

Requalificação da rede da urgência/emergência: mudança certa ou errada?

Requalification of the Casualty / Emergency room network: change, right or wrong?

Agripino Oliveira*

Resumo

O processo de requalificação da rede urgência/emergência prevê o encerramento da Unidade de Urgência do Hospital de Espinho. Desde a sua integração no Serviço Nacional de Saúde funciona como sistema tampão aos congestionados serviços de urgência hospitalar. A identificação e avaliação da produtividade mostram o trabalho da unidade, baseada na aplicação informática "sonho". No ano 2006 teve 36715 episódios de urgência com 11,2% de transferências e mortalidade de um doente em cada mil atendimentos. O grupo etário dos 14-45 anos, o maior utilizador da Unidade, traduz a falta de acessibilidade aos cuidados primários e a confiança que proporciona aos habitantes de Espinho. A procura predominante da doença médica aguda proporcionou à medicina interna a disponibilidade no aconselhamento e orientação dos médicos tarefeiros, e reflectiu-se na autonomia da unidade com melhor utilização do internamento e consulta externa do hospital. Os utilizadores, mais beneficiados desta disponibilidade, foram o grupo etário pediátrico e idoso.

O encerramento de serviços de urgência, nos Estados Unidos e Canadá e o aumento de acessibilidade aos cuidados primários, no Reino Unido e em Espanha, não contribuíram para controlar o aumento das urgências e as visitas inadequadas; na prática houve um crescimento constante com o inevitável congestionamento dos serviços urgência/emergência.

Com o previsível encerramento da unidade é estimada a sobrecarga do hospital de referência, com impacto económico no serviço nacional de saúde.

Palavras chave: unidade de urgência, doença médica aguda, medicina interna.

Abstract

The Casualty/ Emergency Room network requalification process foresees the closure of Espinhos' Hospital Casualty. Since the integration of this Unit in the National Health Service, it functions to help relieve congested hospital emergency services. The identification and evaluation of the unit productivity using the computer science application "sonho", shows that in the year 2006, 36715 emergency episodes were documented, 11.2% of the patients were transferred and a mortality of one per thousand consultations was documented. Greatest use of the Unit was found in the 14-45 year age group. This reflects a lack of accessibility to primary care services as well as the confidence felt by the inhabitants of Espinho. The predominance of acute medical illness in the area of internal medicine, provided on-job training opportunities for "contract" doctors, as well as better use of hospital admission and outpatient consultations. The paediatric and geriatric age group benefited most from this.

The closing of Emergency Room services in the United States and Canada, and the increase of accessibility to primary care in the United Kingdom and Spain, have not contributed to control the increase in number and appropriateness of, emergency consultations. In practice there has been a constant growth resulting in the inevitable congestion of the Casualty/Emergency Room services. The predicted closure of the Espinho hospital Unit is expected to cause a work overload for the referral hospital as well as a negative economic impact on the National Health Service.

Key words: Emergency room unit, acute medical illness, internal medicine.

Introdução

A preocupação com a reestruturação das urgências já se tinha iniciado em 1996¹ e foram estimadas 10 milhões de consultas urgentes. O despacho² 10/86, de 5 de Maio, regulamenta os hospitais de nível I e define o serviço de urgência como unidade baseada no esquema de serviço de atendimento permanente servido por clínicos gerais mediante acordo com as administrações regionais de saúde e por médicos do hospital.

*Consultor de Medicina Interna Hospital de Espinho com grau de Mestre em Saúde Pública

Unidade de urgência, Hospital Distrital de Espinho

Recebido para publicação a 16.03.07

Aceite para publicação a 06.02.08

Em 2001 foi implementada a rede de referência de Urgência / Emergência³ e o ensaio para a criação das Unidades Básicas de Urgência, com parcerias entre os hospitais nível I e os centros de saúde, que contribuiriam para o descongestionamento das urgências dos hospitais mais diferenciados. Nestas unidades haveria a possibilidade da prática de pequena cirurgia e utilização da capacidade instalada no hospital. As necessidades que não pudessem ser satisfeitas seriam canalizadas para o hospital de nível técnico superior da sua área de influência.

A desarticulada prestação entre cuidados primários e secundários levou à proliferação nacional de consultas abertas, atendimentos complementares e serviços de atendimento permanente nos centros de saúde. Os hospitais de nível I, com quadros médicos exíguos para manter as unidades de urgência, necessitaram de contratar médicos indiferenciados, em regime de tarefa.

