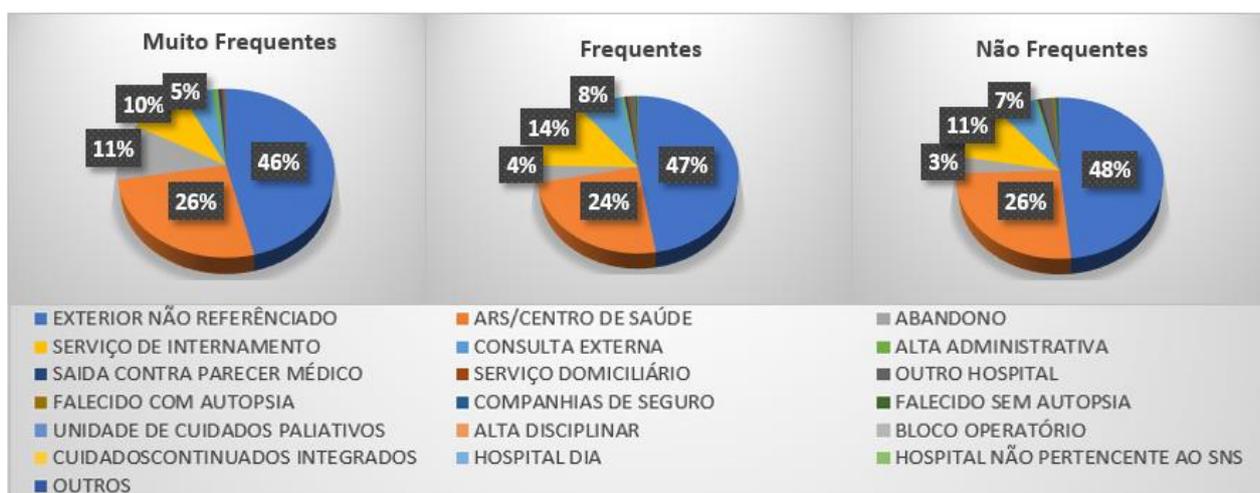
	Cores Triagem de Manchester	ARS/CENTRO DE SAUDE	%	ENCAMINHADO PELA LINHA SAUDE 24	%	EXTERIOR	%	INEM	%	OUTRAS PROVENIÊNCIAS	%	TOTAL	%
Utilizadores Frequentes	Vermelho	0	0	1	0	37	2	77	2	2	0	117	1
	Laranja	140	13	92	13	1497	14	1026	28	109	19	2864	17
	Amarelo	463	44	376	51	3997	38	1776	49	213	37	6825	41
	Verde	395	38	250	34	4151	39	680	19	117	20	5593	34
	Azul	43	4	12	2	461	4	53	1	7	1	576	3
	Branco	12	1	1	0	373	4	8	0	129	22	523	3
	TOTAL	1041	100	732	100	10516	100	3620	100	577	100	16498	100
Utilizadores Muito Frequentes	Vermelho	0	0	0	0	5	0	4	0	0	0	9	0
	Laranja	10	15	14	19	247	25	249	25	10	20	530	19
	Amarelo	30	45	35	47	540	32	390	40	26	52	1021	36
	Verde	26	39	25	33	678	41	299	43	8	16	1036	36
	Azul	43	4	1	1	129	8	41	4	4	8	175	6
	Branco	12	1	0	0	67	4	4	0	2	4	79	3
	TOTAL	121	181	75	100	1666	100	987	100	50	100	2850	100

Quanto à urgência dos episódios atribuída de acordo com a triagem de Manchester, no caso dos utilizadores frequentes, os que são encaminhados pelos centros de saúde são, na sua maioria, triados com a cor amarela (44%) e verde (38%). Os utilizadores frequentes encaminhados pela Linha Saúde 24 apresentam uma distribuição semelhante, sendo que 51% são triados com a cor amarela e 34% com a cor verde. Relativamente aos utilizadores que vêm do exterior sem encaminhamento profissional, na sua maioria também são triados com as cores verde (39%) e amarela (38%). Quanto aos utilizadores frequentes transportados

pelo INEM esta distribuição já se apresenta alterada, sendo as cores de triagem mais predominantes o amarelo (49%) e o laranja (28%).

Relativamente à urgência atribuída aos episódios dos utilizadores muito frequentes, a distribuição é semelhante à descrita anteriormente para o grupo dos utilizadores frequentes, mantendo-se o predomínio dos episódios triados como amarelos ou verdes, independentemente da sua proveniência. Neste grupo destaca-se a maior percentagem de utilizadores muito frequentes triados com a cor laranja, mais evidente nos utilizadores vindos do exterior pelos próprios meios ou trazidos pelo INEM.

Gráfico 4: Distribuição de frequências dos destinos após alta de cada episódio, por grupo de utilizadores



De acordo com o gráfico 4, o destino após alta mais frequente nos 3 grupos em estudo é o exterior não referenciado, ou seja, alta sem qualquer encaminhamento para observação clínica futura.

No que diz respeito aos utilizadores muito frequentes, além dos 46% que vão para o exterior não referenciados, muitos são encaminhados para o centro de saúde (26%), serviços de internamento (10%) e consultas externas (5%). Este grupo destaca-se por uma elevada taxa de abandono (11%), muito superior às taxas dos grupos de utilizadores frequentes (4%) e não frequentes (3%).

Relativamente ao grupo dos utilizadores frequentes, 47% tem alta para o exterior não referenciados, sendo o centro de saúde (24%), os serviços de internamento (14%) e as consultas externas (8%) os restantes destinos mais frequentes.

No grupo dos utilizadores não frequentes, além daqueles com alta para o exterior não referenciados (48%), os destinos associados a um maior número de episódios

são, tal como nos utilizadores frequentes, o centro de saúde (26%), os serviços de internamento (11%) e as consultas externas (67%).

4.4. Caracterização da utilização dos CSP por parte dos 3 grupos de utilizadores do SUG

Tabela 9: Distribuição de frequências das unidades de CSP de referência, por grupo de utilizadores

<i>Unidades de CSP</i>	<i>Utilizadores Muito Frequentes</i>	<i>%</i>	<i>Unidades de CSP</i>	<i>Utilizadores Frequentes</i>	<i>%</i>	<i>Unidades de CSP</i>	<i>Utilizadores Não Frequentes</i>	<i>%</i>
MARGUEIRA	21	12,4%	MARGUEIRA	377	11,5%	MARGUEIRA	4566	7,9%
STO. ANTONIO	21	12,4%	STO. ANTONIO	303	9,2%	STO. ANTONIO	3625	6,3%
USF CSI SEIXAL	13	7,7%	USF MONTE DA CAPARICA	230	7%	EXT CORROIOS1	3186	5,5%
USF COSTA DO MAR	11	6,5%	CHARNECA DA CAPARICA	190	5,8%	USF MONTE DA CAPARICA	3080	5,3%
USF COVA DA PIEDADE-CS C. DA PIEDADE	11	6,5%	USF COSTA DO MAR	188	5,7%	CHARNECA DA CAPARICA	2789	4,8%
USF S JOAO DO PRAGAL-CS ALMADA	10	5,9%	EXT CORROIOS1	185	5,6%	USF COSTA DO MAR	2457	4,2%
CRUZ DE PAU	9	5,3%	USF S JOAO DO PRAGAL-CS ALMADA	158	4,8%	USF AMORA SAUDEL	2362	4,1%
USF MONTE DA CAPARICA	9	5,3%	USF AMORA SAUDEL	141	4,3%	OUTRAS	31888	54,8%
CHARNECA DA CAPARICA	8	4,7%	USF FEIJO-CS COVA DA PIEDADE	136	4,1%	(em branco)	2411	4,2%
EXT CORROIOS1	7	4,1%	USF COVA DA PIEDADE-CS C PIEDADE	133	4,1%	TOTAL	57951	100%
USF FEIJO-CS COVA DA PIEDADE	7	4,1%	USF CSI SEIXAL	125	3,8%			
Outras	42	29,3%	USF SOBREDA-CS COSTA CAPARICA	119	3,6%			
TOTAL	169	100%	OUTRAS	1233	37,6%			
			(em branco)	9	0,3%			
			TOTAL	3283	100%			

Analisando a tabela 9 tem-se que a unidade de CSP de referência com maior número de utilizadores que recorreram ao SUG no ano de 2016 é a unidade da Margueira, visto que tem a maior percentagem de utilizadores nos 3 grupos em estudo.

No grupo dos utilizadores muito frequentes a unidade da Margueira e a unidade de Santo António são as que apresentam um maior número de utilizadores, pertencendo a cada uma delas 12,4% dos mesmos. As restantes unidades que merecem destaque e que somando com as anteriores abrangem metade dos

utilizadores muito frequentes (51,49%), são as USF´s CSI Seixal (7,69%), Costa do Mar (6,51%), Cova da Piedade – CS Cova da Piedade (6,51%) e a de São João do Pragal – CS Almada (5,92%).

No grupo dos utilizadores frequentes, seguida da unidade da Margueira à qual pertencem 11,48% destes utilizadores, está a unidade de Santo António com 9,23% dos utilizadores, a USF do Monte da Caparica com 7,01%, a unidade da Charneca da Caparica com 5,79% e a USF Costa do Mar com 5,73% destes utilizadores, abrangendo estas unidades 39,24% destes utilizadores.

Quanto ao grupo dos utilizadores não frequentes, o seu número já está mais distribuído pelas várias unidades existentes, sendo a unidade da Margueira responsável por 7,88% destes utilizadores, a unidade de Santo António por 6,26%, a extensão de Corroios 1 por 5,50% e a USF do Monte da Caparica por 5,31%.

Tabela 10: Distribuição de frequências da atribuição ou não de MF, por grupo de utilizadores

	<i>Muito Frequentes</i>	<i>%</i>	<i>Frequentes</i>	<i>%</i>	<i>Não Frequentes</i>	<i>%</i>	<i>P</i>
COM MÉDICO	108	63,91%	2038	62,08%	22877	39,48%	
COM MÉDICO_NÃO SABE O NOME	0	0,00%	0	0,00%	76	0,13%	
DESCONHECIDO	18	10,65%	491	14,96%	23302	40,21%	
NÃO INCRITO NO CS	0	0,00%	4	0,12%	30	0,05%	
NÃO SABE SE TEM	0	0,00%	33	1,01%	890	1,54%	
SEM MÉDICO	43	25,44%	717	21,84%	10776	18,60%	
TOTAL	169	100,00%	3283	100,00%	57951	100,00%	

De acordo com a tabela 10, a maioria dos utilizadores muito frequentes (63,91%) tem médico de família, tal como acontece no grupo dos utilizadores frequentes (62,08%).

