

Caracterização dos SAP do distrito de Bragança em horário nocturno

NELSON TEIXEIRA,* ALBÉRICO PIRES,** BERTA NUNES***

RESUMO

Título: Caracterização dos SAP do distrito de Bragança em horário nocturno.

Introdução: Em Portugal, na década de 80, foram criados os primeiros SAP – Serviço de Atendimento Permanente. Desde então, têm vindo a multiplicar-se nos diversos Centros de Saúde do País. Esta organização do atendimento urgente dos Serviços de Saúde tem sido posta em causa nas regiões rurais, mormente em período nocturno. Este estudo pretende caracterizar o atendimento nocturno dos SAPs existentes no distrito de Bragança.

Material e Métodos: Os dados foram colhidos a partir das fichas de atendimento dos SAPs do distrito de Bragança, entre as 0:00 e as 7:59, nos meses de Julho, Agosto, Novembro e Dezembro de 2005. Os diagnósticos foram codificados através da Classificação Internacional de Cuidados Primários, versão 2-ICPC2. Caracterizou-se a população utilizadora do SAP em horário nocturno, a forma de utilização do mesmo, os diagnósticos realizados e o destino dos utentes após o atendimento.

Resultados: Verificou-se uma afluência global de 1,5 utentes/noite, variando entre 0,5 e 3,8 utentes/noite registados nos diferentes SAPs. O mês com mais atendimentos foi Agosto. Foram os idosos quem mais recorreu aos SAPs. O motivo de admissão mais frequente foram os vômitos, enquanto o diagnóstico de saída mais prevalente foi o traumatismo. Verificaram-se cerca de 39,8% situações de real urgência, dos quais 29% foram emergências e 71% urgências.

Conclusões: Conclui-se que os atendimentos nocturnos são diferentes dos diurnos analisados noutros estudos. Verificaram-se mais situações de verdadeira urgência, com um volume significativo de situações emergentes. Propõe-se uma melhoria dos cuidados de emergência pré-hospitalar, com uma rede de ambulâncias do INEM, drenando as situações de urgência e emergência directamente para as urgências médico-cirúrgicas regionais. As situações agudas não urgentes poderão ser resolvidas por um atendimento fora de horas que iria substituir os SAPs actuais das 20 às 8 horas.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários; Atendimento Nocturno; Diagnósticos; Serviços de Urgência.

transformação das estruturas de atendimento urgente existentes, nomeadamente os hospitais concelhios, em SAPs englobados nos Centros de Saúde respectivos. Desta forma, os SAPs e estruturas afins (SASU – Serviço de Atendimento de Situações Urgentes, CATUS – Centro de Atendimento de Urgências, SADU – Serviço de Atendimento de Doentes Urgentes, entre outros) tiveram crescimento exponencial: eram 64 em 1985, 230 em 1996 e aproximadamente 280 em 2005.^{3,4} Contudo, não se tem verificado a esperada diminuição do recurso às urgências hospitalares.^{1,2,5-7} Alegou-se inicialmente que os médicos de família estariam a referenciar demasiados utentes dos SAPs para as urgências hospitalares, mas cedo se concluiu que a grande maioria das situações são resolvidas a nível local nos Centros de Saúde.^{1,2,6,8-10}

Existem diversos estudos no que se refere à caracterização dos SAPs por todo o país e verifica-se um padrão repetitivo na literatura.^{1,2,5-10} A grande maioria dos diagnósticos corresponde a doenças e problemas agudos comuns, os padrões de utilização seguem os ritmos e a conveniência sociais diários dos cidadãos e das famílias (muito mais ocorrências no período diurno) e as características dos utentes que procuram os serviços são comuns (a maioria tem menos de 30 anos).^{2, 5-10}

No distrito de Bragança, assim como

INTRODUÇÃO

Em Portugal, na década de 80, foram criados em Lisboa os primeiros Serviços de Atendimento Permanente (SAP), com o objectivo de aliviar a pressão já então crescente sobre as urgências hospitalares.¹ No distrito de Bragança isto também ocorreu, com a

*Interno Complementar de Medicina Geral e Familiar – Centro de Saúde de Bragança

**Chefe de Serviço da carreira de Medicina Geral e Familiar – Director do Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros

***Chefe de Serviço da carreira de Medicina Geral e Familiar – Coordenadora da Sub-Região de Saúde de Bragança

em todo o interior, vem-se assistindo a uma progressiva desertificação e envelhecimento da população,¹¹ pelo que tem sido posta em causa a actual organização dos Cuidados de Saúde Primários, especialmente os SAPs em horário nocturno, no que diz respeito à sua viabilidade no âmbito das capacidades financeiras e técnicas existentes.

