

Doentes Não Urgentes no Serviço de Urgência de um Hospital Português: Motivos e Características de Utilização

Non-Urgent Patients in the Emergency Department at a Hospital in Portugal: Reasons and Characteristics of Use

Andreia GODINHO DE SOUSA ¹, César Alberto DOS SANTOS CARNEIRO ²
Acta Med Port 2025 Nov;38(11):708-717 • <https://doi.org/10.20344/amp.23644>

RESUMO

Introdução: O aumento da procura por serviços de urgência (SU) tem desafiado os sistemas de saúde, em grande parte devido à presença de doentes considerados não urgentes, representando 40,3% das admissões em Portugal.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal no SU do Hospital São Sebastião da Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga, durante cinco semanas, envolvendo doentes adultos. Os dados foram obtidos a partir de registos clínicos eletrónicos e inquéritos aplicados aos doentes no SU. O estudo visou identificar preditores de urgências desnecessárias, aplicando um modelo de regressão logística multivariada.

Resultados: Dos 10 333 doentes que recorreram ao SU, 12,3% foram classificados como não urgentes. Os principais motivos de procura do SU incluíram a autoperceção da gravidade dos sintomas, realização de exames ou tratamentos imediatos, proximidade do hospital e perceção de cuidados de maior qualidade. Fatores como a isenção de taxa moderadora (OR = 0,888), proximidade ao hospital (OR = 0,990), ter médico de família atribuído (OR = 0,190), conhecimento de consultas de doença aguda nos Cuidados de Saúde Primários (OR = 0,428) e da linha telefónica SNS24 (OR = 0,089) associaram-se a menores *odds* de urgências desnecessárias. Os doentes não urgentes recorreram mais ao SU em dias úteis (OR = 1,179) e de manhã (OR = 1,637). A probabilidade de um episódio ser não urgente foi 1,8% maior por cada ida adicional ao SU (OR = 1,018).

Conclusão: A procura inadequada do SU é influenciada por fatores socioeconómicos e comportamentais. A isenção de taxa moderadora esteve associada a uma menor probabilidade de urgências desnecessárias, questionando-se a eficácia deste copagamento como moderador da procura. Apesar da disponibilidade dos Cuidados de Saúde Primários, o SU foi preferido durante os dias úteis e no período da manhã. A associação entre o conhecimento sobre alternativas ao SU e a presença de médicos de família com uma menor probabilidade de urgências desnecessárias destaca a necessidade do aumento da literacia dos doentes e fortalecimento dos Cuidados de Saúde Primários.

Palavras-chave: Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Mau Uso de Serviços de Saúde; Portugal; Serviço de Urgência Hospitalar

ABSTRACT

Introduction: The increasing demand for emergency services has challenged healthcare systems, largely due to patients whose needs are not urgent, which account for 40.3% of admissions in Portugal.

Methods: A cross-sectional study was conducted over five weeks in the emergency room (ER) of São Sebastião Hospital, Local Health Unit of Entre Douro e Vouga, involving adult patients. Data collection included the review of electronic medical records and the implementation of patient surveys in the ER. The study aimed to identify predictors of non-urgent visits to the ER, using a logistic regression model.

Results: Of the 10 333 patients who visited the ER, 12.3% were classified as non-urgent. The main reasons for seeking the ER included self-perception of symptom severity, undergoing medical tests or immediate treatments, proximity to the hospital, and the perception of higher quality care. Factors such as exemption from co-payment (OR = 0.888), proximity to the hospital (OR = 0.990), having a family doctor (OR = 0.190), knowledge of acute consultations in primary care (OR = 0.428) and telephone line SNS24 (OR = 0.089) were associated with lower odds of unnecessary emergencies. Non-urgent patients were more likely to visit the ER on weekdays (OR = 1.179) and in the morning (OR = 1.637). The probability of a non-urgent episode was 1.8% higher for each additional visit to the ER (OR = 1.018).

Conclusion: Inappropriate use of the ER is influenced by socioeconomic and behavioral factors. The exemption from co-payment was associated with a lower probability of unnecessary emergencies, raising questions about the effectiveness of this co-payment as a moderator of demand. Despite the availability of primary care, the ER was preferred during weekdays and in the morning. The association between awareness of alternatives to the ER and the presence of a family doctor with a lower probability of unnecessary emergencies highlights the need to improve patient health literacy and strengthen primary healthcare services.

Keywords: Emergency Service, Hospital; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Health Services Accessibility; Health Services Misuse; Portugal; Primary Health Care

1. Unidade de Saúde Familiar Famílias. Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga. Santa Maria da Feira. Portugal.

2. Faculdade de Economia. Universidade do Porto. Porto. Portugal.

✉ Autor correspondente: Andreia Godinho de Sousa. andreiagmfdrive@gmail.com

Recebido/Received: 06/07/2025 - Aceite/Accepted: 02/09/2025 - Publicado Online/Published Online: 06/10/2025 - Publicado/Published: 03/11/2025
Copyright © Ordem dos Médicos 2025



KEY MESSAGES

- O estudo confirma a persistência de doentes não urgentes no SU, revelando padrões de procura desajustados face à gravidade clínica.
- A procura inadequada foi mais frequente em dias úteis e de manhã, sendo menos comum entre doentes com conhecimento de alternativas ao SU.
- Os principais motivos de escolha do SU foram a perceção de gravidade, a realização de exames e a indisponibilidade dos CSP.
- O projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” demonstrou impacto positivo, com redução de episódios não urgentes e aceitação pelos doentes.
- A realização do estudo num único hospital, num período limitado e com viés de seleção condiciona a generalização dos resultados.

INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência (SU) providenciam atendimento imediato em situações clínicas agudas, mas a sua procura tem aumentado por doentes que não requerem tratamento urgente. Em 2024, 40,3% das admissões nos SU dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) portugueses eram não urgentes. Em comparação, a Unidade Local de Saúde (ULS) Entre Douro e Vouga (EDV) apresentou uma taxa inferior, com 30,8% dos episódios classificados como desnecessários.¹ Este padrão de utilização tem contribuído para a elevação do número de episódios de urgência, tornando-se um fardo significativo para a saúde pública.^{2,3} Estes doentes têm sido associados negativamente a “*crowding, costs, and continuity of care*” – os três Cs.⁴ Esta procura excessiva afeta negativamente a qualidade dos cuidados, pondo em risco a segurança do doente, devido ao aumento da morbilidade, mortalidade e tempo de espera para diagnóstico e tratamento.^{3,5} A satisfação de doentes e equipas de urgência é igualmente afetada, resultando em sobrecarga, fadiga, menor adesão a normas clínicas, e, consequentemente, piores desfechos clínicos. Os longos períodos de espera provocam, muitas vezes, abandono do SU sem avaliação médica e perda de tempo laboral.^{4,6} A utilização inadequada destes serviços dificulta o acesso a casos verdadeiramente urgentes, reduz a prontidão de resposta, compromete a qualidade assistencial e aumenta os custos, uma vez que os episódios de urgência são mais dispendiosos do que as consultas dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).⁶ No contexto de SU, os doentes são medicados para alívio sintomático, mas nem sempre recebem medicação a longo prazo ou os resultados dos exames realizados, comprometendo o seu seguimento.^{3,7} Este é assegurado pelos CSP, cuja relação médico-doente favorece a adesão terapêutica, reduzindo a utilização inadequada do SU, hospitalizações e exames desnecessários.⁷

A análise das características sociodemográficas dos utilizadores do SU e dos seus comportamentos revela pa-

drões complexos. Estudos indicam prevalência de idas inadequadas por mulheres, pessoas mais jovens e pessoas sem referência prévia.^{2,4} Entre os motivos mais frequentes, destacam-se as queixas músculo-esqueléticas.⁸ Uma revisão sistemática identificou vários fatores associados ao aumento da procura do SU, como a autoperceção de gravidade, desconhecimento de serviços alternativos, insatisfação com o médico de família (MF), acessibilidade, conveniência e satisfação com este serviço.⁹ O reconhecimento da urgência como o local mais adequado é devido à boa acessibilidade e rapidez de atendimento¹⁰; flexibilidade de horários, sem necessidade de marcação, disponibilidade de 24 horas por dia, sete dias por semana; satisfação com o serviço prestado e expectativas negativas em relação aos CSP.^{2,3} Destaca-se, também, a realização de métodos complementares de diagnóstico no próprio dia,^{2,8,11} bem como a elevada autoperceção de gravidade.¹¹

Diversas estratégias têm sido adotadas para mitigar o uso inadequado do SU, incluindo algoritmos digitais, melhoria na acessibilidade ao MF, educação para a saúde, exigência de referência para aceder ao SU e isenção de taxas moderadoras ou copagamento.² O projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” surge como mais uma destas estratégias, promovendo o contacto prévio com o SNS24, onde é realizada a triagem telefónica. O seu principal objetivo é reduzir o recurso inapropriado ao SU, encaminhando os utentes para o nível de cuidados mais adequado à sua situação clínica.¹²

Este estudo tem como objetivo principal identificar os determinantes de procura do SU em situações não urgentes. Pretende-se ainda caracterizar o perfil sociodemográfico dos doentes, identificar os principais motivos de admissão e *outcomes* clínicos mais frequentes, visando compreender os padrões de utilização do SU. Adicionalmente, avaliar o impacto e perceção dos doentes relativamente ao projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal no SU geral do Hospital São Sebastião (HSS), pertencente à ULS EDV. O período de estudo decorreu entre 3 de maio e 9 de junho de 2024. A população-alvo incluiu indivíduos adultos (≥ 18 anos) que recorreram ao SU nesse período.

Seleção, fonte e colheita de dados

Os doentes triados com a cor verde, azul e branca, segundo a triagem de Manchester,¹³ foram classificados como “não urgentes” e, portanto, urgências desnecessárias. Os doentes urgentes corresponderam às cores amarela, laranja e vermelha. Realizou-se uma análise global de todos os doentes que acederam ao SU, com base em dados anonimizados cedidos pela ULS. Posteriormente, aplicou-se um inquérito aos doentes para recolher informação adicional sobre o episódio, motivos de preferência do SU e perceção do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, ausentes na base de dados hospitalar. Para definir a estratégia de implementação dos inquéritos, foi analisado o percurso do doente no SU, através do *Gemba walk* [metodologia do *lean management* que consiste em observar diretamente, no local onde o trabalho ocorre (“*gemba*”), os fluxos, interações e processos, de modo a compreendê-los na prática e identificar oportunidades de melhoria. Neste estudo, o *Gemba walk* foi aplicado para acompanhar o percurso real do doente no serviço de urgência, permitindo mapear etapas críticas e definir a entrega dos questionários] (Fig. 1).¹⁴

Os doentes foram convidados pela equipa de secretariado clínico a participar no estudo aquando da admissão no SU. Após recolha do consentimento informado, foi entregue o questionário [Apêndices 1 e 2 - (Apêndices: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/23644/15758>)], etiquetado com os dados do doente. Os doentes preencheram-no na sala de espera e devolveram-no, após avaliação médica. A equipa de investigação também entregou questionários presencialmente. Foi disponibilizado um código QR com acesso digital ao inquérito. Para divulgar o estudo, foram afixados cartazes com o mesmo código QR no SU. O questionário foi submetido a um pré-teste através de entrevistas, permitindo corrigir problemas de clareza. Adicionalmente, foram recolhidas informações dos processos clínicos eletrónicos, acessíveis através do SClínico®, Medtrix® e PEM® para complementar

dados em falta, como o grau de escolaridade, motivo de admissão e *outcome* do episódio de urgência.