Assim, os 10 milhões de urgências de 1996 passaram para 11,6 milhões em 2004, ou seja, um aumento de 16%.

Na actual proposta da requalificação⁴ da rede dos serviços de urgência são definidas emergência e urgência médica como a situação clínica de instalação súbita na qual se verifica risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais. Não contempla, pois, os casos de doença aguda no âmbito do seu diagnóstico e procedimentos (exames complementares e tratamentos) que podem ser resolvidos, muitas das vezes, em cuidados médicos que não serão serviços de urgência/emergência.

A reestruturação das unidades prestadoras de cuidados primários com base em Unidades de Saúde Familiares implica a requalificação destes serviços; muitos deles não terão estrutura física para receber macas, exames complementares simples, sistema de gases medicinais, material de sutura e tratamentos simples.

O Instituto de Medicina⁵ estudou os cuidados de emergência no período de 1993-2003 nos Estados Unidos, e concluiu num aumento de 26% em cuidados urgentes, apesar do encerramento de 9% dos hospitais. Este estudo mostrou mais doentes a precisarem de cuidados e menos recursos para cuidados; a hiperutilização dos serviços de emergência foi inevitável.

Estudos efectuados na Holanda, com a implementação de cooperativas de médicos de família, mostra-

ram uma redução entre 9%⁶ a 53%⁷ na procura dos serviços de urgência.

A comissão da requalificação da rede urgência e emergência vem disciplinar o trajecto para o atendimento da situação emergente, nomeadamente no traumático, para não desperdiçar tempo para o restabelecimento das eventuais funções vitais em risco.

O objectivo do estudo é mostrar o trabalho realizado na unidade de urgência do Hospital de Espinho no ano de 2006, e o mérito da medicina interna na autonomia clínica da unidade.

Material e métodos

O registo dos episódios de urgência é armazenado na aplicação informática “sonho”. Trata-se de um registo administrativo capaz de identificar dados relativos ao utente, a proveniência, causa de admissão administrativa, hora de admissão e alta, destino do utente e procedimentos.

A unidade de urgência está aberta as vinte e quatro horas com a presença física de dois médicos indiferenciados, o laboratório de análises clínicas das oito horas às vinte horas, nos dias normais de semana, e aos sábados das nove às treze horas, e a radiologia simples todos os dias das oito às vinte e duas horas. A medicina interna presta apoio à unidade nos dias normais da semana entre as oito e as vinte horas.

A autonomia da unidade é definida como a capacidade na resolução do problema do utente sem necessidade de o transferir para o serviço de emergência/urgência de outro hospital.

Os dados recolhidos administrativamente no “sonho” foram transferidos para o suporte informático “Excel”, e, na análise estatística dos resultados, utilizou-se o *software* estatístico SPSS®14.0 (*Statistical Package for Social Sciences*) que agrupou em variáveis: grupo etário, causa administrativa de admissão (doença traumática, doença médica, tratamentos e entrou cadáver), tempo de utilização da unidade (hora de registo de entrada e registo de saída), destino (alta, consulta externa, internamento, transferência e falecido) e procedimentos. O estudo dos dados obtidos foi de natureza descritiva, e na análise da autonomia da unidade e a influência da medicina interna foi utilizado o teste do χ^2 Pearson para proporções diferentes, sendo que o nível de significância considerado foi de $\alpha=5\%$.

Resultados

Durante o ano 2006 foram atendidos na unidade de

urgência 36715 episódios, com média diária de 102. Destes, a unidade transferiu, em cada cem doentes atendidos, sete por doença traumática e quatro de causa médica. Os motivos destas transferências foram a observação especializada e realização de exames complementares mais diferenciados. O tempo médio de permanência na unidade foi de 75 minutos, com mediana de 60 minutos e percentil₉₀ de 157 minutos, após expurgados os doentes com internamento na sala de observações.

A unidade avaliou 76,7% dos episódios do foro médico (*Quadro I*) e, destes, 10,6% foram transferidos. Os traumatismos ocorreram em 19% dos episódios de urgência, e 16% dos casos necessitaram de observação especializada no hospital de referência, por se tratar de patologia de média ou alta gravidade. Como a unidade presta cuidados de proximidade, foram efectuados tratamentos (toma de administração directa a toxicodependentes, injectáveis, pensos e curativos) em 4,3%, para colmatar o período indisponível do centro de saúde. A unidade teve uma mortalidade de um em mil e 27,6% entraram como cadáver. Na mortalidade global foi o grupo etário dos idosos o mais frequente com 73%, e foi este grupo que interessou em 100% a causa de admissão “entrou cadáver”.

