

User Behaviour at the Horta-Azores Hospital Emergency Department

Comportamento do Utilizador do Serviço de Urgência do Hospital da Horta-Açores

Ana Simas , Nuno Amorim , Catarina Cabrita , Ricardo Veloso, Juvenal Morais , Rui Suzano 

Abstract

Introduction: The inappropriate use of emergency services, with all the negative consequences for health systems, is a widespread, multifactorial phenomenon with an increasing trend.

Methods: To understand our reality, we carried out a study of the user behavior of the emergency service at Hospital da Horta through a survey, having analyzed 463 cases, representing 6.5% of all episodes during the study period, of which 44% were male and 56% female and two-thirds of whom were aged between 24 and 66 years old.

Results: Based on the Manchester triage, 60% of respondents were classified as non-urgent (Green, Blue and White). Only 5% had contact with the Saúde24 line and only 12% tried to consult any family doctor.

Conclusion: The main reasons for choosing a hospital were the self-perception of clinical urgency, the search for speed in the Emergency Department to solve the problem, the shorter waiting time for care, the greater probability of access to a hospital specialist and/or diagnostic tests and an expectation of higher quality in the service provided.

Keywords: Azores; Emergency Service, Hospital/statistics & numerical data; Health Services Misuse/statistics & numerical data; Surveys and Questionnaires.

Resumo

Introdução: O uso inapropriado dos serviços de urgência, com todas as consequências negativas para os sistemas de saúde, é um fenómeno generalizado multifactorial e com tendência crescente.

Métodos: Para conhecer a nossa realidade fizemos um estudo do comportamento do utilizador do serviço de urgência do Hospital da Horta através de um inquérito, tendo sido analisados 463 casos, representando 6,5% de todos os episódios do período de estudo, dos quais 44% eram do género masculino e 56% feminino e dois terços dos quais tinham idades entre 24 e os 66 anos.

Resultados: Com base na triagem de Manchester 60% dos inquiridos foram classificados não urgentes (Verdes, Azuis e Brancos). Apenas 5% tinha contactado a linha Saúde24 e só 12% tentou consulta no médico de família.

Conclusão: Os motivos principais pela opção hospitalar foram a auto percepção de urgência clínica, a busca na celeridade do Serviço de Urgência para resolução do problema, o menor tempo de espera no atendimento, a maior probabilidade de acesso a um especialista hospitalar e/ou a exames diagnósticos e a uma expectativa de maior qualidade no serviço prestado.

Palavras-chave: Açores; Inquéritos e Questionários; Mau Uso de Serviços de Saúde/estatísticas e dados numéricos; Serviço de Urgência Hospitalar/estatística e dados numéricos.

Introdução

Em Portugal Continental verifica-se aproximadamente uma média anual de 6,5 M de episódios de urgências hospitalares em 10 M habitantes, o dobro da média da OCDE.¹ Este *ratio* assume maior proporção nos Açores, nomeadamente no Hospital da Horta (HH), que serve as ilhas do Faial, Pico, Flores, Corvo e parte de S. Jorge, com cerca de 40 000 habitantes. Do total de episódios, 90% são de utentes residentes no Faial, pelo que cerca de 15 000 habitantes geram actualmente quase 22 500 episódios anuais. Mais ainda, sem que o condicionalismo arquipelágico ou a demografia o possam explicar, os atendimentos aumentaram 26% na última década e, de acordo com a triagem de Manchester, habitualmente seis em cada 10 são classificados como não urgentes (Verdes, Azuis e Brancos).

A crescente afluência inapropriada aos Serviços de Urgência (SU) tem um impacto negativo no tempo de espera de doentes graves, nos custos pela necessidade de alocação de recursos e na pressão exercida sobre os profissionais.²⁻⁵

Vários estudos têm procurado identificar as causas, no sentido de controlar esta tendência, reconhecidamente difícil de reverter. Foi o conhecimento do comportamento dos utentes na nossa realidade própria que levou à elaboração desta análise.