Dos 518 inquéritos preenchidos manualmente, 69 foram excluídos, resultando numa amostra final de 449 (Fig. 2). Os motivos de exclusão foram preenchimento incompleto (34), idade inferior a 18 anos (32) e gravidez (3). Outros critérios de exclusão, implícitos na amostra total, incluíram isolamento por patologia, recusa de participação, limitações severas de comunicação e impossibilidade para consentir.

Tratamento e análise de dados

A análise estatística foi efetuada com Microsoft Excel® e IBM SPSS Statistics®, versão 29.0.2.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos da América). O nível de significância foi definido como $\alpha = 0,05$. Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva: variáveis categóricas com frequências absolutas (n) e relativas (%); variáveis contínuas com médias e desvios-padrão ou, em distribuições não normais, medianas e intervalos interquartis. Foram aplicados testes de associação: qui-quadrado ou exato de Fisher, para variáveis categóricas, e teste t para variáveis contínuas, assumindo distribuição normal. Para identificar preditores de urgências não urgentes, foi estimado um modelo de regressão logística multivariada.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ULS EDV (n.º 09/2024). Todos os participantes prestaram consentimento informado escrito, após esclarecimento dos objetivos e da natureza voluntária da participação. O tratamento de dados respeitou os princípios de anonimato e confidencialidade, destinando-se exclusivamente a fins académicos, não tendo sido necessária apreciação adicional pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

RESULTADOS

Na análise dos dados acumulados de seis meses do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, observou-se uma redução significativa no total de episódios nos SU da ULS EDV, com menos 20 279 episódios face ao período homólogo de 2023 (-21%). Simultaneamente, observa-se um aumento dos doentes referenciados pelo SNS24, representando 59% dos atendimentos e uma diminuição da percentagem de episódios não urgentes, de 40% para 30,1%.

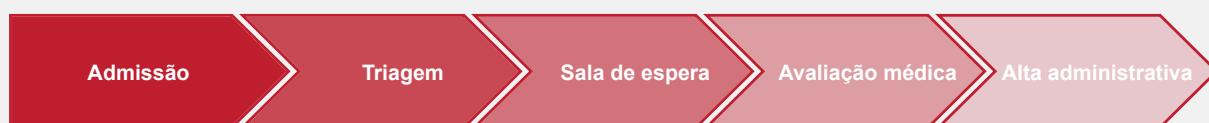
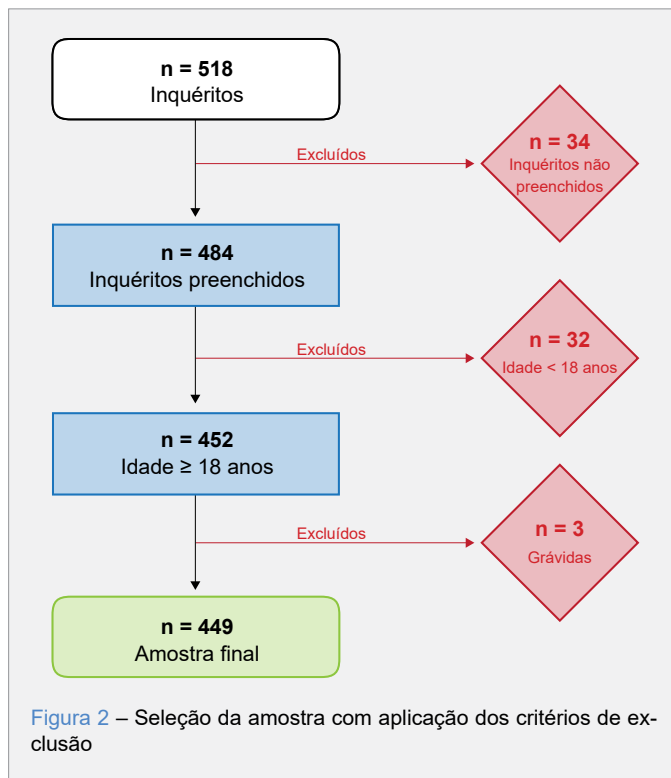


Figura 1 – Percurso do doente desde a entrada até à saída do serviço de urgência



Caracterização da população

Durante o período de estudo, 10 333 doentes recorreram ao SU geral do HSS da ULS EDV, sendo a maioria do sexo feminino (53,5%) e com distância média de 14,6 km (DP = 9,7) entre domicílio e hospital. A idade média foi de 57,8 anos (DP = 20,9 anos), variando entre os 18 e os 103 anos. A maioria encontrava-se em idade ativa, mas 39,1% tinham mais de 65 anos. Cerca de metade eram isentos de taxa moderadora (50,2%) e 97,3% estavam inscritos num centro de saúde. O valor reduzido de 12,3% de admissões não urgentes poderá refletir o impacto das medidas implementadas em março de 2024 com o projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”. Cada doente recorreu, em média, 1,6 vezes ao SU. Quanto à proveniência, 44,4% foram referenciados pelo SNS24, 30,3% transportados pelo INEM, 16,9% por iniciativa própria e 6,2% referenciados pelo centro de saúde. Entre os autoreferenciados, 12,4% não apresentavam gravidade clínica. Ainda assim, a maioria dos não urgentes foi referenciada pelo SNS24 (63,4%). As admissões ocorreram sobretudo em dias úteis (72,3%), especialmente no período da tarde (41,3%), correspondente a [13 h - 20 h], seguido da manhã (32,5%), correspondente a [8h - 13h], e da noite (26,2%), correspondente a [20h - 8h]. Dos 4761 motivos de admissão identificados, os mais frequentes foram os sintomas musculoesqueléticos (44,7%), seguidos dos gastrointestinais (11,9%), respiratórios (9,7%), geniturinários (9,0%) e cardiovasculares (7,9%). Mais de metade

dos episódios teve motivo de admissão desconhecido, por falta de codificação médica. Após alta clínica, grande parte foi encaminhada para o centro de saúde/médico de família (45,8%) ou para o exterior não referenciado (27,4%). Entre os restantes, 10,5% tiveram necessidade de internamento, 2,2% transferência, 7,5% consulta externa e 0,1% hospital de dia.