Quanto ao grupo dos não frequentes, a percentagem de utilizadores com médico de família (39,48%) é superior há de utilizadores sem médico de família (18,60%), mas existe um grande número de utilizadores (40,21%) sem qualquer registo relativo ao facto de atribuição ou não de médico de família na base de dados cedida pelo HGO.

4.5. Identificação de problemas dos utilizadores muito frequentes, não necessariamente relacionados com a sua saúde, mas que podem influenciar o seu comportamento

Tabela 11: Caracterização da situação de habitação e profissional dos utilizadores muito frequentes

	<i>N</i>	%
Local de Habitação		
Casa	102	76,12%
Lar	3	2,24%
Instituição de Apoio Social	2	1,49%
Sem Abrigo	5	3,73%
Desconhecido	21	15,67%
Com quem vive		
Cônjuge/Companheiro(a)/Namorado(a)	45	33,6%
Filhos	12	9,0%
Pais	10	7,5%
Outros familiares	8	6,0%
Sozinho	25	18,7%
Institucionalizado	5	3,7%
Desconhecido	29	21,6%
Condições Habitacionais		
Boas	1	0,7%
Más	11	8,2%
Desconhecido	122	91%
Situação Profissional		
Trabalhador	16	11,9
Desempregado	26	19,4
Baixa Médica	4	3,0
Reformado	50	37,3
Desconhecido	38	28,4

De acordo com a tabela 11, a grande maioria dos utilizadores muito frequentes em estudo (76,12%) vive em casa. É de realçar que a segunda frequência relativa mais elevada é de 3,73% e refere-se aos utilizadores sem abrigo. Um grande número de utilizadores muito frequentes vive com o cônjuge/companheiro(a)/namorado(a) (33,6%), sendo que a segunda maior frequência relativa é referente aos utilizadores que vivem sozinhos (18,7%). Existe também um grande número de utilizadores (21,6%) em que não foi encontrada no processo clínico qualquer informação relativa

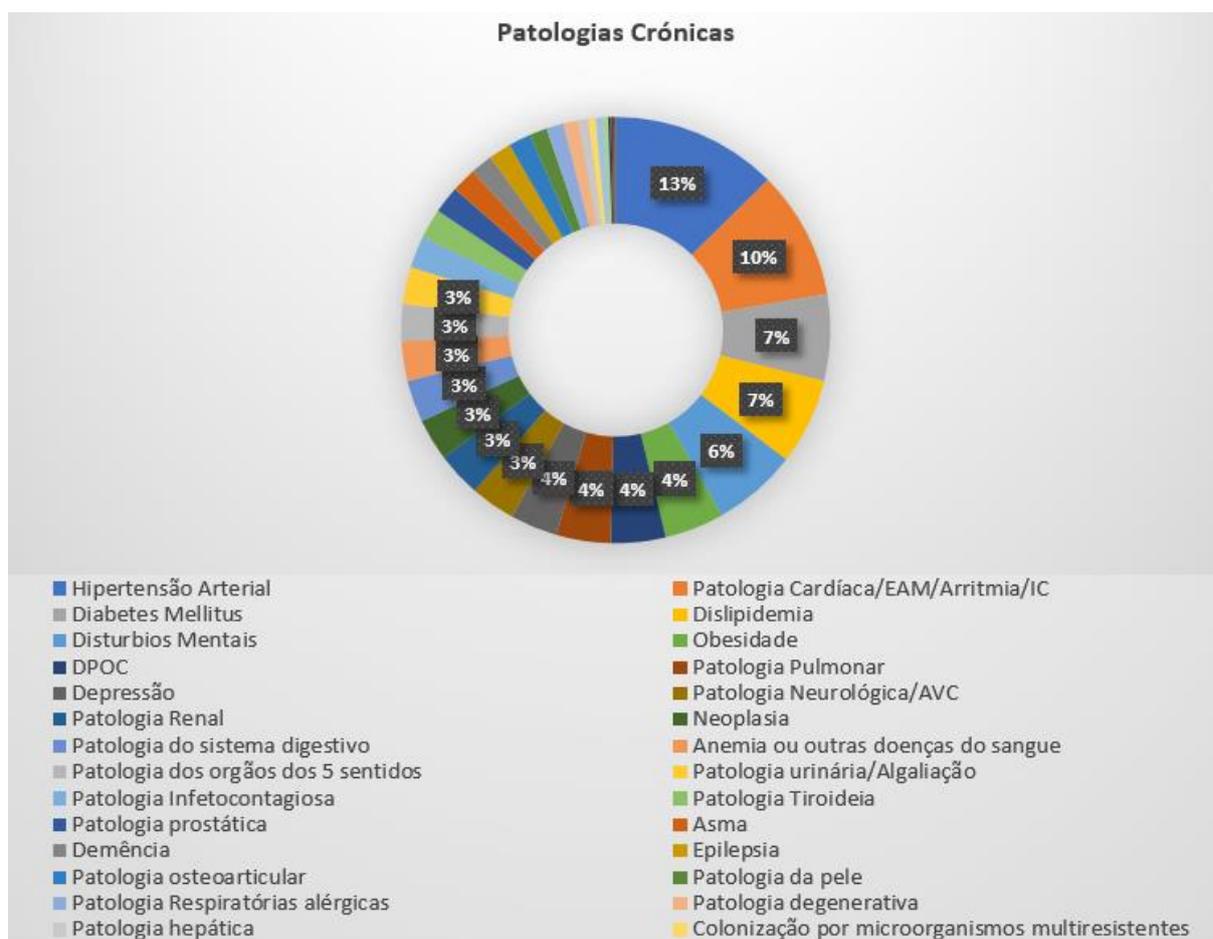
à sua companhia na habitação. É clara a falta de informação referente às condições habitacionais destes utilizadores (91%), havendo apenas um utilizador em que no seu processo clínico é feita referência às suas boas condições habitacionais e 11 às más. Nesta tabela é de realçar o facto de a maioria dos utilizadores muito frequentes não ter uma situação profissional ativa, sendo que 37,3% estavam reformados, 19,4% desempregados e 3% de baixa médica. Das situações conhecidas, apenas 11,9% destes utilizadores estava empregado no ano de 2016.

Tabela 12: Análise estatística do número de patologias crónicas por género de utilizador muito frequente

		<i>N</i>					
		<i>Género</i>	<i>N Género</i>	<i>Patologia</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>EP</i>
N Patologias							
		F	63	296	4,7	2,4	,302
		M	71	246	3,5	2,7	,324
							<0,05*
	<i>Idade</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>		
	19	102	60,3	18,2	19		
							0,5≤P<0,8
							**

*Teste de amostras independentes ** Teste de correlação de Pearson

Gráfico 5: Distribuição de frequências das patologias crônicas dos utilizadores muito frequentes



De acordo com a tabela 12, são os utilizadores muito frequentes do sexo feminino que têm um maior número de patologias crônicas, tendo em conta que a sua média é superior à do sexo masculino ($p < 0,05$).

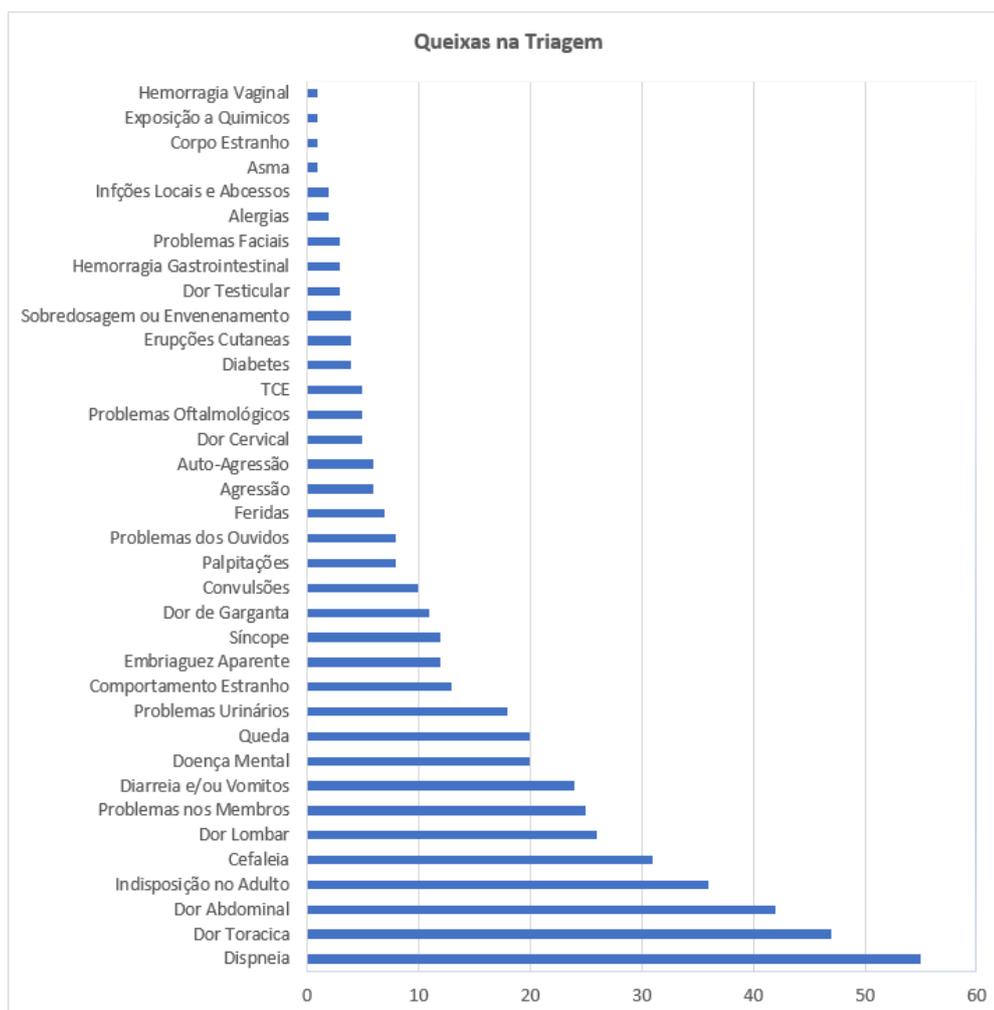
Para a correlação entre patologias crônicas e a idade obteve-se que $0,5 \leq p < 0,8$, concluindo-se que há correlação significativa entre o número de patologias crônicas e a idade dos utilizadores muito frequentes no ano de 2016, sendo que quanto mais velhos são os utilizadores, maior é o número de patologias crônicas diagnosticadas. De acordo com o gráfico 5, as patologias crônicas mais frequentes entre estes utilizadores são a hipertensão arterial (13%), as patologias cardíacas (10%), a diabetes mellitus (7%), a dislipidemia (7%) e os distúrbios mentais (6%).