Material e Métodos

Entre o 2 de setembro de 2019 e 2 de janeiro de 2020, foi distribuído um inquérito *ad hoc*, para autopreenchimento,

Serviço de Medicina Interna, Hospital da Horta, Açores, Portugal
<https://doi.org/10.24950/rspm.2582>

em dias e a doentes aleatórios do SU. Aquando de incapacidade de resposta ao inquérito, o mesmo foi preenchido por um acompanhante, com a autorização do doente. Estas respostas eram fechadas e elaboradas segundo uma escala de Likert ou de solução dicotómica, a partir das quais se fez uma análise descritiva. Foram excluídos deste estudo todos os casos triados como Vermelhos e Laranjas pela triagem de Manchester e considerado o uso injustificado do SU quando os utentes eram triados como Verdes, Azuis e Brancos.

Os participantes receberam informações sobre os objetivos do estudo e a sua participação foi voluntária, com garantia da confidencialidade dos dados, tendo sido explicado que o preenchimento e entrega dos inquéritos era tacitamente equivalente a um consentimento informado. A divulgação dos dados resultantes deste estudo foi autorizada pela Comissão de Ética do hospital.

Resultados

Dos 500 inquéritos entregues foram devolvidos, corretamente preenchidos, 463 (92%). Foram triados neste período 7058, dos quais 459 Vermelhos e Laranjas (7%), 2563 Amarelos (36%), 3673 Verdes (52%), 234 Azuis (3%) e 117 Brancos (2%).

O tempo médio de espera entre triagem e atendimento foi habitualmente inferior a 15 minutos em todas as prioridades não urgentes ou emergentes e em praticamente nunca ultrapassou os 60 minutos.

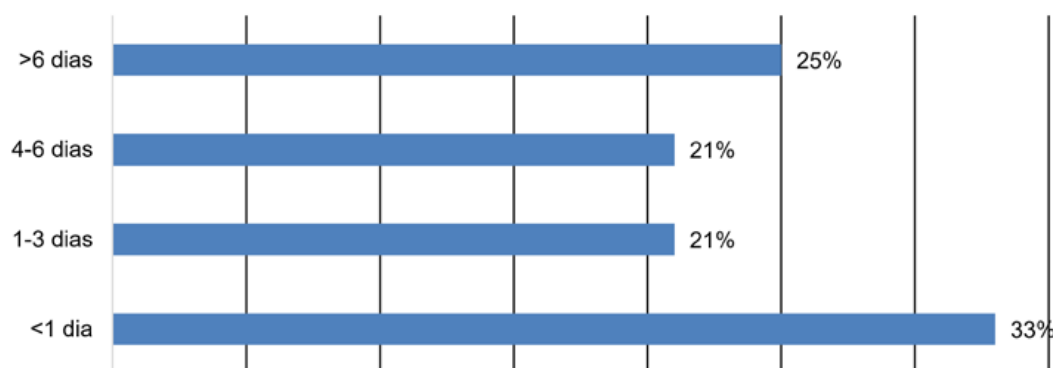


Figura 1: Dias de evolução das queixas.

O número de inquéritos incluídos representou 6,5% dos episódios deste período. A média de idades dos utentes que responderam foi de 45 +21 (1-93) anos, sendo 44% homens e 56% mulheres, e 91% eram residentes no Faial, números que estão de acordo com os dados habituais das estatísticas anuais do HH.

As repostas às questões do inquérito foram as seguintes:

- À questão "Tem um médico de família no Centro de Saúde?" apenas 5% respondeu não ter médico atribuído.

- À pergunta "Foi consultado pelo seu médico de família no último mês?" Dos participantes, 28% responderam que tinham tido consulta.
- À pergunta "Foi consultado pelo seu médico de família no último trimestre?" Dos participantes, 43% responderam que tinham tido consulta.
- Sobre a questão "Considera fácil conseguir uma consulta no Centro de Saúde/médico de família quando necessita?" Dos participantes, 44% admitiram que sim.
- À questão "Antes de ter recorrido agora ao SU tentou obter consulta no Centro de Saúde?" Somente 12% responderam que fizeram essa tentativa.
- À pergunta "É seguido regularmente em alguma consulta externa do HH?" Dos participantes, 40% responderam afirmativamente.
- Sobre a questão "O motivo de seguimento de alguma consulta no HH está relacionado com a vinda actual ao SU?" Dos participantes, 18% mencionaram que era.
- À questão "Antes de recorrer actualmente ao SU telefonou para linha Saúde24?" Apenas 5% o tinham feito.
- Quanto à questão "Alguma vez telefonou para a linha Saúde24?" Somente 15% admitiram tê-lo feito.
- À pergunta "Há quantos dias tem as queixas que motivaram a vinda actual ao SU?" Dos participantes, 33% referiram menos de 1 dia e 25% há pelo menos 7 dias (Fig. 1).