Dos 449 inquéritos preenchidos, 18% das idas ao SU foram consideradas desnecessárias. As características sociodemográficas, clínicas e de utilização dos serviços de saúde dos inquiridos encontram-se detalhadas na Tabela 1. Em média, os doentes recorriam 1,7 vezes por ano aos CSP, embora 28,5% não tivessem tido nenhuma consulta no último ano. A maioria (77,1%) não contactou o centro de saúde antes de se dirigir ao SU, apesar de 84,6% referir conhecer as consultas de doença aguda nos CSP. O mesmo padrão foi observado nos doentes não referenciados. Quanto à duração dos sintomas, 43,1% referiram sintomas com mais de uma semana e 29% com menos de 24 horas. A maioria não tinha sido avaliada por um médico nos últimos três dias (79,1%), sendo o SU o primeiro contacto com os serviços de saúde. Os motivos mais referidos para a escolha do SU (Tabela 2), foram: autoperceção de gravidade, possibilidade de realizar exames, proximidade e acessibilidade, realização imediata de tratamentos, indisponibilidade do centro de saúde por falta de vaga ou encerramento e perceção de melhor qualidade dos cuidados no SU.

No grupo de doentes não urgentes (n = 81), os motivos mais referidos foram os mesmos. Entre os doentes não referenciados, verificou-se a mesma tendência, com a exceção da flexibilidade de horários sem necessidade de marcação, surgindo como quarto motivo mais frequente. Neste grupo, também se evidenciou um aumento substancial de respostas que indicavam a realização de exames (63,8%) e de tratamentos (42,5%) como motivo para procurar o SU. A maioria dos participantes considerou os sintomas urgentes (83,7%) ou muito urgentes (69,1%). Durante a permanência no SU, 67% realizou exames, 26,1% receberam tratamento e 1,6% tiveram emissão de certificados de incapacidade temporária (CIT). Foi prescrita medicação para o domicílio a 18,9% dos doentes e somente 2,4% não necessitou de qualquer intervenção. Por fim, 75,9% dos inquiridos conheciam o projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” e 88,1% consideraram-no útil. Mesmo quando analisado apenas o grupo que conhecia o projeto, a maioria manteve a avaliação positiva (89,7%).

Testes às diferenças entre episódios de urgência necessária e desnecessária

Foram aplicados testes às diferenças na proporção de urgências desnecessárias entre grupos de doentes, utilizando o teste Z para variáveis binárias e o teste do

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra que respondeu ao inquérito (n = 449)

Variável	Categoria	n (%)
Sexo	Feminino	265 (59)
	Masculino	184 (41)
Idade (anos)	Média (Desvio padrão)	48,0 (17,3)
Escolaridade	Inferior ao ensino primário	9 (2)
	Ensino primário	52 (11,6)
	2.º ciclo	9 (2)
	3.º ciclo	75 (16,7)
	Ensino secundário	39 (8,7)
	Ensino superior	25 (5,6)
	Desconhecido	240 (53,5)
Situação profissional	Ativo	286 (63,7)
	Reformado/inálido	96 (21,4)
	Desempregado	52 (11,6)
	Estudante	15 (3,3)
Doença crónica	Sim	201 (44,8)
	Não	248 (55,2)
Seguro/subsistema de saúde	Sim	110 (24,5)
	Não (dependente exclusivamente do SNS)	339 (75,5)
Satisfação com médico de família	Muito satisfeito	175 (39)
	Satisfeito	123 (27,4)
	Neutro	116 (25,8)
	Pouco satisfeito	22 (4,9)
	Nada satisfeito	13 (2,9)
Primeira opção em caso de doença	SNS24	167 (37,2)
	Centro de saúde	146 (32,5)
	Serviço de urgência	111 (24,7)
	Privados	21 (4,7)
	Farmácia	4 (0,9)

SNS: Serviço Nacional de Saúde
 SNS24: Linha telefónica Saúde 24

qui-quadrado para variáveis com mais de dois grupos, com nível de significância de 5%. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação à isenção de taxa moderadora ($p < 0,001$), com os doentes isentos a apresentarem menor proporção de urgências desnecessárias (11,0%) do que os não isentos (13,6%). A inscrição no centro de saúde ($p = 0,00025$) mostrou influência, com proporção inferior de urgências desnecessárias entre doentes inscritos (12,1%) face aos não inscritos (19,4%). O dia da semana ($p = 0,007$) e o período do dia ($p < 0,001$) em que ocorreu a admissão também se associaram significativamente à ocorrência de urgências desnecessárias, sendo mais frequentes em dias úteis e no período da manhã.