Tabela 13: Distribuição de frequências do grau de dependência nas AVD's dos utilizadores muito frequentes

	<i>N</i>	%	% acumulativa
Independente	101	75,4%	75,4%
Parcialmente dependente	19	14,2%	89,6%
Dependente	14	10,4%	100%
Total	134	100%	

Observando os dados obtidos na tabela 13, tem-se que a grande maioria dos utilizadores muito frequentes (75,4%), de acordo com a avaliação dos profissionais de saúde que escreveram nos seus processos clínicos, eram no ano de 2016, independentes nas suas AVD's.

Gráfico 6: Distribuição de frequências das queixas na triagem dos utilizadores muito frequentes, de acordo com os algoritmos da triagem de Manchester atribuídas às mesmas



De acordo com o gráfico 6, os algoritmos da triagem de Manchester mais utilizados para definir as queixas dos utilizadores muito frequentes são os da dispneia (11,43%), da dor torácica (9,77%), dor abdominal (8,73%), indisposição no adulto (7,48%), cefaleia (6,44%), dor lombar (5,41%) e dos problemas nos membros (5,2%). Estes representam 54,46% das queixas destes utilizadores.

Tabela 14: Distribuição de frequências dos problemas identificados nos processos clínicos dos utilizadores muito frequentes no ano de 2016, por género.

	NO GRUPO		GÉNERO	
	N	%	F	M
PROBLEMAS FAMILIARES	38	28,36%	18,6%	16,0%
PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS	37	27,61%	21,6%	12,8%
PROBLEMAS DE ALCOOLISMO	23	17,16%	17,5%	15,2%
INCUMPRIMENTO TERAPÉUTICO	20	14,93%	10,3%	7,2%
PROBLEMAS MONETÁRIOS	19	14,18%	10,3%	8,0%
SOLIDÃO/ISOLAMENTO	17	12,69%	10,3%	5,6%
FALTA FREQUENTE A CONSULTAS AGENDADAS	14	10,45%	2,1%	4,0%
PROBLEMAS DE CONSUMO DE DROGAS	7	5,22%	4,3%	95,7%
DEPENDÊNCIA DE FÁRMACO(S)	6	4,48%	33,3%	66,7%
FOME E SEM ABRIGO	5	3,73%	1,0%	3,2%
SEM PROBLEMA IDENTIFICADO	36	26,87%	5,2%	7,2%
TOTAL	222		100%	100%
P			<0,05*	

* Teste Qui-Quadrado

Através da tabela 14 consegue-se identificar como problema mais comum nos processos clínicos dos utilizadores muito frequentes os problemas familiares (28,36%), seguindo-se os problemas psiquiátricos (27,61%) e de alcoolismo (17,16%). Dos 134 utilizadores muito frequentes em estudo, 36 (16,29%) não tinham qualquer informação no processo clínico que levasse à identificação de um dos problemas expostos na tabela 14. Da leitura da mesma tabela obtém-se que o valor de p obtido no teste qui-quadrado é <0,05, logo existe associação entre o género dos utilizadores e os seus respetivos problemas. O que pode afetar o comportamento de utilização de um maior número de mulheres utilizadoras muito frequentes do SUG são os problemas psiquiátricos (21,6%), os problemas familiares (18,6%) e os problemas relacionados com o álcool (17,5%). O que pode afetar o maior número de homens são os problemas relacionados com o consumo de drogas (95,7%), os problemas familiares (16%) e os problemas relacionados

com o consumo de álcool (15,2%). Destaca-se o facto de o problema de consumo de drogas ser quase inexistente nas mulheres (4,3%) e o mais comum entre os homens (95,7%).

Tabela 15: Distribuição de frequências de episódios de urgência dos utilizadores muito frequentes do ano de 2016, nos anos de 2012 a 2016

	<i>Episódios</i>	<i>0-3</i>	<i>4-10</i>	<i>>10</i>	<i>TOTAL</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Max</i>	<i>Min</i>	<i>P</i>
2012	N utilizadores	90	25	19	134					
	% utilizadores	67%	19%	14%	100%					
	N Episódios	79	155	287	521	4	5,6	31	0	
2013	N utilizadores	83	30	21	134					
	% utilizadores	62%	24%	15%	100%					
	N Episódios	80	185	426	691	5	7,8	42	0	
2014	N utilizadores	71	39	24	134					
	% utilizadores	53%	29%	18%	100%					
	N Episódios	70	244	464	778	6	7,8	42	0	
2015	N utilizadores	44	51	39	134					
	% utilizadores	33%	38%	29%	100%					
	N Episódios	56	336	893	1285	10	12,4	82	0	
2016	N utilizadores	0	0	134	134					
	% utilizadores	0	0	100%	100%					
	N Episódios	0	0	2400	2400	18	13,8	140	11	
	<i>Episódios/Idade</i>									-0,5<p≤-0,1*
	<i>Episódios/Patologias</i>									-0,1≤p<0*

* Teste de correlação de Pearson

Da tabela 15 obtém-se que para o mesmo grupo de utilizadores o comportamento de utilização foi variável de ano para ano. É claro o aumento anual do número de episódios de urgência pelos quais estes utilizadores foram responsáveis. A média de episódios por utilizador era em 2012 de aproximadamente 4 episódios, sendo este comportamento considerado não frequente de acordo com as definições já descritas anteriormente, e em 2016 de 18 episódios, comportamento de utilização muito frequente.

Através da leitura dos valores mínimos e máximos de episódios de urgência destes utilizadores registados ao longo destes anos, percebe-se que em todos os anos em estudo anteriores a 2016, há destes utilizadores que não recorreram ao SUG do HGO nenhuma vez e o número máximo de episódios de urgência da

responsabilidade de um mesmo utilizador cresceu de 31 no ano de 2012 para 140 no ano de 2016.

O desvio padrão também aumentou de ano para ano, traduzindo a crescente dispersão do número de episódios por utilizador entre os anos de 2012 e 2016.

Quando correlacionada a idade destes utilizadores com o número de episódios pelos quais foram responsáveis obteve-se que $-0,5 < p \leq -0,1$, logo conclui-se que há correlação negativa significativa entre a idade dos utilizadores muito frequentes no ano de 2016 e o respetivo número de episódios, sendo que quanto mais velhos são os utilizadores, menos são os seus episódios de urgência (apesar de somarem sempre mais de 10 episódios).

Quando correlacionado o número de patologias crónicas com o número de episódios destes utilizadores no ano de 2016 obteve-se que $-0,1 \leq p < 0$, logo conclui-se que não há correlação significativa entre o número de patologias crónicas e o número de episódios de urgência dos utilizadores muito frequentes, no ano de 2016.

Tabela 16: Análise descritiva da distribuição de consultas de CSP dos utilizadores muito frequentes do SUG em unidades de CSP, no ano de 2016, por género, idade e episódios de urgência no mesmo ano

<i>Consultas CSP</i>	<i>0-3</i>	<i>4-10</i>	<i>>10</i>	<i>Sem dados</i>	<i>TOTAL</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Max</i>	<i>Min</i>	<i>P</i>
N utilizadores	73	28	18	13	134					
% utilizadores	56%	21%	13,3%	9,7%	100%					
N Consultas	63	191	295		549	5	6,3	41	0	
Consultas/Género										$p < 0,05^*$
Consultas/Idade										$0 < p < 0,1^{**}$
Consultas/SUG_2016										$-0,1 < p < 0^{**}$

*Teste de amostras independentes ** Teste de correlação de Pearson

Analisando a tabela 16 obtém-se que dos 134 utilizadores muito frequentes da amostra, 13 não tinham qualquer registo relativo ao comportamento de utilização de unidades de CSP nos seus processos clínicos. Sendo assim sobram 121 utilizadores com o mínimo de consultas registadas de 0 e o máximo de 41, com uma média de 4,54 consultas por utilizador. Utilizando o teste de amostras independentes para correlacionar o número de consultas de CSP e o sexo dos utilizadores obteve-se que $p < 0,05$, logo não se rejeita H_0 , não havendo diferenças

estatísticas significativas entre os sexos relativamente ao número de consultas em unidades de CSP. Através do teste de Pearson ($0 < p < 0,1$) conclui-se que existe uma correlação significativa entre a idade dos utilizadores muito frequentes e o número de consultas em unidades de CSP, ou seja, quanto mais velhos os utilizadores, maior o número de consultas nas unidades de CSP pelas quais são responsáveis. Relativamente há relação entre o número de consultas em unidades de CSP e o número de episódios de urgência dos utilizadores muito frequentes, no ano de 2016, como $-0,1 < p < 0$ conclui-se que não há correlação significativa.

Tabela 17: Análise descritiva da distribuição de e dias de internamento dos utilizadores muito frequentes do SUG, no ano de 2016

		<i>Episódios Internamento</i>	<i>N utilizadores</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>P</i>
		0-3	113	84,3%			
		4-10	20	14,9%			
		>10	1	0,7%			
	TOTAL	199	134	100%	1,5	2	
Género	F	115	63	47%	1,8	1,2	
	M	84	71	53%	2,4	1,7	
							p>0,05*
Idade							0,1<p<0,5**
SUG_2016							-0,5<p<-0,1**
		<i>Dias de Internamento</i>	<i>N utilizadores</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>P</i>
		0-5	76	56,7%			
		6-10	11	8,2%			
		11-20	12	9%			
		21-30	6	4,5%			
		30-40	5	3,7%			
		>40	20	14,9%			
	TOTAL	1990	134	100%	15,3	25,5	
Género	F		19,5	29,4	19,47	29,38	
	M		11,8	21,4	11,86	21,45	
							p>0,05*
Idade							0,1<p<0,5**

*Teste de Mann-Whitney **Teste de Correlação de Pearson

Da tabela 17 obteve-se que a maioria dos utilizadores muito frequentes tiveram 0 a 3 episódios de internamento no ano de 2016 e apenas 1 utilizador teve mais de 10 internamentos nesse ano. Na sua maioria (56,7%) somaram 0 a 5 dias de internamento em 2016, havendo 20 utilizadores com mais de 40 dias de internamento, independentemente se estes foram em um ou mais episódios de internamento.