- À pergunta "Quantas vezes recorreu ao SU do HH no último mês?" Dos participantes, 46% tinham recorrido e o número máximo de recorrências foi de 8 episódios (Fig. 2).
- À questão "A vinda actual ao SU foi pelo mesmo motivo que o de alguma vinda anterior no último mês?" Dos participantes, 57% responderam que o motivo havia sido o mesmo.
- À pergunta "Quantas vezes recorreu ao SU no último

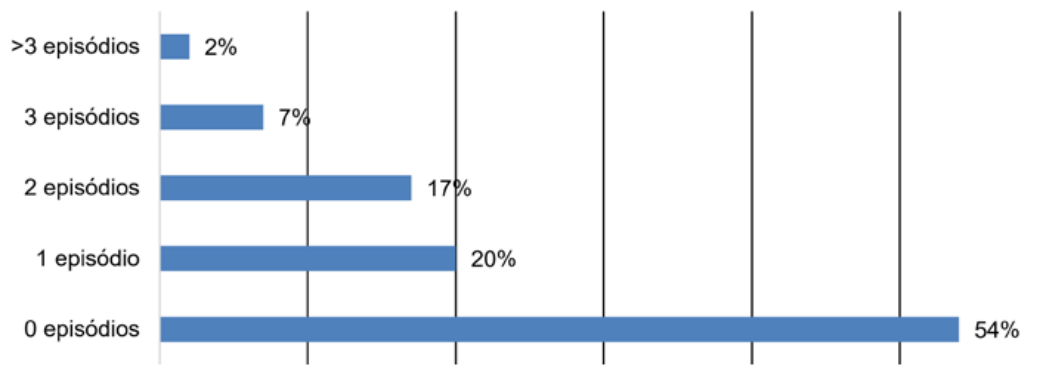


Figura 2: Atendimentos à mesma pessoa no SU no último mês.

trimestre?” Dos participantes, 50% tinham recorrido HH e o número máximo de recorrências foi de 9 episódios (Fig. 3).

- Sobre a pergunta “Pelos vezes que já recorreu ao SU do HH como considera globalmente a qualidade assistencial prestada?” Dos participantes, 70% classificaram de

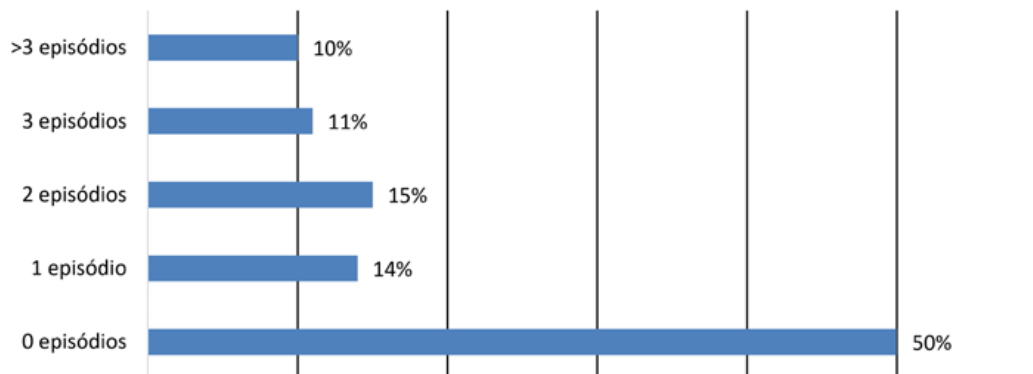


Figura 3: Atendimentos à mesma pessoa no SU no último trimestre.

- À questão “A vinda actual ao SU foi pelo mesmo motivo que alguma vinda anterior no último trimestre?” Dos participantes, 63% responderam que havia sido o mesmo.

muito bom ou bom, enquanto 6% deram classificação negativa (Fig. 4).