No grupo dos inquiridos, a falta de conhecimento sobre

as consultas de doença aguda nos CSP ($p < 0,001$) esteve associada a uma maior proporção de urgências desnecessárias (33,3%), assim como o desconhecimento do SNS24 ($p < 0,001$), onde se observou uma proporção ainda mais elevada (72,7%). A ausência de médico de família ($p < 0,001$) foi igualmente relevante, com os doentes com MF a registarem menor proporção de urgências desnecessárias (16%) comparativamente aos que não têm MF (54,2%). Também a autoperceção da gravidade dos sintomas ($p < 0,001$) foi significativa, evidenciando que quanto maior a gravidade percebida, menor a probabilidade de se tratar de uma urgência desnecessária. Verificou-se ainda que a duração dos sintomas superior a uma semana esteve associada a uma maior proporção de urgências desnecessárias

Tabela 2 – Motivos para recorrer ao serviço de urgência pelos inquiridos (n = 449)

	n	%
A gravidade dos meus sintomas justifica a minha vinda à urgência	376	83,7
Realização de análises/exames de imagem	168	37,4
Proximidade e acessibilidade do hospital	110	24,5
Realização de medicação ou outros tratamentos imediatos	109	24,3
Cuidados de maior qualidade no SU do que no centro de saúde	70	15,6
Sem vaga de agendamento de consulta no centro de saúde	66	14,7
Médicos mais qualificados no SU	59	13,1
Flexibilidade dos horários de funcionamento, sem necessidade de marcação prévia	50	11,1
Centro de saúde encerrado	43	9,6
Sem custo/custo reduzido	38	8,5
Qualidade das instalações	40	8,9
Rapidez do atendimento	27	6,0
Má experiência com outros serviços de saúde no passado	15	3,3
Obter CIT ou atestado médico	12	2,7
Sem nenhuma razão particular	12	2,7

SU: serviço de urgência; CIT: certificado de incapacidade temporária

(26,7%; $p = 0,00875$).

Para variáveis quantitativas, foi testada a hipótese de igualdade de médias entre os grupos de doentes urgentes e não urgentes através do teste t , sendo todas as diferenças apresentadas estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Os doentes não urgentes residiam, em média, mais próximos do hospital (13,8 km vs 14,7 km; $p = 0,0016$), recorriam mais vezes ao SU no último ano (1,9 vs 1,5; $p = 0,0027$) e eram mais jovens (53,6 anos vs 58,4 anos; $p < 0,001$) do que os doentes classificados como urgentes. As demais variáveis não apresentaram diferenças significativas.

Preditores de episódios de urgência não urgente

Para analisar a influência de diversos fatores na probabilidade de um episódio ser uma urgência desnecessária, estimou-se um modelo logit,¹⁵ com variável explicada binária (1 = urgência desnecessária). Foram incluídas como variáveis explicativas aquelas que, nos testes prévios, revelaram diferenças estatisticamente significativas. “Idade” e “sexo” foram integrados como variáveis de controlo, embora o sexo não tenha sido significativo. Foi previamente analisada a correlação entre todas as variáveis explicativas, evitando problemas de multicolinearidade. Por esse motivo, a variável “autoperceção da gravidade” foi excluída. Os resultados do modelo estão apresentados nas Tabelas 3 e 4.

O modelo revelou que, por cada ano adicional de idade, a probabilidade de um episódio ser classificado como urgência desnecessária diminui 1,1% (OR = 0,989). O sexo não teve significância estatística. Por cada quilómetro

adicional de distância da residência ao hospital, a probabilidade diminui 1% (OR = 0,990). A atribuição de médico de família esteve associada a uma redução de 81% (OR = 0,190) nas *odds* de recurso inadequado ao serviço de urgência, em comparação com os doentes sem médico de família atribuído. O conhecimento da existência de consultas de doença aguda nos CSP e do SNS24 mostrou-se altamente protetor, com reduções de 57% (OR = 0,428) e 91% (OR = 0,089), respetivamente. Por outro lado, por cada ida adicional ao SU no último ano, a probabilidade de urgência desnecessária aumenta 1,8% (OR = 1,018). O modelo revelou ainda que os episódios em dias úteis têm uma probabilidade 17,9% maior (OR = 1,179) de serem desnecessários face a fins de semana e feriados. Relativamente ao período do dia, a manhã apresenta um aumento de 63,7% (OR = 1,637) e a tarde de 44,6% (OR = 1,446) na probabilidade de urgência desnecessária, comparativamente à noite. Para um nível de significância de 10%, a isenção de taxa moderadora associou-se a uma redução de 11,2% (OR = 0,888) na probabilidade de urgência desnecessária. Quanto à qualidade do modelo, o *linktest*¹⁶ não revelou problemas de especificação. A regressão foi globalmente significativa (Prob > $\chi^2 = 0$), com Pseudo R² de 16,7%, refletindo um ajuste aceitável.

DISCUSSÃO

Durante o período de estudo, 10 333 doentes recorreram ao SU geral do HSS, dos quais 12,3% foram classificados como não urgentes, evidenciando a persistência de utilização inadequada deste serviço. Esta procura indevida

Tabela 3 – Modelo de regressão logística, tendo como variável dependente a variável binária “urgência desnecessária”, aplicado a toda a população que recorreu ao serviço de urgência

Variável	Odds ratio	Desvio padrão	z	P > z	[Intervalo conf. 95%]	
Idade	0,989	0,002	-7,08	0,000	0,986	0,992
Sexo	0,952	0,058	-0,8	0,422	0,844	1,073
Dist	0,990	0,003	-3,08	0,002	0,983	0,996
Isento	0,888	0,058	-1,83	0,068	0,782	1,009
USF	0,866	0,079	-1,57	0,115	0,724	1,036
Admissões_último_ano	1,018	0,005	3,53	0,000	1,008	1,028
Dia útil	1,179	0,084	2,32	0,020	1,026	1,355
Manhã	1,637	0,138	5,85	0,000	1,388	1,931
Tarde	1,446	0,118	4,51	0,000	1,232	1,697
_cons	0,232	0,035	-9,64	0,000	0,173	0,312
Número de observações = 10 333						
Probabilidade > χ^2 = 0,0000						
Pseudo R ² = 0,167						

sexo: var = 1 se sexo feminino; var = 0 se sexo masculino

dist = distância em km desde o hospital até à residência do doente

isento: var = 1 se isento de taxa moderadora; var = 0 se não for isento de taxa moderadora