A média de internamentos é de aproximadamente 1,5 por utilizador e o número dos dias da totalidade dos mesmos é de aproximadamente 15 dias. Das correlações efetuadas obteve-se através do teste de Mann-Whitney que $p > 0,05$, concluindo-se que não há diferença significativa entre géneros, relativamente a estas duas variáveis. Relativamente à correlação com a idade, como $0,1 < p < 0,5$ para o número de internamentos e para a duração dos internamentos, conclui-se que existe uma correlação fraca mas positiva entre a idade e ambas as variáveis em estudo, ou seja, quanto mais velhos os utilizadores, mais e mais longos são os seus internamentos.

Da mesma tabela obtém-se que $-0,5 < p < -0,1$, logo existe uma relação fraca negativa entre o número de episódios de urgência dos utilizadores muito frequentes e o seu número de episódios de internamento.

Tabela 18: Distribuição de frequências relativas ao Apoio Social usufruído pelos utilizadores muito frequentes

<i>Apoio Social</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Referenciação	Sim	39	29,1%
	Não	95	70,9%
	Total	134	100,0%
Tipo de Apoio Social	Apoio Domiciliário	6	4,5%
	Centro de Dia	7	5,2%
	Lar	1	0,7%
	Instituição de Apoio Social	10	7,5%
	Oferta de alimentos/refeições	5	3,7%
	Nenhum	1	0,7%
	Desconhecido	104	77,6%
	Total	134	100,0%
Tipo de Instituição de Apoio Social Atual	Centro de acolhimento	4	3%
	Centro de Desintoxicação Alcoólica	3	2,2%

	RNCCI	2	1,5%
	Nenhuma	124	92,5%
	Outras	1	0,7%
	Total	134	100%
Tipo de Instituição de Apoio Social Antecedente	Centro de acolhimento	7	5,2%
	Centro de Desintoxicação Alcoólica	2	1,5%
	Centro de Desintoxicação de drogas	1	0,7%
	Nenhuma	124	92,5%
	Total	134	100%

Quanto à referenciação para a assistente social, segundo a tabela 18, dos 134 utilizadores muito frequentes em estudo, foram referenciados apenas 29,1%.

Nesta tabela tem-se que o apoio social mais comum entre os utilizadores muito frequentes do SUG é a instituição de apoio social (10 utilizadores) e o centro de dia (7 utilizadores). Na sua grande maioria (77,6%) não há qualquer referência a apoio social nos seus processos clínicos. Dos 10 utilizadores que usufruíam de instituições de apoio social no ano de 2016, 4 estavam em centros de acolhimento, 3 em centros de desintoxicação alcoólica, 2 internados numa das unidades da RNCCI e 1 numa instituição social não identificada no seu processo clínico.

Da consulta dos processos clínicos destes utilizadores obteve-se que a grande maioria (92,5%) nunca frequentou nenhuma instituição de apoio social e os que frequentaram foi maioritariamente centros de acolhimento (5,2%). Apenas 2 utilizadores frequentaram centros de desintoxicação de álcool e 1 um centro de desintoxicação de drogas.

CAPÍTULO V

5. DISCUSSÃO

Neste capítulo irá discutir-se os principais resultados obtidos, relacioná-los com os resultados dos estudos enunciados no capítulo 2 bem como enumerar as limitações deste estudo.

O número de utilizadores frequentes e muito frequentes do SUG do HGO no ano de 2016 representou 5,63% do total de utilizadores desse serviço e 19,94% do total de episódios de urgência registados. Estas prevalências são um pouco inferiores às encontradas noutros estudos como no de Leoporrati et al. (2016) (2), em que a população de utilizadores frequentes e muito frequentes representava 9,2% do total de utilizadores e 27% do total de episódios de, ou no estudo de Hunt et. al. (2005) (4) em que os utilizadores com 4 ou mais episódios de urgência representavam 8% da totalidade de utilizadores e 28% da totalidade de episódios. Já o estudo de Soril et. al (2016) (14) vai ao encontro dos valores encontrados neste trabalho de investigação, referindo que a população de utilizadores frequentes representava em média 5% do total dos utilizadores, responsáveis por 21% a 28% dos episódios de urgência.

Quando comparados estes dados com os publicados a nível nacional obtém-se que os utilizadores frequentes e muito frequentes SUG do HGO representam um número de episódios (19,94%) inferior à média nacional, que é de 27,9% (16). É de realçar que este último valor é referente a todos os serviços de urgência a nível nacional, incluindo os serviços de urgência pediátrica e ginecológica e obstétrica.

Quanto às características demográficas dos utilizadores em estudo, obteve-se que a diferença entre géneros é pouco relevante, sendo que no caso dos utilizadores muito frequentes a maioria é do sexo masculino, mas nos utilizadores frequentes a maioria é do sexo feminino, tal como já foi descrito em que vários estudos (4,16).

Relativamente à idade dos utilizadores frequentes e muito frequentes, é evidente a maioria dos utilizadores com mais de 65 anos em ambos os grupos, tal como descrito no estudo de Solril et al. (2016) (14) e ao contrário da maioria dos estudos referidos anteriormente, que defendem uma distribuição bimodal das idades destes utilizadores (6,16,28,30).

A grande maioria da amostra é de nacionalidade portuguesa, ao contrário do descrito noutros estudos em que os cidadãos estrangeiros são mais frequentes que os nativos (1,28), o que pode acontecer em populações em que essa maioria seja refletida pela população em geral. As suas áreas de residência pertencem aos concelhos de Almada e Seixal, também como esperado, sendo essa a área de abrangência do HGO. Dos utilizadores muito frequentes sabe-se que vivem maioritariamente em casa particular, com condições habitacionais desconhecidas, com o respetivo cônjuge/companheiro(a) ou sozinhos, e ainda que 3,73% são sem abrigo. Um dos motivos para o comportamento de hiper-utilização do SUG pode estar relacionado com o facto de viver sozinho ou ser indigente, tendo em conta que foi detetado no processo clínico de 7,69% dos utilizadores muito frequentes, maioritariamente do sexo feminino, o problema de solidão/isolamento.

A maioria destes utilizadores estão reformados, tal como esperado devido à predominância de idades >65 anos, ou desempregados. A elevada percentagem de desemprego sugere a existência de problemas económicos, confirmada por 19 dos 134 utilizadores muito frequentes cujos processos foram analisados, havendo 5 que passam fome ou são indigentes. Outra variável que contribui para esta avaliação é a isenção de taxas moderadoras, sendo comum aos utilizadores frequentes e muito frequentes o facto de aproximadamente 33% da amostra ser considerada isenta por insuficiência económica. Perante estes dados é levantada a outra causa para o comportamento de utilização destes dois grupos, a procura de abrigo e comida, já referida por Berchet (2015) (1). Ainda relacionado com a isenção de taxas moderadoras, somando todas as razões de isenção, obtém-se que 42,01% dos utilizadores muito frequentes e 40,3% dos frequentes não têm qualquer despesa associada à sua utilização do SUG, o que pode ser outro motivo para o seu comportamento de utilização frequente, tal como nos estudos de Althaus et al. (2011) (3) e Sun et al. (2003) (36).

No caso específico dos utilizadores muito frequentes, 29,1% foram referenciados à assistente social como utilizadores que necessitam de orientação/apoio social. Tendo em conta que em 73,13% dos mesmos utilizadores foram identificados problemas psicossociais, pode concluir-se que esta referenciação tem sido insuficiente.

Dos utilizadores referenciados, 21,6% tinham efetivamente algum apoio social no ano de 2016, o que sugere que 7,5% dos utilizadores muito frequentes com necessidade identificada de apoio social não obtiveram resposta, o que pode motivar a sua maior afluência ao SUG.

O grau de incapacidade superior a 60%, presente como a segunda razão de isenção mais frequente em ambos os grupos pode sugerir que os utilizadores frequentes e muito frequentes são pessoas mais doentes, tal como afirmado por Hunt et al. (2006) (4). Relativamente à avaliação do estado de saúde dos utilizadores frequentes e muito frequentes do SUG, o número de óbitos da amostra declarados até meados de Março de 2017 é também uma informação relevante, uma vez que foram declarados 26 óbitos em 169 utilizadores muito frequentes e 444 óbitos em 3283 utilizadores frequentes. Estes valores ganham uma maior significância quando comparados com o grupo dos utilizadores não frequentes em que o número de óbitos representa apenas 3,13% da amostra. Este facto corrobora as teses de Althaus et al.(2011) (3) e de Ruger et al. (2004) (12), que afirmam que estes utilizadores têm elevadas taxas de mortalidade, e de Hunt et al. (2006) (4) e de Leporatti et al. (2016) (2) que defendem que os utilizadores frequentes e muito frequentes têm uma saúde mais pobre, com múltiplas doenças crónicas.

Na amostra de 134 utilizadores muito frequentes, a média é de 4 patologias crónicas por utilizador. São os utilizadores do sexo feminino que apresentam um maior número de patologias crónicas, apresentando uma média de aproximadamente 5 patologias diagnosticadas por utilizadora, sendo que quanto mais velhos são os utilizadores, maior é o número de patologias crónicas diagnosticadas. Estes resultados vão ao encontro de duas das causas do comportamento de utilização frequente defendidas por vários autores, o crescimento e envelhecimento populacional consequente do aumento da esperança média de vida (1,6,19) e o resultante aumento da prevalência de doenças crónicas (1,3,6).

Os diagnósticos mais repetidos nos episódios dos utilizadores frequentes e muito frequentes ao SUG são semelhantes para os 3 grupos, destacando-se a dor lombar, dor abdominal e infeções do trato urinário, em consonância com os dados partilhados pela OCDE (1), em que a maioria dos episódios de urgência em Portugal se devem a doenças e não acidentes (traumatismos, quedas, etc.).

Quando comparados com os algoritmos definidos pelas queixas na triagem dos utilizadores muito frequentes, interessa acrescentar que aos 3 diagnósticos mais frequentes referidos anteriormente, se seguem nestes utilizadores a cólica renal, o traumatismo crânio-encefálico e dor torácica. Sendo os algoritmos mais comuns das queixas da triagem o da dispneia, da dor torácica, dor abdominal, indisposição no adulto, cefaleia e dor lombar, pode afirmar-se que as queixas na triagem nem sempre são coincidentes com o diagnóstico da alta. Isto pode acontecer por diversas razões como o utilizador não se exprimir corretamente em algum momento da avaliação de enfermagem ou médica, omitindo ou fugindo à verdade com alguma informação relevante, o utilizador ter algum problema de saúde que afeta a sua capacidade de comunicação (por ex. demência, alteração do estado de consciência) e o acompanhante só estar presente num dos momentos de avaliação (triagem ou observação médica), ou mesmo por interpretação menos correta de um dos profissionais de saúde avaliadores. Destaca-se a dispneia como queixa principal dos utilizadores muito frequentes, o que não se reflete nos seus diagnósticos, podendo apenas relacionar-se com dois deles entre os dez mais frequentes, a bronquite aguda e o transtorno generalizado de ansiedade, apesar de as suas frequências relativas serem muito inferiores.