- Sobre a questão “Quando ocorre ao SU pessoalmente ou com um familiar a informação obtida sobre a

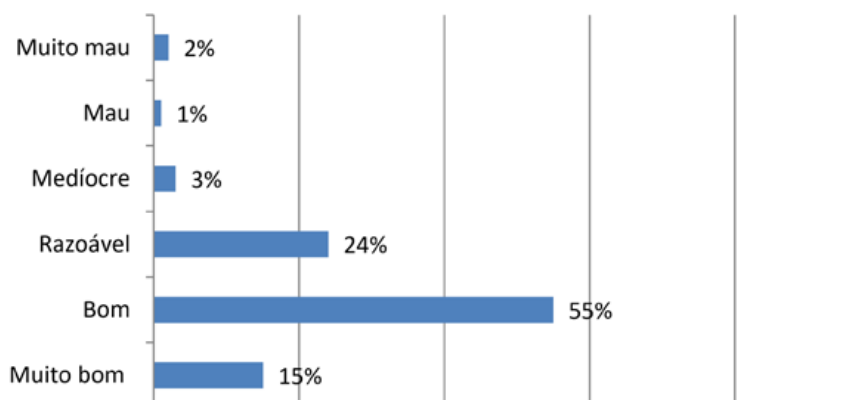


Figura 4: Percepção da qualidade assistencial do SU.

doença é clara e suficiente?” Dos participantes, 80% responderam sim.

- Quanto à questão “Como considera o tempo de espera entre a triagem e o atendimento médico?” Dos participantes, 12% referiram que era baixo, 8% referiram que era excessivo e 80% normal (Fig. 5).

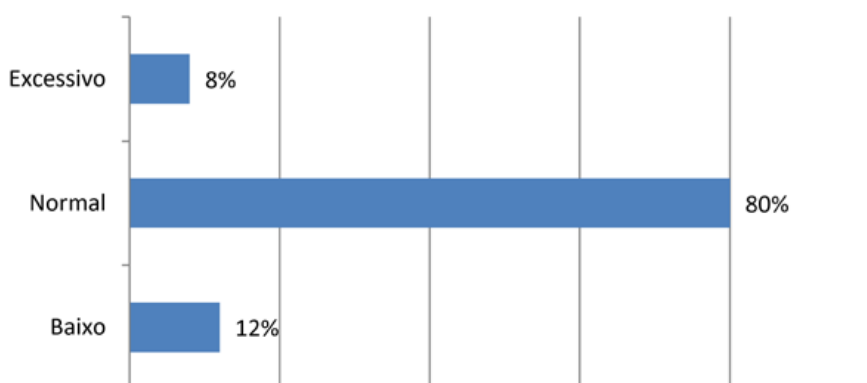


Figura 5: Percepção do tempo de espera pelo atendimento.

- Perguntado “Quando recorre ao SU é por uma questão de rapidez na solução do problema de saúde, diagnóstico e terapêutico?” Dos participantes, 54% responderam afirmativamente.

questão de gravidade da situação?” Dos participantes, 95% responderam afirmativamente.

- Questionado “Quando recorre ao SU é porque considera que não tem outra opção para o seu problema?” Dos participantes, 78% responderam que era também esse motivo.

- Sobre a questão “O que mais valoriza quando recorre ao SU?”, onde só podia ser escolhida uma entre as cinco hipóteses dadas, 37%, a maioria, escolheu a rapidez no atendimento e 23% a qualidade (Fig. 6).

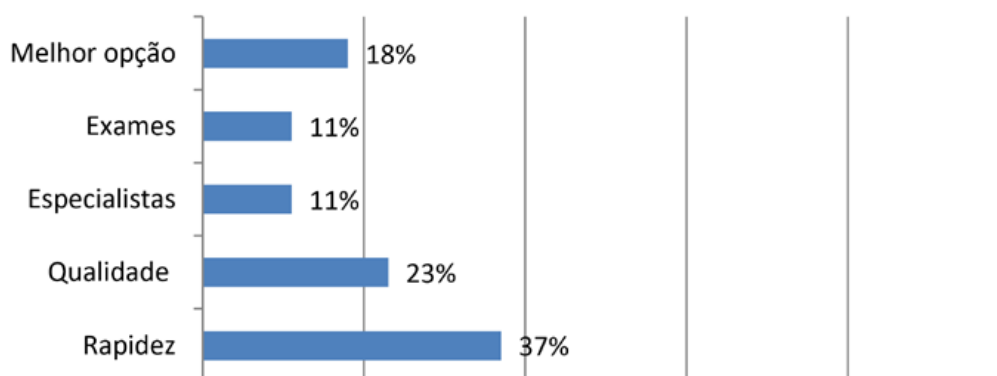


Figura 6: Aspectos mais valorizados na ida ao SU.