USF: var = 1 se pertencer a uma Unidade Saúde Familiar; var = 0 se não pertencer a nenhuma

admissões_ultimo_ano = nº de admissões no último ano ao serviço de urgência do Hospital São Sebastião da Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga

dia_util: var = 1 se dia útil; var = 0 se fim de semana ou feriado

manhã: var = 1 se manhã; var = 0 se tarde ou noite

tarde: var = 1 se tarde; var = 0 se manhã ou noite

Tabela 4 – Modelo de regressão logística, tendo como variável dependente a variável binária “urgência desnecessária”, para os doentes que preencheram o inquérito

Variável	Odds ratio	Desvio padrão	z	P > z	[Intervalo conf. 95%]	
idade	1,001	0,008	0,18	0,857	0,986	1,017
sexo	1,039	0,282	0,14	0,889	0,610	1,769
dist	0,959	0,018	-2,25	0,025	0,925	0,995
isento	0,643	0,194	-1,46	0,144	0,356	1,162
conh_consultas	0,428	0,133	-2,72	0,006	0,232	0,789
conh_SNS	0,089	0,649	-3,31	0,001	0,021	0,372
comMF	0,190	0,090	-3,50	0,000	0,075	0,482
_cons	36,047	35,119	3,68	0,000	5,341	243,305
Número de observações = 449						
Probabilidade > χ^2 = 0,0000						
Pseudo R ² = 0,1111						

sexo: var = 1 se sexo feminino; var = 0 se sexo masculino

dist = distância em km desde o hospital até à residência do doente

isento: var = 1 se isento de taxa moderadora; var = 0 se não for isento de taxa moderadora

contribui para a sobrecarga assistencial, com piores desfechos clínicos, devido a tempos de espera mais prolongados, atrasos no diagnóstico e início de tratamento,^{3,5} ou mesmo pela não avaliação de casos verdadeiramente urgentes.^{4,6}

Em termos sociodemográficos, os doentes eram maioritariamente do sexo feminino, mais velhos, com baixas habilitações literárias e empregados. Entre os não urgen-

tes, destacou-se uma idade média inferior (53,6 anos; $p < 0,001$), coerente com a literatura.^{2,5,7,10,11,17} A regressão logística não revelou influência do sexo, mas sim da idade (OR = 0,989), embora discreta. Isto sugere que a população em idade ativa recorre ao SU por conveniência ou por dificuldades de acesso a outros serviços. A distância média entre a residência e o hospital foi ligeiramente inferior nos doentes com urgência desnecessária (13,8 km vs 14,7 km),

correspondendo a uma diferença de cerca de 900 metros. Embora estatisticamente significativa, esta diferença poderá ter relevância clínica limitada, devendo ser interpretada com cautela. Ainda assim, no modelo de regressão logística, a distância ao hospital surgiu como preditor, com menor probabilidade de urgência desnecessária por cada quilómetro adicional (OR = 0,990), talvez pela facilidade de acesso, conforme descrito por El Masri *et al.*¹⁷

Relativamente aos dados socioeconómicos, estando o SU disponível 24 horas, constitui frequentemente o primeiro contacto em situação aguda, sobretudo em doentes isentos, que representaram cerca de metade das admissões. Observou-se uma proporção mais elevada de utilização indevida entre os não isentos ($p = 0,0160$), com a isenção associada a redução de 11,2% na probabilidade de urgência desnecessária (OR = 0,888). Estes resultados devem suscitar uma reflexão cuidada, dado que a implementação de taxas moderadoras é uma das estratégias para reduzir o número de doentes não urgentes no SU. Porém, desde o final de 2019, a taxa moderadora aplica-se apenas a doentes não isentos sem referência ou internamento.^{18,19} Assim, muitos não isentos acabam por evitar o pagamento, atenuando o efeito dissuasor da taxa. Porém, se classificarmos os doentes como isentos adicionando esses dois critérios, os resultados são idênticos. Isto demonstra que a taxa moderadora poderá não ser um fator decisivo para a procura de cuidados no SU dos doentes não urgentes. Estes resultados estão em consonância com a literatura, que indica que as taxas moderadoras exercem um efeito limitado na procura, e que muitos doentes não urgentes se mantêm resistentes à mudança de serviço, mesmo que exista alternativa mais adequada, estando mesmo dispostos a pagar uma sobretaxa para serem atendidos no SU.²⁰⁻²²

No que toca aos motivos de admissão, os sintomas músculo-esqueléticos foram os mais frequentes entre as urgências desnecessárias, o que pode refletir a atividade industrial da região, justificando investigação futura. Estes achados são consistentes com Idil *et al.*¹⁰ e Scherer *et al.*³ A duração dos sintomas também se associou significativamente às urgências desnecessárias, com maior proporção de casos quando os sintomas ultrapassaram uma semana (26,7%; $p = 0,00875$), em linha com Dixe *et al.*¹¹

Durante a permanência no SU, a maioria dos doentes realizou exames ou recebeu tratamentos imediatos – fatores frequentemente apontados como motivos de procura.^{2,11} Apesar de alguns atos poderem ser realizados nos CSP, o principal motivo referido continua a ser a autoperceção da gravidade dos sintomas, transversal a todos os grupos, como também observaram Dixe *et al.*¹¹ e Afilalo *et al.*⁴ Essa percepção influenciou a adequação da ida ao SU: quanto maior a gravidade percebida, menor a proporção

de urgências desnecessárias ($p < 0,001$). Outros fatores mencionados incluíram a proximidade, facilidade de acesso e percepção de melhor qualidade no SU face aos CSP, tal como descrito por Afilalo *et al.*⁴ Scherer *et al.*³ e Usher-Pines *et al.*²³ Apesar do alargamento da emissão de CIT a outros setores em março de 2024,²⁴ apenas 2,7% referiram este motivo como razão da vinda ao SU, e apenas 1,6% dos doentes o obtiveram. Admite-se possível ausência de registo clínico no momento da alta, o que exige uma análise mais robusta e direcionada.