A informação obtida relativa à proveniência dos utilizadores frequentes e muito frequentes pode sugerir alguma gravidade dos seus episódios, ao contrário do que foi sugerido pelo Ministério da Saúde no Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde 2015 (16). Isto porque apesar de 58,46% dos utilizadores muito frequentes e de 63,74% dos utilizadores frequentes recorrerem ao SUG pelos seus próprios meios sem qualquer encaminhamento clínico, 34,63% e 21,94% respetivamente, são levados pelo INEM, 2,63% e 4,44% são encaminhados pela Linha Saúde 24 e 2,35% e 6,38% após observação do médico de MGF numa unidade de CSP. Quando observadas as prioridades atribuídas a estes utilizadores pela triagem de Manchester, tem-se que 45,26% dos utilizadores muito frequentes e 40,56% dos utilizadores frequentes são triados com cor branca, azul e verde, indo de encontro aos dados do Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde 2015 (16). Mas estes dados perdem significado quando comparados com o grupo de utilizadores não frequentes, em que 47,38% também são triados com cor branca, azul e verde, acrescentando o facto de que o número de utilizadores triados

com prioridade muito urgente (laranja) ser crescente de acordo com o aumento da sua utilização, ou seja, são os utilizadores muito frequentes que têm uma maior percentagem de triagens de cor laranja, ao contrário da conclusão do estudo de Milbrett et al. (2009) (25) e dos dados publicados pela OCDE (1), nos quais quanto mais frequente é o utilizador, menos urgentes são os seus episódios.

Relativamente aos utilizadores muito frequentes, quando encaminhados para o SUG por profissionais de saúde dos Centros de Saúde ou da Linha Saúde 24, são maioritariamente triados com a cor amarela, apesar de a percentagem de episódios triados como verdes e azuis serem também consideráveis (39% e 35% respetivamente). Quando levados pelo INEM, ao contrário do esperado, 44% são triados com a cor verde, mas tal como esperado são os que apresentam uma maior percentagem de triagens de cor laranja ou vermelha.

Quando analisada a proveniência por cores de triagem dos utilizadores frequentes obteve-se que quando encaminhados por profissionais de saúde (Centros de Saúde, Linha Saúde 24 e INEM) aproximadamente 50% são triados com a cor amarela, mantendo-se uma considerável percentagem de episódios triados com a cor verde no caso dos encaminhamentos dos Centros de Saúde e Linha Saúde 24, e registando-se uma diminuição significativa de episódios triados como verdes no caso de utilizadores trazidos pelo INEM relativamente ao grupo descrito anteriormente. Ao contrário do que seria de esperar, tanto no grupo de utilizadores muito frequentes como nos frequentes, há utilizadores levados pelo INEM que são triados como não urgentes (cor azul). Estes factos põem em causa a pertinência dos encaminhamentos feitos pelos profissionais de saúde das instituições referidas, tornando-se evidente a necessidade de melhoria neste processo de forma a reduzir o número de episódios que se revelam pouco ou não urgentes, logo que poderiam provavelmente ser resolvidos noutras unidades de saúde que não o SUG.

Analisando os seus destinos após alta, tal como na sua proveniência, a maioria dos utilizadores tem alta sem qualquer encaminhamento para observação médica futura, sendo a maior taxa de internamento a dos utilizadores frequentes e a menor a dos utilizadores muito frequentes, não se podendo assumir com este facto que os episódios de urgência dos últimos têm menor gravidade, pois no caso, por exemplo de uma cólica renal (entre os diagnóstico mais comuns dos utilizadores muito frequentes), a avaliação correta na triagem de Manchester pode ser de muito

urgente associada à intensidade ou irradiação abdominal da dor, e o utilizador ter alta para o domicílio após a sua dor aliviada, sem necessidade de internamento. Na maioria dos estudos já abordados, não foi feita uma análise diferenciada entre utilizadores frequentes e muito frequentes, assumindo-se como utilizador frequente aquele com número de episódios ≥ 4 . Tendo isso em conta, a taxa de internamento destes utilizadores (23,89%) comparada com a dos utilizadores não frequentes (11,39%) é muito superior, tal como já tinha sido afirmado por Althaus et al.(2011) (3) e por Ruger et al. (2004) (12), e contribuindo mais uma vez para a tese de que os utilizadores frequentes e muito frequentes são mais doentes.

É de realçar o elevado número de episódios de abandono dos utilizadores muito frequentes (10,95%), facto já documentado por Berchet (2015) (1). Isto pode ocorrer devido a estes utilizadores terem um objetivo específico para a sua recorrência ao SUG (obter alimentos, abrigo ou fármacos) e ao alcançá-lo abandonam o serviço, ou não conseguindo alcançá-lo, abandonam o serviço para procura-lo em outro local.

Quando analisados os episódios de internamento dos 134 utilizadores muito frequentes estudados, obteve-se que a maioria esteve internado entre 0 a 3 vezes no ano de 2016. Apesar de nestes utilizadores a maioria ser do sexo masculino, é o sexo feminino que prevalece no número de internamentos. A média de internamentos de 1,5 por utilizador/ano com a duração média de 15 dias, o que vai novamente corroborar a tese de que estes utilizadores são pessoas mais doentes (2,4). Relacionado também com o estado de saúde dos utilizadores muito frequentes, está o seu grau de dependência nas AVD's, tendo-se obtido que na sua grande maioria são independentes.

É notório que a maioria dos problemas identificados nos processos clínicos destes doentes, que podem influenciar o seu comportamento de utilização do SUG, podem afetar ou estão relacionados com o seu estado de saúde (problemas psiquiátricos, de alcoolismo, de consumo de drogas, incumprimento terapêutica, falta frequente a consultas agendadas, dependência de fármacos e fome e sem abrigo). Entre estes, os problemas com maior prevalência entre os utilizadores muito frequentes são os problemas psiquiátricos, que afetam 27,61% destes utilizadores, maioritariamente do sexo feminino, tal como já haveria sido descrito em vários estudos (2–4,12,14,27). Este facto não é diretamente observado nas queixas da

triagem pois muitas vezes o algoritmo utilizado pelos enfermeiros triadores perante estes utilizadores não é o de doença mental. Isto acontece porque além de muitas vezes não conhecerem o utente nem este partilhar os seus antecedentes psiquiátricos, optam por outros algoritmos que acham mais adequados ao problema relacionado com a queixa do momento. Como exemplos pode referir-se a utilização do algoritmo da dispneia no caso de o utente ansioso queixar-se de sensação de “falta de ar”, ou o da sobredosagem e envenenamento no caso de tentativas de suicídio com medicação, ou o da auto agressão no caso da auto mutilação, etc. A deteção da elevada incidência deste problema é bastante relevante no caso específico do SUG do HGO, no qual se regista uma grande afluência de utentes, e em que o doente psiquiátrico acaba muitas vezes por não ter o acompanhamento mais adequado. Isto acontece devido a diversos fatores, como a falta de formação específica dos profissionais de saúde deste serviço em psiquiatria e a elevada exigência do serviço e a consequente falta de tempo dos seus profissionais para um acompanhamento destes doentes mais personalizado. A organização física do serviço, onde não há um local mais reservado/calmo e vigiado, onde estes doentes possam abstrair-se dos múltiplos estímulos de stress característicos de um serviço de urgência hospitalar, também contribui para o mal estar destes doentes, assim como o estigma que muitas vezes acompanha estes utilizadores no contexto de um SU onde, como o seu problema é mental, assume-se que não necessita de cuidados urgentes/emergentes e onde a especialidade médica de psiquiatria não está disponível diariamente a partir das 20h00 nem aos fins-de-semana. Nestas situações estes doentes têm que aguardar dentro do SUG pelo transporte para o hospital de referência com atendimento dessa especialidade, contribuindo tanto para o agravamento do *overcrowding* do SUG, visto que muitas vezes estão bastante agitados e até agressivos, como para o agravamento do seu estado de saúde, uma vez que se atrasa uma intervenção adequada até à observação de um especialista. Seria importante pensar-se numa solução para estes utilizadores, de forma a definir-se um local de atendimento mais adequado e seguro para os mesmos, a nível hospitalar ou da comunidade, contribuindo consequentemente para um melhor funcionamento do SUG.

Outros dos problemas detetados foram o alcoolismo, presente em 17,16% dos 134 utilizadores muito frequentes estudados, e a pobreza, tendo em conta que 33% da

amostra de utilizadores frequentes e muito frequentes foi considerada isenta de taxas moderadoras por insuficiência económica. Esta constatação vai ao encontro do que Marmot et al. (2008) (31) já haviam dito, que nas populações economicamente desfavorecidas há uma maior tendência para o consumo de álcool. Seguindo as tendências do século XXI, este problema afeta tanto o sexo feminino como o sexo masculino.

A insuficiência económica pode ainda ser relacionada com o problema de incumprimento terapêutico identificado em 14,93% dos processos dos utilizadores muito frequentes consultados, sendo que muitos deles alegam não comprar a terapêutica por não terem dinheiro suficiente.

Outro problema detetado nos processos clínicos dos utilizadores muito frequentes, que pode estar relacionado com o seu comportamento de hipertutilização do SUG foi a falta frequente a consultas agendadas, o que pode levar a um mau acompanhamento de patologias crónicas destes utentes, promovendo a sua descompensação e conseqüente frequente recorrência ao SU. A falta a consultas pode acontecer devido à negligência dos utilizadores muito frequentes com a sua própria saúde, recorrendo ao SUG com outros objetivos que não o da procura de cuidados de saúde.

Outro problema identificado foi o consumo de drogas presente em 5,22% destes utilizadores. Este problema já havia sido identificado por Leporatti et al. (2016) (2) e por Johnson et al. (2015) (27) nos seus trabalhos de investigação.

A dependência de fármacos também está incluída no conjunto de problemas descritos em 4,48% dos processos clínicos dos utilizadores muito frequentes. Este problema pode realmente ser a causa de muitos dos episódios destes utilizadores, uma vez que têm que recorrer ao SUG para satisfazer a sua necessidade de consumo. Relativamente a este problema específico, não foi encontrada qualquer referência na literatura.