- Perguntado “Quando recorre ao SU é por uma questão da qualidade do serviço?” Dos participantes, 51% estiveram de acordo.
- Perguntado “Quando recorre ao SU é por uma questão de poder ter acesso mais fácil aos especialistas do HH?” Dos participantes, 47% disseram que sim.
- Questionado “Quando recorre ao SU é por uma questão de acesso mais fácil aos exames diagnósticos?” Dos participantes, 52% admitiram ser a razão.
- Questionado “Quando recorre ao SU é por uma

- Finalmente, cerca de 30% recorria ao médico privado e 10% dos doentes tinham recorrido ao SU do HH e ao médico de família no último mês.

Discussão

O SU do HH é uma unidade médico-cirúrgica com uma equipa dedicada, funcionando com 2 médicos das 08:00h às 24:00h e 1 médico das 00:00h às 08:00h, estando as especialidades hospitalares de apoio durante 24h. São atendidos cerca de 70 doentes diários, podendo por vezes chegar

a 120, sendo os estes médicos responsáveis pela primeira abordagem da emergência interna, emergência externa, sala de observações, avaliação e execução de procedimentos cirúrgicos e ortopédicos básicos.

Este crescente aumento de episódios de urgência é um fenómeno generalizado e com riscos associados.⁶ Numa revisão da literatura estimou-se que 24% a 40% dos utentes recorram ao SU hospitalar de forma inapropriada, podendo variar entre 10% e 90% segundo a escala de aferição utilizada, facto que torna os dados difíceis de comparação.⁷ Entre nós é usada a classificação da triagem de Manchester e com base nela em Portugal Continental este valor parece rondar os 40% (Verdes, Azuis e Brancos). No nosso estudo o valor é substancialmente maior, rondando os 60%.

Várias causas têm sido identificadas sendo aparentemente a mais compreensível a inexistência de um médico de família ou o seu desadequado horário de disponibilidade, mas também é por vezes apontado o envelhecimento populacional associado à pluripatologia crónica, a qual tem uma maior probabilidade de episódios de descompensação, por vezes agravados por condições socioeconómicas precárias.⁸⁻¹²

Na UE estimou-se que 27% dos cidadãos tiveram que recorrer ao SU hospitalar por impossibilidade de acesso ao médico de família.¹³ Porém, se alguns autores estimam uma redução efectiva na afluência desnecessária ao SU quando o médico de família está disponível, outros não encontraram qualquer relação.^{8,12,14}

Na nossa análise, quase todos os inquiridos tinham médico atribuído, ao qual inclusivamente cerca de 3 ou 4 em cada 10 tinham tido consulta, respectivamente, nos 30 e 90 dias anteriores, e dois terços eram precisamente adultos em idade activa, entre os 24 e 66 anos, o que está de acordo com outras publicações onde se encontrou uma relação inversa entre idade e o recurso inadequado ao SU.^{7,15} No entanto, não inferimos sobre a desadequação do normal horário de funcionamento do centro de saúde às necessidades dos utentes, mas a maioria dos episódios de urgência registam-se invariavelmente entre as 08:00h e as 12:00h.

De acordo com alguns autores o uso desnecessário do SU tende a ser maior entre as mulheres, como também podemos constatar.¹⁵

Outros motivos apontados na literatura são a não preferência pelo médico assistente, sobretudo em situações agudas, a convicção de um melhor atendimento no hospital, a conveniência do horário, a celeridade na resolução do problema e a rapidez no atendimento, o que poderia explicar o comportamento dos nossos utentes.^{3,16,17}

O SU é de facto uma porta de entrada permanente no sistema, ajustado à conveniência de cada um e cerca 50% dos inquiridos reconhece precisamente que o motivo da opção assentou na rapidez do atendimento. A celeridade na resolução final do problema de saúde foi outro motivo preferencial pelo SU.

Alguns estudos sugerem que o pagamento de taxas poderia ser um factor dissuasor.^{8,15} Pelo menos em Portugal, o seu aumento não teve efeito no acesso ao SU pelos utentes que não estavam isentos, não tendo havido um maior encaminhamento para os médicos de família.¹⁸ Acresce que nos Açores uma grande maioria não paga taxas moderadoras, tendo esta, de qualquer forma entre nós, um valor residual.