A continuidade dos cuidados revela-se um fator crucial. Estudos como o de Pourat *et al.*²⁵ demonstraram que doentes acompanhados pelo MF recorrem menos ao SU e apresentam menos hospitalizações, conclusão também observada por Afilalo *et al.*⁴ Dixe *et al.*¹¹ e El Masri *et al.*¹⁶ O presente estudo confirma esta associação, evidenciando elevada cobertura por MF (97,3% no total; 91,4% entre os não urgentes) e *odds* significativamente menores de urgência desnecessária (OR = 0,190) para quem tem MF atribuído. A proporção de episódios não urgentes foi também inferior (16% vs 54,2%; $p < 0,0001$). Estes dados reforçam a necessidade de garantir acessibilidade e continuidade nos CSP.

O conhecimento de alternativas ao SU, como consultas de doença aguda nos CSP ($p < 0,001$) e o SNS24 ($p < 0,001$), revelou-se fortemente protetor, confirmado por Scherer *et al.*³ e Dixe *et al.*¹¹ Doentes informados apresentaram *odds* significativamente menores de recorrer ao SU de forma inadequada – 57% no caso das consultas nos CSP (OR = 0,428) e 91% no caso do SNS24 (OR = 0,089). Estes resultados reforçam a necessidade de intensificar campanhas de comunicação e literacia em saúde, a nível local e nacional.

O alargamento do horário de funcionamento dos CSP é outra das medidas adotadas na tentativa de reduzir a afluência ao SU. Contudo, observou-se uma maior proporção de urgências desnecessárias em dias úteis ($p < 0,007$) e no período da manhã ($p < 0,001$), com maior probabilidade nesses horários (OR = 1,179 e OR = 1,637, respetivamente). Isto sugere que os doentes procuram o SU mesmo quando os CSP estão abertos, tal como refere a literatura.^{2,4,7,17} Cerca de 23,8% dos inquiridos referiram indisponibilidade dos CSP, seja por falta de vaga ou encerramento, sugerindo incapacidade de resposta. Logo, a possibilidade de atendimento imediato no SU sem marcação torna-o mais apelativo. Assim, redirecionar os doentes para os CSP, sem mudanças estruturais, é insuficiente, dado comprometer o funcionamento destes cuidados. É essencial reforçar os recursos técnicos e humanos e medidas como a centralização do agendamento de consultas agudas no SNS24.

O SNS24 demonstrou desempenhar um papel relevante, tendo referenciado 44,4% dos doentes. Segundo Simões *et al*,²⁶ este serviço contribui para a redução de urgências desnecessárias e poupança do sistema. No presente estudo, 37,2% dos inquiridos indicaram o SNS24 como primeira opção em caso de doença, e essa escolha associou-se a uma menor proporção de urgências desnecessárias ($p = 0,0425$). Contudo, 63,4% dos episódios não urgentes foram referenciados pelo SNS24, levantando dúvidas quanto à sua capacidade de triagem. Apesar de agendar consultas agudas nos CSP, o serviço nem sempre orienta adequadamente os casos menos graves. Por isso, é necessário reforçar a integração com os CSP, criar protocolos claros e explorar soluções como telemedicina ou apoio clínico direto.

Por fim, o projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” deve ser avaliado em três dimensões: impacto nas urgências, satisfação dos doentes e efeito nas unidades de saúde. Este último não foi avaliado, justificando investigação futura. Nos dois primeiros domínios, os resultados foram positivos, com redução global dos episódios, diminuição das urgências desnecessárias e aumento da referência, acompanhados de aceitação positiva. Ainda assim, persistem barreiras ao uso de alternativas ao SU, como dificuldades de acesso e falta de informação. Para garantir o sucesso desta estratégia, será essencial reforçar a comunicação, acessibilidade e perceção de qualidade nos CSP.

Os resultados devem ser interpretados com cautela face às limitações identificadas. Primeiro, o estudo foi realizado durante o mês de maio, não permitindo avaliar os efeitos da sazonalidade. Adicionalmente, foi conduzido num único hospital, o que pode limitar a generalização para outros contextos ou regiões com diferentes características demográficas, culturais ou socioeconómicas. A classificação dos doentes em urgências desnecessárias baseou-se na triagem de Manchester, o que representa uma limitação, dada a controvérsia existente na literatura. Outros estudos recorrem à necessidade de métodos complementares de diagnóstico ou internamento como critério.^{26,27} A representatividade poderá ter sido condicionada por viés de seleção, dado que, embora os questionários tenham sido propostos a todos os utentes, é provável que apenas alguns tenham aceitado participar por não se encontrarem clinicamente debilitados. Verificou-se ainda um viés de amostragem, associado ao número limitado de questionários válidos. A colheita de dados enfrentou dificuldades operacionais devido à fraca colaboração do secretariado clínico na sua distribuição, o que poderá ter afetado a adesão dos doentes. Outro ponto crítico prende-se com a falta de codificação em mais de metade dos motivos de admissão, representando uma lacuna significativa nos dados. Esta omissão poderá estar associada à sobrecarga de trabalho dos médicos no