Em 26,87% dos utilizadores muito frequentes não foi encontrado qualquer problema identificado nos seus processos clínicos, ou seja, são utilizadores em cujos processos clínicos apenas foi encontrada referência às suas doenças agudas e crónicas, sem menção a qualquer outro problema psicossocial. É neste grupo que se encontram os utilizadores que no ano em estudo tiveram alguma doença aguda

ou agravamento de doença crónica que os levou a adotar o comportamento de utilização muito frequente do SUG. Seria pertinente identificar estes casos quando o seu comportamento de utilização atingisse o considerado frequente (4 episódios/ano) (16), de forma a averiguar e satisfazer efetivamente as suas necessidades clínicas, encaminhando-os para os profissionais e contextos de prestação de cuidados mais adequados.

Quanto ao comportamento de utilização, ao contrário do que seria de esperar foi nos meses de verão que o SUG do HGO registou uma maior afluência, facto transversal aos utilizadores frequentes e muito frequentes. Estes dados podem ser importantes a nível da gestão deste serviço, de forma a alertar os seus gestores para que além dos planos de contingência associados à gripe já aplicados na altura do inverno, medidas também devem ser tomadas nos meses de verão.

As horas de afluência também são comuns aos 3 grupos, sendo o período noturno o de menor afluência e o período entre as 9h00 e as 19h00 o de maior afluência. São os utilizadores muito frequentes os que mais recorrem ao SUG à noite, facto que pode estar relacionado com alguns dos problemas destes utilizadores já identificados (fome/sem abrigo, solidão, dependência de fármacos, etc.). São também os utilizadores frequentes e muito frequentes que apresentam a média de duração de episódios mais longa, contrariamente ao que seria de esperar visto que de acordo com a literatura, os utilizadores frequentes tendem a realizar exames não laboratoriais com pouca frequência, não implicando a utilização de tecnologia sofisticada (7), o que poderia refletir-se na duração dos seus episódios.

Analisando a evolução anual do número de episódios de urgência dos 134 utilizadores muito frequentes em estudo, é notório o seu crescimento, decrescendo o número de utilizadores com zero episódios e aumentando o nível total de episódios de ano para ano. Isto significa que muitos dos utilizadores muito frequentes foram nos 4 anos anteriores ao ano em estudo utilizadores não frequentes e, por algum motivo, passaram a recorrer de forma constante a este serviço. Este achado vai ao encontro do afirmado por Johnson et al. (2015) (27) de que os utilizadores frequentes não têm um comportamento homogéneo ao longo dos anos, variando a sua utilização espontaneamente ao longo do tempo, sendo sensíveis a diferentes intervenções. Esta ideia vem reforçar a necessidade e

probabilidade de sucesso na implementação de estratégias direcionadas especificamente para os problemas identificados de cada utilizador.

Relativamente ao comportamento de utilização das unidades de CSP pelos mesmos utilizadores, verifica-se que a sua média foi de 5 consultas por utente, valor muito inferior à média de episódios de urgência dos mesmos utilizadores (39) mas ainda assim podendo ser considerada uma utilização frequente. Este achado vai ao encontro do descrito na literatura de que estes utilizadores são consumidores de outros recursos além dos disponibilizados no SUG (3,4) recorrendo às diferentes ofertas do sistema de saúde (4,28). Verifica-se ainda que a sua variação com a idade é inversa à variação observada na utilização do SUG, ou seja, no grupo de 134 utilizadores muito frequentes estudados, quanto mais velhos são os utentes maior é a sua afluência às unidades de CSP e menor o seu número de episódios de urgência. Este facto vai ao encontro do já constatado em vários países pertencentes à OCDE, em que frequentar o SU parece ser inversamente relacionado com o acesso às unidades de CSP (1).

Quanto às unidades de CSP a que estes utilizadores pertencem, destacam-se as unidades da Margueira e de Santo António como as mais frequentes entre os 3 grupos, podendo isto acontecer por serem talvez as unidades com um maior número de utentes inscritos. Pode também destacar-se a USF CSI Seixal, à qual pertencem 7,69% dos utilizadores muito frequentes e 3,81% dos utilizadores frequentes. Identificadas as unidades de CSP de referência de um maior número de utilizadores frequentes e muito frequentes do SUG, deveria começar-se por elas, em parceria com o GRHU do HGO responsável por esta problemática, a desenvolver e aplicar estratégias adequadas a cada um dos seus utilizadores, de forma a satisfazer as suas necessidades e a redefinir o seu circuito de procura de cuidados de saúde, sem que este passe pelo SUG. Outras unidades que também poderiam ser consideradas de intervenção prioritária seriam aquelas com uma pequena percentagem de utilizadores frequentes e muito frequentes mas com um elevado número de utentes inscritos, o que pode significar uma elevada probabilidade no sucesso das intervenções aplicadas.

A grande maioria dos utilizadores frequentes e muito frequentes tem médico de família atribuído, dado também já encontrado nos estudos de Sandoval et al. (2010) (41) e de Hunt et al. (2006) (4), corroborando a tese deste último de que

independentemente do número de episódios de urgência que cada indivíduo apresenta, a utilização dos SU está mais relacionada com o estado da saúde dos indivíduos e com a distribuição de cuidados do que com o facto de se ter ou não uma fonte de cuidados habitual ou um seguro de saúde (4).

Caracterizados os utilizadores frequentes e muito frequentes do SUG do HGO, interessa definir estratégias específicas para o desenvolvimento de respostas seguras e com qualidade que constituam alternativas a esse comportamento de utilização.

Como ponto de partida será crucial a criação de um mecanismo de identificação imediata destes utilizadores, de forma a que as intervenções dos profissionais responsáveis sejam o mais precoces possíveis. É importante encontrar um mecanismo simples e eficaz, talvez através do sistema de informação já implementado no serviço (ALERT®) que alerte os profissionais para o facto de um determinado utilizador já ter ultrapassado o número anual de episódios de urgência considerado normal (3 episódios). Poderá ser nomeado um profissional, que não necessariamente de saúde (por exemplo, informático), responsável pela identificação mensal/quinzenal destes utilizadores e respetivo encaminhamento para o grupo de profissionais responsáveis pela gestão desta problemática. No caso do HGO, como já foi referido anteriormente, este grupo já existe (GRHU).

A partir do momento em que um determinado utilizador seja identificado, caberá ao GRHU identificar as suas necessidades através da consulta do seu processo clínico e inclui-lo num determinado grupo de atuação. Tal como Johnson et al. (2015) (27) sugeriram, como base da estratégia de atuação para a resolução do problema dos utilizadores frequentes e muito frequentes deve estar a sua divisão em subgrupos, de acordo com as suas necessidades específicas de intervenção. Sendo assim, tendo em conta as características demográficas, clínicas, de utilização do SUG e de utilização dos CSP por parte destes utilizadores, os problemas identificados nos seus processos clínicos e as respetivas necessidades associadas, sugiro a seguinte divisão:

- Utilizadores com necessidades socioeconómicas
- Utilizadores com necessidades de apoio psiquiátrico
- Utilizadores com comportamentos de risco

- Utilizadores com necessidades de gestão familiar
- Utilizadores com necessidades de orientação clínica

Após a inclusão do utilizador num dos grupos anteriores, do qual fazem parte diferentes profissionais de saúde, deverá ser nomeado um deles com competências e experiência profissional nas áreas de atuação onde se incluem as suas necessidades do utilizador, que irá gerir a sua situação de saúde/doença durante o tempo necessário à sua mudança de comportamento e utilização adequada das diferentes ofertas de cuidados de saúde existentes na comunidade. Tal como sugerido por diversos trabalhos de investigação (1,3,6,14) este profissional será um Gestor de Caso e terá as seguintes funções (57):

- identificar as necessidades sentidas pelo utente/cuidador, assim como os recursos individuais, familiares e comunitários existentes, recorrendo a entrevistas de avaliação do utente e/ou cuidador, visitas domiciliárias, contactos intrainstitucionais incluindo as estruturas comunitárias.
- elaborar e negociar uma proposta de atuação com o utente, obtendo o seu consentimento para a sua execução. O utente, a família e/ou cuidadores, devem ser parceiros ativos na gestão integrada da situação clínica e social. (cidadania em saúde).
- dotar o cidadão dos conhecimentos necessários para a sua navegação pelo SNS, ajudando-o a conhecer melhor os serviços para uma utilização adequada e racional do SUG-HGO.
- dotar o cidadão dos conhecimentos necessários sobre os seus direitos, deveres e recursos disponíveis no âmbito económico e social. Fora do SNS, o gestor de caso deve disponibilizar conhecimentos facilitadores de intervenções estratégicas multisectoriais, possibilitando o acesso a apoios sociais e económicos que o cidadão desconhece.
- aumentar a educação e literacia em saúde incrementando estratégias de capacitação e empowerment do cidadão que minimizem a necessidade de acesso ao SUG e reduzam a procura inadequada dos serviços de saúde. (ex: autocuidado; cuidadores informais)

O plano de atuação deve ser elaborado de forma personalizada para cada utilizador, nela envolvendo o mesmo, a sua família, se for adequado, e todos os profissionais e/ou serviços pertinentes.

Para que estes planos sejam o mais adequados, oportunos e custo-efetivos possíveis é importante que as equipas de GC de cada grupo incluam profissionais com formação adequada à satisfação das necessidades específicas identificadas nos utilizadores frequentes. Sendo assim, de acordo com os grupos definidos anteriormente, sugiro a inclusão dos seguintes profissionais de saúde por grupos:

Tabela 19: Distribuição de Gestores de Caso por grupos de utilizadores, de acordo com a sua formação profissional

Grupo de Utilizadores	Formação dos Gestores de Caso
Utilizadores com necessidades socioeconómicas	Assistente Social Psicólogo Clínico
Utilizadores com necessidades de apoio psiquiátrico	Médico Psiquiatra Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica
Utilizadores com comportamentos de risco	Psicólogo Clínico com experiência na área de intervenção de comportamentos aditivos e nas dependências Médico de Medicina Geral e Familiar Enfermeiro com experiência na área de intervenção de comportamentos aditivos e nas dependências
Utilizadores com necessidades de gestão familiar	Terapeuta Familiar Assistente Social Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Utilizadores com necessidades de orientação clínica	Médico de Medicina Geral e Familiar Médico com experiência na área de Cuidados Paliativos Enfermeiro Generalista

Os profissionais destacados para os cinco grupos devem estar em permanente comunicação, e provavelmente irão existir utilizadores cujas necessidades podem ser incluídas em todos os grupos, podendo mesmo existir situações em que após

a definição do plano de atuação ou mesmo durante a sua aplicação, se conclua que existe outra necessidade primordial a resolver e o utente deve passar para outro grupo e ser-lhe atribuído um GC mais adequado.