O adulto jovem foi o maior utilizador da unidade em 38,5% e os idosos necessitaram mais vezes da transferência e internamento. A doença traumática foi a referência preferencial à consulta externa, e o grupo pediátrico o maior utilizador.

O *Quadro II* mostra que o factor procedimentos não autonomizou a unidade, porque em 76% dos episódios foram utilizados procedimentos e não impediram 11,2 % de transferências. Mas, a presença da medicina interna foi factor determinante na autonomia da unidade (*Quadro III*), com diminuição do número de transferências (*Quadro IV*), orientação para a respectiva especialidade na consulta externa e melhor utilização do internamento (*Quadro V*).

Discussão

O Caso da Unidade de Urgência do Hospital de Espinho tem particularidades semelhantes aos hospitais de nível I a excluir da rede nacional de urgências, e cuja actividade descongestiona os serviços de urgência/emergência. A proposta da comissão de requalificação da rede urgência / emergência utiliza o critério de que hospitais com atendimentos urgentes inferiores a 150 por dia não devem pertencer à rede. O mesmo

documento introduz a nova denominação de serviço de urgência básica com a presença física de, no mínimo, dois médicos e podendo estar localizado fora dos hospitais. A unidade de urgência do hospital de Espinho sempre funcionou com estes recursos médicos, apesar do insistente pedido na presença física da medicina interna nas vinte e quatro horas, conforme a orientação da Ordem dos Médicos,⁸ e nunca foi considerada um serviço de urgência,⁹ pela falta de recursos necessários ao seu funcionamento.

O relatório dos serviços de doença aguda¹⁰ realizado na Inglaterra, País de Gales e Norte da Irlanda é baseado num questionário de 59 serviços médicos agudos os quais não têm um ou mais dos seguintes serviços a funcionar as 24 horas do dia: cirurgia geral, exames complementares, residente de anestesia, e unidade de cuidados intensivos ou unidade coronária. Estes serviços frequentemente transferem os doentes para um hospital regional, para opiniões especializadas e investigações diagnosticas. O relatório recomenda que doentes agudos só devem ser admitidos aos hospitais com cuidados críticos e apropriados serviços diagnósticos, e os hospitais desprovidos destes serviços devem ser reconfigurados para fornecer cuidados convalescentes, após diagnóstico definitivo estabelecido e doente estabilizado num hospital com serviços agudos.

De 1992 a 2001, nos Estados Unidos¹¹, o número de visitas ao serviço de emergência aumentou acima de 20 % e o número de hospitais com urgência diminuíram 15 %. O número de atendimentos estimados por causa traumática foi de 40%, foram utilizados procedimentos em 85,4 % dos casos e em 34,2% tratamento para a dor. A dor abdominal, a dor torácica e a febre foram as principais razões para a ida ao serviço de emergência.

Uma das medidas preconizadas é a regionalização como remédio, ou seja, os doentes não devem ser dirigidos para o hospital mais perto mas para os cuidados com os recursos adequados para acudir às suas particulares necessidades¹².

Na análise do fluxo de doentes no ano 2003, do serviço de urgência do H. São Francisco Xavier¹³, o grupo etário entre 25 e 65 anos representou cerca de 53% do total dos episódios e um quarto tinha mais de 65 anos. Nas causas de admissão destacaram-se as causas médicas como as mais numerosas 70%, e representando as causas traumáticas cerca de 30%.