SU. Estas limitações reforçam a necessidade de estudos futuros com amostras maiores e mais representativas, que validem e aprofundem as conclusões obtidas.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu compreender em detalhe a utilização do SU, revelando a persistência de episódios não urgentes e destacando a importância de encaminhar estes doentes para níveis de cuidados mais adequados. Verificou-se que os doentes mais jovens, residentes próximos do hospital e que recorrem em dias úteis, sobretudo no período da manhã, apresentam maior probabilidade de utilização inadequada, sugerindo influência da conveniência e da acessibilidade. A isenção de taxas moderadoras não demonstrou o efeito esperado na redução da procura indevida, sendo a perceção de gravidade e a expectativa de acesso rápido a exames e tratamentos os principais motivos referidos para a escolha do SU. Estes dados reforçam a necessidade de dotar os CSP com recursos técnicos e humanos, garantindo a capacidade de resposta sem comprometer a missão preventiva, contínua e centrada na pessoa. O projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” demonstrou ter um impacto positivo, contribuindo para a redução das visitas às urgências por doentes não urgentes, mantendo a satisfação dos doentes, embora subsista a necessidade de reforçar a literacia em saúde, a acessibilidade aos CSP e a monitorização contínua da intervenção, envolvendo ativamente doentes e profissionais na sua avaliação e melhoria.

ACKNOWLEDGMENTS

Os autores expressam o seu reconhecimento a todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste estudo. Agradecem, em particular, ao Conselho de Administração da ULS Entre Douro e Vouga, com especial referência a Rita Moutinho, à equipa de secretariado clínico do serviço de urgência, e a todos os participantes que aceitaram integrar o estudo.

Os autores declaram não ter utilizado ferramentas de inteligência artificial na elaboração do artigo.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

AGS: Conceção do estudo, recolha e interpretação de dados, análise estatística, redação do manuscrito.

CC: Supervisão do projeto, análise estatística, revisão crítica do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e

Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em outubro de 2024.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

REFERÊNCIAS

1. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Indicadores de monitorização dos hospitais. [consultado 2024 ago 25]. Disponível em: https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard.
2. Alnasser S, Alharbi M, AAlibrahim A, Aal Ibrahim A, Kentab O, Alassaf W, et al. Analysis of emergency department use by non-urgent patients and their visit characteristics at an academic center. *Int J Gen Med*. 2023;16:221-32.
3. Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. Patients attending emergency departments. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114:645-52.
4. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med*. 2004;11:1302-10.
5. Unwin M, Crisp E, Rigby S, Kinsman L. Investigating the referral of patients with non-urgent conditions to a regional Australian emergency department: a study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:647.
6. Tapia AD, Howard JT, Bebo NL, Pfaff JA, Chin EJ, Trueblood WA, et al. A retrospective review of emergency department visits that may be appropriate for management in non-emergency settings. *Mil Med*. 2022;187:e1153-9.
7. Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:131.
8. Vogel JA, Rising KL, Jones J, Bowden ML, Ginde AA, Havranek EP. Reasons patients choose the emergency department over primary care: a qualitative metasynthesis. *J Gen Intern Med*. 2019;34:2610-9.
9. McIntyre A, Janzen S, Shepherd L, Kerr M, Booth R. An integrative review of adult patient-reported reasons for non-urgent use of the emergency department. *BMC Nurs*. 2023;22:85.
10. Idil H, Kilic TY, Toker İ, Dura Turan K, Yesilaras M. Non-urgent adult patients in the emergency department: causes and patient characteristics. *Turk J Emerg Med*. 2018;18:71-4.
11. Dixe MA, Passadouro R, Peralta T, Ferreira C, Lourenço G, Sousa PM. Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Rev Enf Ref*. 2018;4:41-52.
12. Portugal. Portaria n.º 71/2024. *Diário da República, I Série*, n.º 41 (27/02/2024). p.1-5.
13. Grupo Português de Triagem. Manual de formando – triagem de Manchester. [consultado 2024 jan 20]. Disponível em: <https://www.grupoportuguesetriagem.pt>.
14. Womack JP, Shook J. *Gemba walks*. 2nd ed. Cambridge: Lean Enterprise

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

15. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 11th ed. Hoboken: Wiley; 2018.
16. Pregibon D. Goodness of link tests for generalized linear models. J R Stat Soc Series C Appl Stat. 1980;29:15-24.
17. El-Masri M, Bornais J, Omar A, Crawley J. Predictors of nonurgent emergency visits at a midsize community-based hospital system: secondary analysis of administrative health care data. J Emerg Nurs. 2020;46:478-87.
18. Portugal. Decreto-Lei n.º 2/2022. Diário da República, I Série, n.º 103 (27/05/2022). p.10-4.
19. Portugal. Lei n.º 84/2019. Diário da República, I Série, n.º 168 (03/09/2019). p.34-5.
20. Ramos P, Almeida A. The impact of an increase in user costs on the demand for emergency services: the case of Portuguese hospitals. Health Econ. 2016;25:1372-88.
21. Oliveira F. Fatores que contribuem para a afluência de casos não urgentes nos serviços de urgência: um estudo no Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E. Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão. [consultado 2025 jul 03]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/69788>.
22. Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Serv Res. 2010;10:66.
23. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. Am J Manag Care. 2013;19:47-59.
24. Portugal. Decreto-Lei n.º 2/2024. Diário da República, I Série, n.º 4 (05/01/2024). p.41-2.
25. Pourat N, Davis AC, Chen X, Vrungos S, Kominski GF. In California, primary care continuity was associated with reduced emergency department use and fewer hospitalizations. Health Aff. 2015;34:1113-20.
26. Simões P, Gomes S, Natário I. Hospital emergency room savings via Health Line S24 in Portugal. Econometrics. 2021;9:8.
27. Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saude Publica. 2009;25:7-28.
28. Uthman OA, Walker C, Lahiri S, Jenkinson D, Adekanmbi V, Robertson W, et al. General practitioners providing non-urgent care in emergency department: a natural experiment. BMJ Open. 2018;8:e019736.