Além deste circuito de referenciação-atuação a implementar no SUG, o GRHU deverá também intervir a nível das unidades de CSP identificadas como unidades de referência de um grande número de utilizadores frequentes e muito frequentes. Deverá investigar possíveis causas para tal facto e desenvolver e aplicar estratégias adequadas à sua resolução. Os utilizadores frequentes e muito frequentes pertencentes a unidades de CSP com muitos utentes e em que a sua prevalência é mínima poderiam ser consideradas de intervenção prioritária, pois provavelmente terão uma grande probabilidade de sucesso na mudança de comportamento, tendo em conta a taxa de sucesso do meio envolvente.

Paralelamente à atuação do GRHU do HGO e dos respetivos GC, devem ser revistos e melhorados os seguintes procedimentos:

- referenciação das unidades de saúde que encaminham utentes para SUG;
- gestão de doentes psiquiátricos que necessitam de atendimento urgente;

É importante ainda referir algumas limitações que surgiram ao longo deste estudo. O facto de se tratar de um estudo retrospectivo poderá implicar algumas limitações na recolha dos dados. Tratando-se de informação passada é necessário a existência de uma base que integre todos os dados, mas também a existência de rigor no preenchimento e na valorização de quem regista. Relativamente à recolha de dados dos processos clínicos dos utilizadores muito frequentes, o facto de muita informação ser obtida através de texto livre, escrito por diferentes profissionais de saúde, pode levar ao viés de informação. As variáveis onde esta limitação está presente é no “Grau de Dependência”, em que a sua classificação depende da avaliação direta de um profissional de saúde, podendo esta variar com os critérios de dependência de cada um, e a variável “Problemas” cuja definição ficou ao critério da investigadora de acordo com a sua interpretação do descrito nos processos clínicos dos utentes. Por último, o facto de os sistemas de informação poderem não estar atualizados, especificamente a Plataforma de Dados da Saúde (PDS) disponível no SClinico®, pode ter gerado informação menos correta para o estudo da variável “Consultas de CSP”.

Para estudos futuros seria importante a avaliação da aplicação das estratégias propostas neste trabalho de investigação, tanto a nível de mudança de comportamentos dos utilizadores submetidos às mesmas, como de impacto nos custos do serviço onde aplicadas, de forma a perceber-se a sua pertinência.

Seria também interessante definir uma estratégia de identificação de utilizadores frequentes e muito frequentes a nível das unidades de CSP, uma vez que, tal como em estudos anteriores (3,4,28) se concluiu neste estudo que estes utilizadores são consumidores de outros recursos além dos disponibilizados no SUG, recorrendo às diferentes ofertas do sistema de saúde. Atuando a nível do SUG e das unidades de CSP na identificação e definição de planos de atuação personalizados para cada utilizador, provavelmente a taxa de sucesso seria superior.

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSÃO

Neste estudo procurou-se caracterizar os utilizadores frequentes e muito frequentes que recorreram ao SUG do HGO no ano 2016, de forma a obter informação relevante relativa a esta população, que permitisse a sugestão de medidas específicas que contribuam para o desenvolvimento de respostas seguras e com qualidade que constituam alternativas a esse comportamento de utilização.

Esta necessidade surgiu perante o cenário de aumento significativo do número de episódios de urgência hospitalar a nível internacional, sendo a utilização dos SU em Portugal a mais elevada entre os países pertencentes à OCDE no ano de 2011. Também de acordo com a OCDE e com as estimativas nacionais, a utilização "evitável", "inapropriada" ou não urgente dos SU representa aproximadamente 32% da totalidade dos episódios de urgência no nosso país, muitos deles tendo como protagonistas os utilizadores frequentes destes serviços (1).

Considerando como utilizadores frequentes aqueles que recorreram ao SUG entre 4 a 10 vezes num ano e como muito frequentes os que recorreram mais de 10 vezes, e tendo como base a informação cedida pelo HGO e a recolha de dados realizada através da consultado dos processos clínicos dos utilizadores muito frequentes obteve-se que, o número de utilizadores frequentes e muito frequentes do SUG do HGO no ano de 2016 representou 5,63% do total de utilizadores desse serviço, responsáveis por 19,94% do total de episódios de urgência. A maioria destes utilizadores é de nacionalidade portuguesa, tem mais de 65 anos, estando em maior número reformados ou desempregados. Têm uma saúde pobre, com uma média de 4 patologias crónicas por utente e apresentam uma elevada taxa de mortalidade. Apesar de aproximadamente 40% dos episódios destes utilizadores serem triados como pouco ou não urgentes, também são eles que apresentam uma maior percentagem de episódios muito urgentes e uma maior taxa de internamento.

Especificamente no caso dos utilizadores muito frequentes, o seu comportamento de utilização foi variável de ano para ano (2012-2016), o que leva a crer que seja sensível a diferentes intervenções, e foi também frequente na utilização das unidades de CSP, sendo que na sua maioria têm médico de família atribuído. Nos seus processos clínicos foram identificados como problemas que podem influenciar o seu comportamento de utilização os seguintes: problemas psiquiátricos, de

alcoolismo, de consumo de drogas, incumprimento terapêutica, falta frequente a consultas agendadas, dependência de fármacos e ter fome ou não ter abrigo. Foram os problemas psiquiátricos os que apresentaram uma mais elevada taxa de prevalência entre os utilizadores estudados.

Identificadas as características e os problemas destes utilizadores interessa agora definir estratégias e aplicar planos de resolução. É crucial a criação de um mecanismo que permita a fácil e precoce identificação de um utente com comportamento frequente ou muito frequente e o seu encaminhamento para o GRHU. Os profissionais deste grupo devem fazer uma breve caracterização do utilizador e o levantamento das suas necessidades de forma a encaminhá-lo para o grupo de GC adequado. O GC nomeado para cada utilizador deverá, em conjunto com o mesmo, a respetiva família e outros profissionais e/ou serviços pertinentes, definir um plano de atuação que terá a duração necessária à sua mudança de comportamento e à sua utilização adequada das diferentes ofertas de cuidados de saúde existentes na comunidade.

Além do desenvolvimento deste circuito para os utilizadores frequentes e muito frequentes, seria importante rever os procedimentos de referenciação das unidades de saúde que encaminham utentes para SUG e definir um plano de gestão de doentes psiquiátricos que necessitam de atendimento urgente, alternativo à recorrência ao SUG.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. OECD Heal Work Pap. 2015;(83):49.
2. Leporatti L, Ameri M, Trincherro C, Orcamo P, Montefiori M. Targeting frequent users of emergency departments: Prominent risk factors and policy implications. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2016;120(5):462–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.005>
3. Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali WA, Daepfen JB, Peytremann-Bridevaux I, et al. Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: A systematic review. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2011;58(1):41–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.03.007>
4. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callaham ML. Characteristics of Frequent Users of Emergency Departments. *Ann Emerg Med*. 2006;48(1):1–8.
5. Centers for Disease Control and Prevention. 2011 National Hospital Ambulatory Medical Care Survey Emergency Department Factsheet. *Natl Hosp Ambul Med Care Surv*. 2011;32–3.
6. Boh C, Li H, Finkelstein E, Haaland B, Xin X, Yap S, et al. Factors Contributing to Inappropriate Visits of Frequent Attenders and Their Economic Effects at an Emergency Department in Singapore. *Acad Emerg Med*. 2015;22(9):1025–33.
7. Kumar GS, Klein R. Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: A systematic review. *J Emerg Med* [Internet]. 2013;44(3):717–29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.08.035>
8. Carriço M. Enchente nas urgências hospitalares. Porque é que isto se repete? E como se resolve? [Internet]. 2017 Jan; [Consultado a 13/04/2017] Disponível em: <http://observador.pt/especiais/enchente-nas-urgencias-hospitalares-porque-e-que-isto-se-repete-e-como-se-resolve/>
9. Oliveira T, Bento M, Gomes R. Caos nas Urgências esgota camas e macas

nos hospitais. Caos nas Urgências esgota camas e macas nos hospitais [Internet]. 2016 Nov; [Consultado a 13/04/2017] Disponível em: <http://www.cmjornal.pt/sociedade/detalhe/caos-nas-urgencias-esgota-camas-e-macas-nos-hospitais>

10. Leal A (TVI). Caos nas urgências: há «pessoas a gritar» e agressões a médicos. TVI24 [Internet]. 2015 Feb 5; [Consultado a 25 de Nov. 2016] Available from: <http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/camas-hospitais/condicoes-indignas-nas-urgencias-dos-hospitais-publicos>
11. Santos I (RTP), Andrade F (RTP), Freire S (RTP). Doentes e profissionais vivem dias de caos nas urgências públicas. RTP Notícias [Internet]. 2015 Jan 19; [Consultado a 25 de Nov. 2016] Available from: https://www.rtp.pt/noticias/pais/doentes-e-profissionais-vivem-dias-de-caos-nas-urgencias-publicas_v798123
12. Ruger JP, Richter CJ, Spitznagel EL, Lewis LM. Analysis of costs, length of stay, and utilization of emergency department services by frequent users: Implications for health policy. *Acad Emerg Med*. 2004;11(12):1311–7.
13. Carret M, Fassa A, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2007;7:131. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2034385&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
14. Soril LJJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. Characteristics of frequent users of the emergency department in the general adult population: A systematic review of international healthcare systems. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2016;120(5):452–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.006>
15. LaCalle E, Rabin E. Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2010;56(1):42–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.01.032>
16. Ministério da Saúde. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas (2015).

2016;(2015):100.