Ainda quanto à rapidez no atendimento, há uma distorção da realidade, já que apenas 12% o considerou o tempo de espera baixo, 80% considerou normal e 8% excessivo, sendo na realidade inferiores ao estipulado.

Já o reconhecimento e satisfação pelo serviço disponibilizado fica patente como motivo da escolha, pois numa avaliação global 7 em cada 10 inquiridos consideram que neste SU recebem uma assistência com qualidade e, em 80% dos casos, é igualmente reconhecida a qualidade da informação clínica prestada.

Tal como identificado noutros trabalhos, corroboramos que a melhor acessibilidade a especialidades hospitalares e/ou a exames diagnósticos são factores relevantes na escolha de metade dos inquiridos.^{2,7,19,20} Concretamente em Portugal, os estudos realizados neste âmbito apontam para os mesmos factores de preferência.²¹

Surpreendentemente quase 8 em cada 10 crêem que não dispunham de outra alternativa, apesar de 95% terem médico de família e 44% considerarem que até seria fácil obter uma consulta deste. Porém, apenas 12% deles tentou essa via, o que traduz uma dependência hospitalar na doença aguda ou crónica agudizada. Este valor é muito mais baixo quando comparado com o de outros estudos.^{22,23}

Por outro lado, o número de utilizadores da linha Saúde24, como meio para uma melhor referência, como se constata foi praticamente residual. Ainda que não seja consensual, a referência hospitalar efectuada por profissionais de saúde, nomeadamente por via telefónica, parece reduzir a taxa de atendimentos não justificados no SU.^{15,24}

Apesar de cerca de 60% dos utentes após a triagem não aparentarem critérios de gravidade, 95% deles considerou o motivo de ida à urgência como grave, o que pode ser interpretado como uma autojustificação ou como uma forma de iliteracia em saúde. Esta percepção é comum noutras publicações, ainda que os valores referidos sejam francamente inferiores e parece ser um determinante relevante na escolha do SU.^{20,25}

Cerca de um terço dos inquiridos apresentava queixas com menos de 24 horas de evolução, enquanto um quarto deles referiam sintomas há pelo menos 1 semana. Apesar de não termos indagado aspectos complementares para tirar ilações mais concretas a este respeito, com base na percentagem de casos não graves pela triagem e nas patologias mais frequentes observadas na nossa urgência, podemos inferir que existe uma cultura do imediatismo, por um lado, e, por outro, seguramente uma má concepção da

função do SU por parte daqueles que tinham sintomatologia mais arrastada. A maior duração do quadro parece aumentar também a probabilidade de afluência ao hospital.²⁰

No entanto, sabendo que 46% dos inquiridos já tinham sido observados no SU nos 30 dias anteriores e destes 57% pelo mesmo motivo, bem como 50% tinham recorrido ao SU nos últimos 90 dias e 63% deles pela mesma situação. Alguns utentes geraram 8 episódios de urgência nos últimos 30 dias ou 9 episódios no último trimestre. Torna-se imperioso apurar uma eventual sobre utilização do serviço ou uma má gestão destes utentes, que deveriam ser encaminhados, eventualmente para o serviço social, para a consulta prioritária do médico de família ou para uma consulta hospitalar, de acordo com a avaliação clínica.

Note-se também que 40% dos inquiridos eram seguidos em consulta hospitalar e que, em quase 20% dos casos, o motivo de ida ao SU era o mesmo pelo qual eram seguidos. Uma vez mais, estes utentes deviam ser encaminhados prioritariamente à consulta da respectiva especialidade ou, de acordo com a patologia em causa, ter eventualmente uma via verde de acesso à mesma.

Cerca de 30% recorria ainda com alguma frequência ao médico privado e constatou-se que 10% dos doentes tinham recorrido ao SU do HH e ao próprio médico de família no último mês, o que aparenta ser um processo redundante.

Por último, a ida à urgência por recomendação informal de profissionais da instituição é outro factor referido por alguns autores e que também pudemos eventualmente confirmar, ainda que sem um valor muito expressivo, pelo número de Azuis e Brancos atendidos.²⁶

O problema da afluência crescente e inapropriada ao SU começa a ser preocupante entre nós, que necessita ser analisado, não apenas durante o acesso, mas também a montante e a jusante. Com base nos dados observados e no sentido de tentar reverter esta tendência, algumas medidas poderiam ser ponderadas.