Perante a ausência de trabalhos nesta área, os autores decidiram realizar o presente estudo que pretende caracterizar os SAPs do distrito de Bragança, em horário nocturno.

MATERIAIS E MÉTODOS

Efectuou-se um estudo descritivo transversal da utilização do Serviço de Atendimento Permanente (SAP) dos Centros de Saúde do Distrito de Bragança: Alfândega da Fé, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Miranda do Douro, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais. Os Centros de Saúde de Bragança, Mirandela e Macedo de Cavaleiros encerram das 20h às 8h e aos fins-de-semana, uma vez que essas cidades possuem Urgências Hospitalares, não tendo por isso sido incluídos no estudo. Os dados foram colhidos a partir das fichas de atendimento efectuadas com admissão entre as 0:00 e as 7:59 durante os meses de Julho, Agosto, Novembro e Dezembro de 2005. Os motivos de admissão e diagnósticos de saída (primário e secundário) foram codificados pelo primeiro autor utilizando o sistema de classificação ICPC2 – Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2ª Edição, traduzida pela Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

As variáveis estudadas foram sexo, idade, motivo de admissão, diagnóstico de saída, diagnóstico de situações consideradas urgentes, diagnóstico de situações consideradas emergentes, des-

tino dos utentes após atendimento e serviços de referenciação dos utentes transferidos.

RESULTADOS

Foram estudadas no total 1.654 fichas de atendimento urgente nos nove SAPs envolvidos neste estudo, entre as 0:00 e as 7:59. Da população estudada, 848 utentes eram do sexo masculino, correspondendo a 51,3% do total (Quadro I), e 48,7% eram do sexo feminino.

A distribuição etária da população estudada encontra-se representada na

QUADRO I

DISTRIBUIÇÃO POR SEXO DOS UTENTES UTILIZADORES DOS SAPS EM PERÍODO NOCTURNO.

Sexo	Utentes n	%
Feminino	806	48,7%
Masculino	848	51,3%
Total	1.654	100%

QUADRO II

DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA E AFLUÊNCIA EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO RESIDENTE DOS UTENTES QUE RECORRERAM AOS SAPS EM PERÍODO NOCTURNO.

Idade (anos)	Utentes (n)	População (n)	Afluência (%)
< 1	17	414	4,1
1 a 9	152	4.868	3,1
10 a 19	158	7.861	2,0
20 a 29	218	7.994	2,7
30 a 39	158	7.407	2,1
40 a 49	149	8.566	1,7
50 a 59	151	8.858	1,7
60 a 69	171	11.308	1,5
70 a 79	257	9.614	2,7
80 a 89	120	3.710	3,2
> 89	14	499	2,8
S/ informação	89	–	–
Total	1.654	71.099	2,3

Fonte: INE – Instituto Nacional de Estatística, Censos 2001.

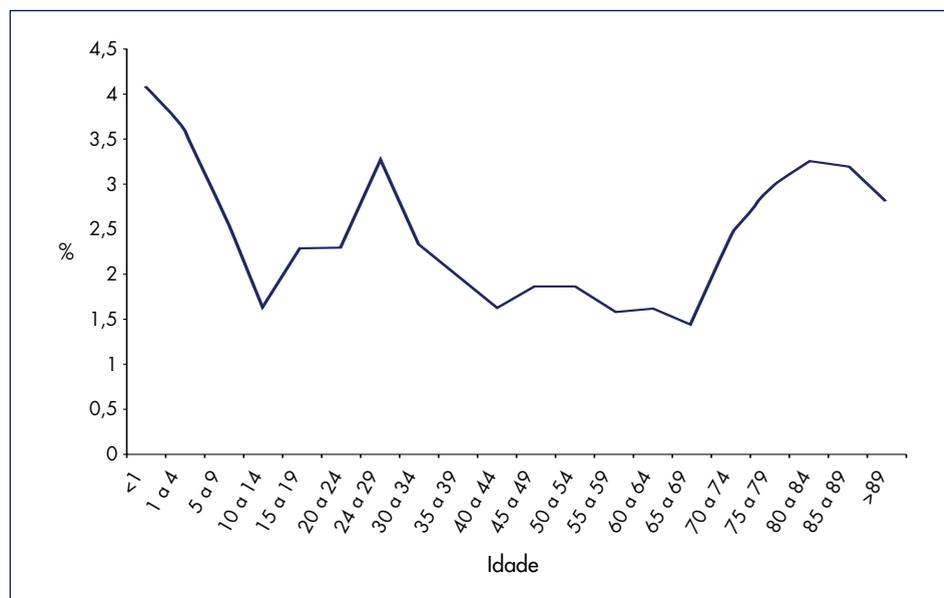


Figura 1. Afliência em período noturno por escalão etário, em relação à população residente.