O tempo de permanência na unidade de urgência

QUADRO I

Distribuição dos episódios por causa de admissão, tipo de doença, grupo etário e seu destino

CausaAD * GETA				DESTINO						
				Alta	Internamento	C Externa	Transferido	Falecido	Total	
Total nº episódios 36715	Doença Traumática Nº = 6965 19%	Grupo etário [GETA]	0-14 anos Pediátrico	Nº	1432	0	216	232	0	1880
				% GETA	76,17		11,49	12,34		100
				% DESTINO	27,33		37,05	20,86		26,99
			15-44 anos Adulto Jovem	Nº	2243	7	187	451	0	2888
				% GETA	77,67	0,24	6,48	15,62		100
				% DESTINO	42,81	25,00	32,08	40,56		41,46
		45-64 anos Adulto	Nº	968	5	101	181	2	1257	
			% GETA	77,01	0,40	8,04	14,40	0,16	100	
			% DESTINO	18,48	17,86	17,32	16,28	66,67	18,05	
		> 64 anos Adulto	Nº	596	16	79	248	1	940	
			% GETA	63,40	1,70	8,40	26,38	0,11	100	
			% DESTINO	11,38	57,14	13,55	22,30	33,33	13,50	
	Total	Nº	5239	28	583	1112	3	6965		
		% GETA	75,22	0,40	8,37	15,97	0,04	100		
		% DESTINO	100	100	100	100	100	100		
	Doença Médica Nº = 28157 76,70%	Grupo etário [GETA]	0-14 anos Pediátrico	Nº	5121	0	34	531	0	5686
				% GETA	90,06		0,60	9,34	0,00	100
				% DESTINO	21,11		15,81	17,71	0,00	20,19
			15-44 anos Adulto Jovem	Nº	9446	39	75	841	2	10403
				% GETA	90,80	0,37	0,72	8,08	0,02	100
				% DESTINO	38,94	5,97	34,88	28,05	6,45	36,95
45-64 anos Adulto		Nº	5123	112	47	623	9	5914		
		% GETA	86,62	1,89	0,79	10,53	0,15	100		
		% DESTINO	21,12	17,15	21,86	20,78	29,03	21,00		
> 64 anos Adulto		Nº	4570	502	59	1003	20	6154		
		% GETA	74,26	8,16	0,96	16,30	0,32	100		
		% DESTINO	18,84	76,88	27,44	33,46	64,52	21,86		
Total	Nº	24260	653	215	2998	31	28157			
	% GETA	86,16	2,32	0,76	10,65	0,11	100			
	% DESTINO	100	100	100	100	100	100			
Causa de Admissão [CausaAD]	Tratamentos Nº = 1580 4,30%	Grupo etário [GETA]	0-14 anos Pediátrico	Nº	33	0	0		33	
				% GETA	100				100	
				% DESTINO	2,10				2,09	
			15-44 anos Adulto Jovem	Nº	740	1	0	741		
				% GETA	99,87	0,13		100		
				% DESTINO	46,98	50,00		46,90		
		45-64 anos Adulto	Nº	392	0	1	393			
			% GETA	99,75		0,25	100			
			% DESTINO	24,89		33,33	24,87			
		> 64 anos Adulto	Nº	410	1	2	413			
			% GETA	99,27	0,24	0,48	100			
			% DESTINO	26,03	50,00	66,67	26,14			
	Total	Nº	1575	2	3	1580				
		% GETA	99,68	0,13	0,19	100				
		% DESTINO	100	100	100	100				
	Entrou Cadáver Nº = 13 0,00%	Grupo etário	> 64 anos Adulto	Nº					13	
				% GETA					100	
				% DESTINO					13	
Total			Nº					100		
		% GETA								
		% DESTINO								

de Espinho atingiu valores bastante inferiores aos preconizados pelo grupo de trabalho dos Hospitais SA¹⁴. Este grupo preconizou o objectivo em 720 minutos para 90% ou mais dos doentes avaliados.

Nos serviços de urgência de Salamanca¹⁵ o tempo de espera para ser observado foi superior a 3 horas em 23,7% dos doentes e superior a 6 horas em 6,8%. Na unidade de emergência do Hospital São Rafael, em Salvador da Bahia-Brasil¹⁶, foram atendidos 59351 doentes com tempo de permanência média de 282,9 minutos. Nos EUA o tempo médio de permanência na emergência foi de 180 minutos¹¹.

No ano 2005 o Hospital São Sebastião-Feira¹⁷ teve 175910 episódios de urgência distribuídos 84036 pela urgência geral da responsabilidade da clínica geral e 91874 pela emergência, e desta foram transferidos 1% para hospital de nível superior.

Em Israel¹⁸ um estudo efectuado com o objectivo de compreender as razões de transferir os doentes com trauma de uma unidade hospitalar regional para outra de nível superior concluiu que 65% eram para observação especializada e 26% por falta de equipamento de diagnóstico.