A montante, instituindo uma cultura de boa utilização de recursos públicos, investindo na literacia em saúde e apostando numa triagem prévia eficaz, onde a curto prazo a inteligência artificial pode ter um papel facilitador.

No acesso, através de protocolos que racionalizem o recurso imediato não indicado a especialistas hospitalares, bem como a exames diagnósticos não urgentes ou não adequados à situação clínica. Inclusivamente seria de questionar a possibilidade de penalização dos atendimentos injustificados, designadamente através da revisão das normas de pagamento de taxas moderadoras. A passagem de baixas laborais é outro aspecto que deveria ser objecto de revisão, bem como renovação de receituário. Por outro lado, a insegurança na decisão de chamar um especialista ou de não executar determinados procedimentos diagnósticos por parte do médico de urgência poderia ser

certamente minorada com a dotação dos SU com equipas dedicadas com formação em urgência/emergência.

No entanto, para dar seguimento às medidas anteriores é fundamental garantir vias de acesso a jusante, seja aos médicos de família, seja aos serviços sociais, seja às consultas hospitalares, de acordo com as necessidades. Para certos utentes, com patologias crónicas de potencial gravidade e sujeitas a descompensação frequente, a criação de vias verdes hospitalares, sejam telefónicas ou presenciais, poderiam ser consideradas.

Por fim, realçam-se as suas limitações desta análise: os inquiridos não foram previamente validados, as respostas obtidas podem ter um carácter aleatório e não foram feitos testes estatísticos de concordância para avaliar a sua fiabilidade, bem como na sua base de avaliação, a qual assentou exclusivamente no resultado ditado pelo sistema de triagem utilizado.

Conclusão

Em síntese, o número de episódios de urgência no HH tem aumentado na última década à razão de 2,5% ao ano e cerca de 60% podem ter sido atendimentos injustificados, com base na triagem de Manchester. A maioria dos utentes que recorrem ao SU do HH são adultos em fase activa, e predominantemente do sexo feminino.

Os principais motivos para a ida à Urgência foram a autopercepção de urgência clínica, a busca de celeridade para a resolução do problema, a facilidade de acesso ao especialista ou ao meio complementar de diagnóstico, a conveniência do horário de atendimento e a expectativa de maior qualidade no serviço prestado.

A opção pelo recurso ao SU, não passou pelo Médico de Família nem pela linha Saúde24, apesar de quase todos os utentes terem Médico de Família e a maioria confessarem terem fácil acesso. A conjugação destes dois factores, a facilidade do recurso ao Médico de Família, com o doente a preferir usar o SU como “loja de conveniência”, tornam claro que só com determinação e coragem política, em que seja definido um circuito obrigatório antes da ida ao SU, pode reduzir a afluência à Urgência.

O facto de 40% dos inquiridos frequentarem uma consulta hospitalar, e 20% deles recorrerem ao SU por um motivo enquadrável no âmbito dessa consulta, implica a adoção pelos hospitais de modelos de consulta aberta, capazes de darem resposta às descompensações dos doentes graves. ■

Contributorship Statement

AS, NA, CC, RV, RS, JM - Data collection and content

All authors approved the final version to be published.

Declaração de Contribuição

AS, NA, CC, RV, RS, JM – Recolha de dados e conteúdo

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2024).

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

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 revista em 2024 e da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2025. Re-use permitted under CC BY- commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2025. Reutilização permitida de acordo com CC BY. Nenhuma reutilização comercial.

Corresponding author / Autor correspondente:

Ana Simas - anaclimas@gmail.com

Serviço de Medicina Interna, Hospital da Horta, Açores, Portugal

Estr. Príncipe Alberto do Mónaco, 9900-038 Faial

Received / Recebido: 2024/07/05

Accepted / Aceite: 2024/10/09

Published ahead of print / Publicado em ahead of print: 2025/01/31

Published / Publicado: 2025/03/31

REFERÊNCIAS

1. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/0de600bb-en/index.html?itemId=/content/component/0de600bb-en>
2. Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M. Overcrowding in emergency department: an international issue. *Intern Emerg Med*. 2015; 10: 171-5. doi: 10.1007/s11739-014-1154-8
3. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis. *Acad Emerg Med*. 2017; 24: 1137-49. doi: 10.1111/acem.13220
4. Kua PHJ, Wu L, Ong E-LT, Lim ZY, Yiew JL, Thia XH, et al. Understanding decisions leading to nonurgent visits to the paediatric emergency department: caregivers' perspectives. *Singapore Med J*. 2016; 57: 314-19. doi: 10.11622/smedj.2016023
5. Cremonesi P, Bella E, Montefiori M, Persico L. The Robustness and Effectiveness of the Triage System at Times of Overcrowding and the Extra Costs due to Inappropriate Use of Emergency Departments. *Appl Health Econ Health Policy*. 2015; 13: 507-14. doi: 10.1007/s40258-015-0166-5
6. Van den Heede K, Van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: a review of reviews. *Health Policy*. 2016; 120: 1337-49. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.10.002
7. Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25: 7-28. doi: 10.1590/S0102-311X2009000100002
8. Lee A, Lau FL, Hazlett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong. *Soc Sci Med*. 2000; 51: 1075-85. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00039-3
9. Rajpar SF, Smith MA, Cooke MW. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. *J Accid Emerg Med*. 2000; 17: 18-21. doi: 10.1136/emj.17.1.18
10. Lowthian JA, Jolley DJ, Curtis AJ, Currell A, Cameron PA, Stoelwinder JU. The challenges of population ageing: accelerating demand for emergency ambulance services by older patients, 1995-2015. *Med J Aust*. 2011; 194: 574-8. doi: 10.5694/j.1326-5377.2011.tb03107.x
11. Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J*. 2003; 44: 585-91. PMID: 14515418
12. Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract*. 2002; 19: 207-10. doi: 10.1093/fampra/19.2.207
13. OECD. Health at a Glance. European report 2016. doi: 10.1787/23056088
14. Campbell JL, Ramsay J, Green J, Harvey K. Forty-eight hour access to primary care: practice factors predicting patients' perceptions. *Fam Pract*. 2005; 22: 266-8. doi:10.1093/fampra/cmi006
15. Shah NM, Shah MA, Behbehani J. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *Soc Sci Med*. 1996; 42: 1313-23. doi: 10.1016/0277-9536(95)00233-2
16. Lacatus AM, Atudorei IA, Neculau AE, Isop LM, Vecerdi CA, Rogozea L, et al. Inappropriate Use of Emergency Services from the Perspective of Primary Care Underutilization in a Local Romanian Context: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. 2024; 12: 1-10. doi: 10.3390/healthcare12070794
17. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espin C, Lopez-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons: an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med*. 2001; 37: 568-79. doi: 10.1067/mem.2001.113464
18. Brazão ML, Nóbrega S, Bebiano G, Carvalho E. Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Medicina Interna*. 2016; 23: 8-14. doi: 10.24950/rspm.814
19. Miyazawa A, Maeno T, Shaku F, Tsutsumi M, Kurihara H, Takayashiki A, et al. Inappropriate use of the emergency department for nonurgent conditions: Patient characteristics and associated factors at a Japanese hospital. *J Gen Fam Med*. 2019; 20: 146-53. doi: 10.1002/jgf2.249
20. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, El Khoury C, Yordanov Y, et al. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Qual Saf*. 2020; 29: 449-64. doi: 10.1136/bmjqs-2019-009396
21. Rego PM. A utilização dos serviços de urgência em Unidades Locais

- de Saúde. [Dissertação no XLVI CURSO de especialização em Administração Hospitalar]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2018. [consultado Dez 2023] Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/75722/1/RUN%20-%20Trabalho%20Final%20CEAH%20-%20Patr%C3%ADcia%20Maria%20Nunes%20Rego.pdf>
22. Lee A, Lau FL, Hazlett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong. *Soc Sci Med*. 2000; 51: 1075-85. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00039-3
23. Rajpar SF, Smith MA, Cooke MW. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. *J Accid Emerg Med*. 2000; 17: 18-21. doi: 10.1136/emj.17.1.18
24. Almeida CP. A implementação da triagem telefónica como uma prática Lean num serviço de atendimento não programado. [Tese de Mestrado]. Lisboa: ISCTE; 2011. [consultado Dez 2023] Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/4182>
25. Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med*. 2002; 9: 916-23. doi: 10.1197/aemj.9.9.916
26. Lobachova L, Brown D, Sinclair J, Chang Y, Thielker K, Nagurney J. Patient and provider perceptions of why patients seek care in emergency departments. *J Emerg Med*. 2014; 46: 104-12. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.04.063