17. Patrick DL, Murray TP, Governor L, Bigby J, Morales D. Preventable/Avoidable Emergency Department Use in Massachusetts Fiscal Years Secretary Executive Office of Health and Human Services Division of Health Care Finance and Policy. 2010;(July):37. Available from: <http://archives.lib.state.ma.us/bitstream/handle/2452/50108/ocn663904300.pdf?sequence=5>
18. McWilliams A, Tapp H, Barker J, Dulin M. Cost Analysis of the Use of Emergency Departments for Primary Care Services in Charlotte, North Carolina. *N C Med J*. 2011;72(4):265–76.
19. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency Department Crowding, Part 1-Concept, Causes, and Moral Consequences. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2009;53(5):605–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.09.019>
20. Hong CS, Siegel AL, Ferris TG. Caring for high-need, high-cost patients: what makes for a successful care management program? Issue Brief (Commonw Fund) [Internet]. 2014;19(August):1–19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25115035> http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/issue-brief/2014/aug/1764_hong_caring_for_high_need_high_cost_patients_ccm_ib.pdf
21. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência. Direção Geral da Saúde. 2014;35.
22. Locker TE, Baston S, Mason SM, Nicholl J. Defining frequent use of an urban emergency department. *Emerg Med J*. 2007;24:398–401.
23. Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn M a. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Acad Emerg Med*. 2000;7(6):637–46.
24. Spillane LL, Lumb EW, Cobaugh DJ, Wilcox SR, Clark JS, Schneider SM. Frequent users of the emergency department: can we intervene? *Acad Emerg*

- Med. 1997;4(6):574–80.
25. Milbrett P, Halm M. Characteristics and Predictors of Frequent Utilization of Emergency Services. *J Emerg Nurs*. 2009;35(3):191–8.
 26. Gawande A. The Hot Spotters. *Medical Report* [Internet]. 2011 Jan 24; Available from: <http://www.newyorker.com/magazine/2011/01/24/the-hot-spotters>
 27. Johnson TL, Rinehart DJ, Durfee J, Brewer D, Batal H, Blum J, et al. For many patients who use large amounts of health care services, the need is intense yet temporary. *Health Aff*. 2015;34(8):1312–9.
 28. Cunningham A, Mautner D, Ku B, Scott K, LaNoue M. Frequent emergency department visitors are frequent primary care visitors and report unmet primary care needs. *J Eval Clin Pract*. 2016;23(3):567–73.
 29. Eurofound. Access to healthcare in times of crisis [Internet]. Publications Office of the European Union. Luxembourg; 2014. p. 79. Available from: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/int>
 30. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing [Internet]. OECD Publishing, editor. OECD Publishing. 2013. 170 p. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
 31. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* [Internet]. 2008;372(9650):1661–9. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/23460262%0AClosing>
 32. Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *J Polit Econ* [Internet]. 1972;80(2):223–55. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=5052415&lang=pt-br&site=eds-live&authtype=sso>
 33. Cutler DM, Lleras-Muney A. Understanding Differences in Health Behaviors by Education. *J Heal Econ* [Internet]. 2010;29(1):1–28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2824018/pdf/nihms156573.pdf>

34. Pereira S, E Silva AO, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of Emergency Department visits in a Portuguese University Hospital. *Ann Emerg Med*. 2001;37(6):580–6.
35. Razzak JA, Kellermann AL. Emergency medical care in developing countries : is it worthwhile ? *Policy Pract* [Internet]. 2002;80(1):900–6. Available from: [http://www.who.int/bulletin/archives/80\(11\)900.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(11)900.pdf)
36. Sun BC, Burstin HR, Brennan TA. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Acad Emerg Med*. 2003;10(4):320–8.
37. Malone RE. Heavy users of emergency services: Social construction of a policy problem. *Soc Sci Med*. 1995;40(4):469–77.
38. Redelmeier DA, Molin JP, Tibshirani RJ. A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *Lancet*. 1995;345(8958):1131–4.
39. Shumway M, Boccellari A, O'Brien K, Okin RL. Cost-effectiveness of clinical case management for ED frequent users: results of a randomized trial{star, open}. *Am J Emerg Med*. 2008;26(2):155–64.
40. Ovens HJ, Chan BTB. Heavy users of emergency services: A population-based review. *Cmaj*. 2001;165(8):1049–50.
41. Sandoval E, Smith S, Walter J, Schuman SAH, Olson MP, Striefler R, et al. A Comparison of Frequent and Infrequent Visitors to an Urban Emergency Department. *J Emerg Med*. 2010;38(2):115–21.
42. McCaig LF, Burt CW. National hospital ambulatory medical care survey: 2003 emergency department summary. *Adv Data*. 2005;358(358):1–38.
43. Wassmer RW, Winward L, Derlet RW. Does Counseling Reduce Frequent Emergency Department Use? 2008;1–35. Available from: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1093870
44. Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: A study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med*. 2003;41(3):309–18.

45. (Ministério da Saúde). Saúde 24 [Internet]. SNS. 2017. Available from: http://www.saude24.pt/PresentationLayer/home_00.aspx
46. Cooke M, Fisher J, Dale J, McLeod E. Reducing attendances and waits in emergency departments: a systematic review of present innovations. *Rev Lit Arts Am* [Internet]. 2004;(315):58–64. Available from: <http://wrap.warwick.ac.uk/134/%5Cnhttp://malah.warwick.ac.uk/134/>
47. Diário da República. Aprova os valores das taxas moderadoras previstas no artigo 2.º do Decreto -Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, bem como as respetivas regras de apuramento e cobrança. Portaria, N.º64-C/2016. N.º 63(76):76–7.
48. INE. Atendimentos em serviço de urgência (N.º) nos hospitais por Localização geográfica (NUTS - 2013) [Internet]. 2016. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008108&contexto=bd&selTab=tab2
49. Assembleia da República. Lei n.º 7-A/2016 - Orçamento de Estado 2016. Diário da República, 1ª série - N.º 62 30 Março [Internet]. 2016;(2). Available from: <https://dre.pt/application/file/73966317>
50. Bashshur RL, Shannon GW, Smith BR, Alverson DC, Antoniotti N, Barsan WG, et al. The empirical foundations of telemedicine interventions for chronic disease management. *Telemed J E Health* [Internet]. 2014;20(9):769–800. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4148063&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
51. Steventon A, Bardsley M, Billings J, Dixon J, Doll H, Beynon M, et al. Effect of telecare on use of health and social care services: Findings from the Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age Ageing*. 2013;42(4):501–8.
52. Carson D, Clay H, Stern R, Primary Care Foundation. Primary care and emergency departments. 2010;(March). Available from: http://www.primarycarefoundation.co.uk/images/PrimaryCareFoundation/Downloading_Reports/Reports_and_Articles/Primary_Care_and_Emergency_Departments/Primary_Care_and_Emergency_Departments_RELEASE.pdf

53. Wang M, Wild S, Hilfiker G, Chmiel C, Sidler P, Eichler K, et al. Hospital-integrated general practice: A promising way to manage walk-in patients in emergency departments. *J Eval Clin Pract.* 2014;20(1):20–6.
54. Van Uden CJT, Winkens RAG, Wesseling G, Fiolet HFBM, Van Schayck OCP, Crebolder HFJM. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: The Maastricht integrated out-of-hours service. *J Gen Intern Med.* 2005;20(7):612–7.
55. SNS. Hospital Garcia de Orta E.P.E. [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 10]. Available from: <http://www.hgo.pt/>
56. Pallant J. SPSS survival manual. *J Adv Nurs* [Internet]. 2007;36(3):478–478. Available from: <http://mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/0335208908.pdf>
57. HGO. Candidatura ao Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no SNS para 2017. 2017;1–4.

ANEXOS

ANEXO A - Tabela de extração de dados dos processos clínicos dos utilizadores muito frequentes (≥10 episódios)

**A Problemática dos Utilizadores Frequentes no Serviço de Urgência Geral:
caracterização e definição de estratégias**

Curso de Mestrado em Gestão da Saúde (2015/2017)

Sandra Catarina Cardoso Afonso

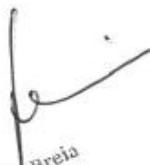
Número de identificação		
Data de consulta do processo		
Caracterização do doente		
Género		
Idade		
Habitação Onde vive	Casa Lar Instituição de Apoio Social Casa de Saúde Mental Sem Abrigo Desconhecido	
Habitação Com quem vive	Cônjuge dependente Filhos Pais Outros familiares Cuidador Sozinho Institucionalizado Desconhecido	
Habitação Condições de higiene	Boas Más Desconhecidas	
Situação Profissional		Trabalhador Desempregado Baixa Médica Reformado
Estado de saúde		
Doenças crónicas		
Grau de dependência		Independente Parcialmente dependente Dependente
Queixas na triagem		
Problemas detetados nos diários clínicos		Problemas familiares Problemas psiquiátricos Problemas de alcoolismo Problemas de consumos de drogas Problemas monetários

		Incumprimento terapêutico Solidão/isolamento Fome e/ou sem abrigo Dependência de fármacos Fase terminal Sem problema identificado
Utilização de cuidados de saúde		
Nº de episódios de urgência em 2016		
Nº de episódios de urgência nos 4 anos anteriores	2012 2013 2014 2015	
Nº de episódios de internamento em 2016		
Nº de dias de internamento em 2016		
Nº de consultas nas unidades de CSP		
Utilização de apoio social		
Referenciado à Assistente Social		
Tipo de apoio social	Apoio Domiciliário Centro de Dia Lar Instituição de Apoio Social (detalhado abaixo) Oferta de alimentos/refeições Nenhum Desconhecido	
Instituição de apoio social	Centro de acolhimento Centro de Desintoxicação alcoólica Centro de Desintoxicação de drogas RNCCI Nenhuma Outras	
Antecedentes de Apoio Social	Centro de acolhimento Centro de Desintoxicação alcoólica Centro de Desintoxicação de drogas RNCCI Nenhuma Outras	

ANEXO B – Autorização da Comissão de Ética

CA autwh 210.12.29

HGU
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
ACTA N.º 343
29/12/2016


Dra. Paula Breia
Diretora Clínica

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de
Administração do Hospital Garcia de Orta,
Dr. Daniel Ferro


Dr. Daniel Ferro
Presidente do Conselho
de Administração


Pedro Reis
Vogal do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização para estudo

Sandra Catarina Cardoso Afonso, Enfermeira no Serviço de Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta, vem por este meio pedir autorização para a realização e posterior publicação do estudo relativo à caracterização dos utilizadores frequentes do Serviço de Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta, no contexto do trabalho de investigação para obtenção do grau de Mestre de Gestão da Saúde, curso ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Em anexo segue o projeto do estudo.

Peço deferimento,

Almada, 5 de Dezembro de 2016



Comissão de Ética

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ÉTICA

Assunto: Parecer sobre o pedido de autorização para a realização do Projecto no âmbito do Mestrado em Enfermagem intitulado: "Caracterização dos utilizadores frequentes e muito frequentes de um Serviço de Urgência Geral Polivalente: estudo no Hospital Garcia de Orta". Nº 54/2016

O Estudo acima identificado, tem como **objectivo:**

- Caracterizar os utilizadores frequentes do serviço de Urgência Geral do HGO, EPE, no 2º semestre do ano 2015 e no 1º semestre do ano 2016.
- Trata-se de um trabalho de investigação a realizar por uma Aluna do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde da Escola nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Constam ainda do processo:

- **Identificação do responsável pelo trabalho.** Profissional de enfermagem deste hospital.
- **Designação do local de realização do mesmo – Serviço de Urgência Geral**
- **Garantia do anonimato e confidencialidade dos dados.**

Do ponto de vista ético não vemos qualquer obstáculo ao início do estudo.

A Comissão de Ética

Dra. Natália Dias
Data – 19-12-2016