O Hospital de Tondela,¹⁹ no ano 2004, hospital de nível I que passará a ter uma unidade de urgência básica no novo quadro da requalificação da rede de urgência/emergência, teve 36830 episódios de urgência e transferiu 8,2% dos episódios.

Num estudo realizado num serviço de emergência do Canadá²⁰, com a medicina interna de prevenção, foram avaliados todos os doentes que se dirigiram ao serviço durante 5 dias consecutivos. Os utentes foram triados por um médico da emergência e avaliaram as características que influenciaram a decisão para pedir opinião à medicina interna. Das características preditoras de referência à medicina interna foram a mais forte espessura do processo clínico do doente

QUADRO II**Autonomia da unidade e procedimentos**

Episódios Urgência * Autonomia			Autonomia		Total	Valor p
			Sim	Não		
Episódios Urgência	Simples	Número	7789	1030	8819	0,054
		% simples	88,3	11,7	100	
		% Autonomia	23,9	25	24	
	c/ procedimentos	Número	24813	3083	27896	
		% c/procedimentos	88,9	11,1	100	
		% Autonomia	76,1	75	76	
Total	Número	32602	4113	36715		
	% episódios urgência	88,8	11,2	100		
	% Autonomia	100	100	100		

QUADRO III**Medicina Interna e autonomia da unidade**

Minterna * Autonomia			Autonomia		Total	Valor p
			Sim	Não		
Minterna	Sim	Número	15670	1862	17532	0,0001
		% Minterna	89,4	10,6	100	
		% Autonomia	48,1	45,3	47,8	
	Não	Número	16932	2251	19183	
		% Minterna	88,3	11,7	100	
		% Autonomia	51,9	54,7	52,2	
Total	Número	32602	4113	36715		
	% Minterna	88,8	11,2	100		
	% Autonomia	100	100	100		

e a mais fraca o exame radiográfico. A combinação de idade avançada, proveniência de casa de repouso e após a meia-noite foi associada a um preditor equivalente à infinidade; assim, a presença desta tríade pode eficazmente garantir uma referência ao serviço de medicina interna. Também, houve outras características dos doentes para referência, por exemplo, fazendo oito ou mais medicamentos diferentes ou sendo profundamente surdo.

O hospital Real de Bornemouth²¹, hospital distrital do Reino Unido, serve uma população de 275000. Em

QUADRO IV

Medicina Interna e tipo de doença com a autonomia da unidade

Dtipo * Autonomia * Minterna							
Minterna			Autonomia			Total	Valor p
			Sim	Não			
Sim	Dtipo	Traumática	Número	3914	582	4496	0,0001
			% Dtipo	87,1	12,9	100	
			% Autonomia	25,3	31,3	26,0	
		Médica	Número	11540	1279	12819	
			% Dtipo	90,0	10,0	100	
			% Autonomia	74,7	68,7	74,0	
	Total	Número	15454	1861	17315		
		% Dtipo	89,3	10,7	100		
		% Autonomia	100	100	100		
Não	Dtipo	Traumática	Número	1939	530	2469	0,0001
			% Dtipo	78,5	21,5	100	
			% Autonomia	12,5	23,6	13,9	
		Médica	Número	13619	1719	15338	
			% Dtipo	88,8	11,2	100	
			% Autonomia	87,5	76,4	86,1	
	Total	Número	15558	2249	17807		
		% Dtipo	87,4	12,6	100		
		% Autonomia	100	100	100		

médicas agudas. O relatório, realizado pelo *Real College of Physician*,²² focaliza a medicina aguda como uma nova especialidade, cujos médicos a atrair a este campo serão os internistas, pelas competências construídas em fundações sadias do conhecimento e da habilidade na medicina em geral. As unidades médicas agudas funcionam acopladas aos serviços de emergência e o especialista tem afiliações próximas com a medicina da emergência e o cuidado crítico. Este relatório faz referência à definição de medicina aguda: “A medicina aguda é a parte da medicina interna concebida para a gestão imediata e especializada de doentes adultos com elevadas circunstâncias médicas que se apresentam no hospital como emergências.”

Smith, no artigo “Think completely differently”²³, defende que os serviços agudos devem ser pensados como um sistema simples, a urgência ocorre em casa do doente e este dirige-se ao hospital para

Janeiro de 1997 havia 103 doentes do foro médico ocupando camas cirúrgicas e os doentes espalhados transversalmente por 13 serviços diferentes. Então, decidiram pela criação da unidade das admissões agudas para os doentes avaliados no serviço de emergência a necessitar de curto internamento, excepto os que requeriam a unidade de cuidados intensivos, a unidade de coronários e a unidade de gastroenterologia. Essa unidade teve impacto no número de admissões hospitalares e nas readmissões.

O cuidado de doentes agudos é o objectivo, e em crescendo, do trabalho médico no hospital. Muitos destes doentes requerem a avaliação rápida e exacta, e é essencial identificar aqueles que estão em risco de piorar. Este trabalho necessita de médicos hábeis e experientes na avaliação, no diagnóstico e nos tratamentos rápidos dos doentes com circunstâncias

ser avaliado e ou tratado, tendo alta ou é internado. Os hospitais centrais acumulam doentes do foro médico e, ironicamente, o doente que necessita de cirurgia electiva com benefício de hospital mais diferenciado não é admitido porque as camas estão repletas. Os hospitais locais não compartilham do cuidado com o hospital central e enfraquece a qualidade assistencial aos utentes seriamente doentes. Assim, propõe um modelo, os hospitais locais realizam a avaliação inicial do utente com equipa de cuidados médicos agudos do hospital central, e com rotatividade das equipas. A unidade local teria ligações electrónicas de imagem e a utilização do laboratório do hospital central que permitiriam aos especialistas avaliar os doentes como se os examinassem directamente. A primeira vantagem, de tal sistema, seria os doentes urgentes alcançarem o hospital em 10 minutos, melhor que os 30, e aqueles

QUADRO V

Medicina Interna e destino

Medicina Interna		Destino					Total	Valor p
		Alta	Internamento	C Externa	Transferido	Falecido		
SIM	Nº	14701	319	627	1862	23	17532	0,0001
	% MInterna	83,85	1,82	3,58	10,62	0,13	100	
	% Destino	47,31	46,84	78,38	45,27	48,94	47,75	
NÃO	Nº	16373	362	173	2251	24	19183	
	% MInterna	85,35	1,89	0,90	11,73	0,13	100	
	% Destino	52,69	53,16	21,63	54,73	51,06	52,25	
TOTAL	Nº	31074	681	800	4113	47	36715	
	% MInterna	84,64	1,85	2,18	11,20	0,13	100	
	% Destino	100	100	100	100	100	100	

que não necessitassem de internamento rapidamente tinham alta. As transferências seriam mais selectivas e poucas transferências seriam necessárias.

O estudo do hospital universitário²⁴ de Sheffield-Inglaterra teve como objectivo avaliar o impacto das unidades de traumatismos minor e os “Walk in center” na redução da procura dos serviços de emergência. Foram enviados questionários a 267 adultos cuja triagem de prioridades verificou serem de baixo grau de gravidade. Após, a análise dos seus problemas de saúde estimaram que 55% dos problemas de saúde seriam apropriados para o tratamento na clínica geral, ou na unidade de traumatismo minor, ou nos *Walk in center* ou pelo auto-cuidado após o conselho dos *Call-Center*. Em 24% dos respondedores verificaram que não era o primeiro contacto com os serviços de saúde para o mesmo problema de saúde. A principal razão porque utilizaram o serviço foi a percepção da necessidade de radiografia e a mais fraca era o conselho de enfermagem. Assim, concluíram que o aumento da disponibilidade de serviços alternativos para o cuidado não urgente terá pouco impacto na procura do serviço de emergência.

Com a reforma da atenção primária em Espanha²⁵ esperava-se que as medidas tomadas (consultas de horário alargado, telefone de emergência e programas de triagem) contribuíssem para controlar o aumento das urgências e as visitas inadequadas; na prática houve um aumento de 5% ao ano.

De facto, o preditor mais importante para os uten-

tes para a procura dos serviços de saúde é a percepção do seu estado de saúde,²⁶ se sentirem que o seu caso é urgente dirigem-se ao serviço de urgência caso contrário vão ao centro de saúde.

Concluindo, a unidade de urgência do hospital de Espinho presta, sobretudo, cuidados para a doença médica aguda em que a medicina interna é importante na gestão deste tipo de doente e com tempo médio de permanência baixo. Ainda, consegue dar resposta aos traumatismos menores com pequena referenciação ao hospital de nível superior.

Com os previstos encerramentos das unidades de urgências é provável maior ocorrência de doentes aos hospitais de maior diferenciação e com impacto económico no Serviço Nacional de Saúde. A consulta nestes hospitais²⁷ é aproximadamente duas vezes e meia mais cara que nos hospitais de nível I. ■

Bibliografia

1. Comissão Nacional para a Reestruturação das Urgências: Relatório sobre Reestruturação das Urgências. Ministério da Saúde, Abril 1996.
2. Despacho da Ministra da Saúde nº 10/86 de 5 de Maio 1986. Características dos Hospitais de Nível I. Diário da Republica 2ª Série; 102:4273-4274.
3. Direcção Serviços e Planeamento. Rede Hospitalar Urgência/Emergência. Direcção-Geral de Saúde, Lisboa 2001.
4. Comissão técnica de apoio ao processo de requalificação das urgências. Proposta da rede de urgências. Ministério da Saúde, Janeiro de 2007.
5. Arthur L Kellerman. Crisis in the Emergency Department. *N Engl J Med* 2006; 13: 1300-1303.
6. CJT van Uden, HFJM Crebolder. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emerg Med J* 2004; 21:722-723.
7. Caro JT van Uden, Ron AG Winkens, Geertjan Wesseling, Hans FMB Fiolet,

Onno CP van Schayck. 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; 20:612–617.

8. Conselho directivo do colégio de medicina interna: A medicina interna e os serviços de urgência hospitalares. *Revista da ordem dos médicos* Dezembro de 2005; 63:30-33.

9. Despacho normativo nº 11 / 2002 de 6 de Março 2002. Criação do serviço de urgência hospitalar. *Diário da Republica 1ª Série-B*;55:1865-1866.

10. Henry Connor. The changing face of acute medicine. *Clin Med JRCPL* 2002;2:287–289.

11. McCaig LF; Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2001 emergency department summary. Advance data from vital and health statistics; nº 335. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics 2003.

12. Institute of Medicine of the National Academies. Future of Emergency Care in the US Health System 2006.

13. Campos L. Primeiro ano com equipa fixa. *A Ponte-Jornal HSFx, S.A.* Fevereiro de 2004;4:4-6.

14. Unidade Missão HSA: Grupo de trabalho de urgências. O serviço de urgência: Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. Ministério da Saúde, Lisboa 2004.

15. Asociación para la defensa de la sanidad pública de Salamanca: Masificación en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de Salamanca. Análisis de sus causas y propuestas de soluciones. *Salud* 2000 Abril 2005;101: 5-11.

16. Peter C.Jacobs, Ediriomar P Matos. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de urgência em Salvador-Bahia. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51: 348-353.

17. Hospital São Sebastião EPE/Feira. Relatório de contas ano 2005. Disponível em URL: http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/RelatorioeContasHSS_2005.pdf, [acedido 23 Fevereiro 2007].

18. Malka Avitzour, Limor Aharonson, Kobi Peleg. Secondary Transfer of Trauma Patients: Rationale and Characteristics. *IMAJ* 2006;8:539–542.

19. Branquinho C, Pardal J. Serviço de atendimento permanente/Serviço urgência. *Revista do H. Tondela* 2005;2:13-14. Disponível em URL: <http://www.hdtondela.min-saude.pt/downloads/revista/revhcf2.pdf>, [acedido 23 Fevereiro 2007].

20. Jeffrey AS, Magda LK. Will this emergency department patient be referred to internal medicine? *CMAJ* 2000;163:1566-1567.

21. Armitage M, Raza T. A consultant physician in acute medicine: The Bournemouth Model for managing increasing numbers of medical emergency admissions. *Clin Med JRCPL* 2002;2:331-333.

22. Acute medicine: making it work for patients. A blueprint for organisation and training. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians. Royal College of Physicians 2004.

23. Richard Smith. How best to organise acute hospital services? *BMJ* 2001;323:245–246.

24. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J* 2001; 18: 482-487.

25. Peiró S, Sempere ST, Oterino FD. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años despues del Informe del Defensor del Pueblo. *Economia e Salud* 1999; 33: 1-16.

26. Oliveira A. Urgência Básica. *Acta Med Port* 2006; 19: 269-273.

27. Portaria n.º 567/06 de 12 de Junho de 2006. Preço a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República 1ª Série-B* ; 113:4173-4267.