Fontes: dados do INE e fichas de atendimento do SAP.

Quadro II. O escalão etário que mais frequentemente recorreu aos SAPs em período noturno foi dos 70 aos 79 anos (257 utentes), embora comparando com a população residente sejam as crianças com menos de 1 ano o escalão etário com maior afliência aos SAPs no horário noturno. No período de 4 meses estudado, a afliência noturna global foi de 2,3%.

Ainda em relação à distribuição etária (Figura 1), verifica-se que existem 3 picos de aumento de recurso noturno aos SAPs, o primeiro do nascimento até cerca dos 5 anos, depois no adulto jovem (entre os 24 e os 34 anos) e finalmente nos idosos (acima dos 75 anos), embora em relação a este último escalão etário se verifique um decréscimo do recurso aos SAPs a horas noturnas nos muito idosos (acima dos 90 anos).

No Quadro III está descrita a distribuição dos motivos de admissão e dos diagnósticos de saída, or-

QUADRO III

DISTRIBUIÇÃO DOS MOTIVOS DE ADMISSÃO E DOS DIAGNÓSTICOS DE SAÍDA POR CATEGORIA ICPC2

Categoria ICPC2	Motivos de admissão		Diagnósticos de saída	
	n	%	n	%
Inespecífico	230	11,7	302	17,4
Sangue	6	0,3	10	0,6
Digestivo	466	23,7	363	20,9
Olho	44	2,2	40	2,3
Ouvido	45	2,2	49	2,8
Circulatório	64	3,3	109	6,3
Musculo-esquelético	255	13,0	160	9,2
Neurológico	134	6,8	44	2,5
Psicológico	133	6,8	174	10,0
Respiratório	240	12,2	194	11,2
Pele e Tecidos Moles	206	10,5	59	3,4
Endócrino	19	0,4	41	2,4
Urológico	90	4,6	142	8,2
Obstétrico	15	0,8	23	1,3
Genital Feminino	12	0,6	14	0,8
Genital Masculino	4	0,2	7	0,4
Social	1	0,1	4	0,2

ganizados por categoria ICPC-2. De referir que foram considerados para cada caso atendido diversos motivos de admissão e a possibilidade de diagnósticos principal e secundário.

Quanto aos motivos de admissão encontrados, de destacar os sintomas digestivos (23,7%), a sintomatologia musculoesquelética (13%), respiratória e geral/inespecífica (cerca de 12%) e pele e tecidos moles (10,5%).

Os sintomas que mais frequentemente levaram os utentes a recorrer aos SAPs foram os vômitos (8,8% dos utentes), seguidos das escoriações (7,4%), cólica abdominal (7%), dispneia (5,7%), lombalgia (5%), epigastralgia (5%) e febre (4,7%).

Em relação aos diagnósticos de saída, para além dos sistemas referidos nos motivos de admissão, verifica-se uma importância relativamente maior dos sistemas psicológico (10%), urológico (8,2%) e circulatório (6,3%).

Desta forma, os diagnósticos de saída mais encontrados foram os acidentes (9% dos casos), seguidos da gastroenterite (4,7%), crise de ansiedade (4,6%), amigdalite (4,5%), infecção urinária (4,2%), intoxicação alcoólica (3,3%), dispepsia (2,7%), patologia dentária (2,1%), politraumatismos (1,8%) e crise hipertensiva (1,5%).

Apesar da relativamente baixa afluência nocturna (cerca de 1,5 utentes por noite, ver Quadro VII), os SAPs viram-se confrontados em 27,9% dos casos com situações urgentes (Quadro IV), definidas como as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves às graves, com risco do estabelecimento de falência das funções vitais.¹²

Para além disso, 11,9% foram atendimentos emergentes (Quadro V), definidas como todas as situações clínicas de instalação súbita, em que existe, estabelecida ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.¹²

As situações urgentes mais frequen-

QUADRO IV

DIAGNÓSTICOS DE SITUAÇÕES CONSIDERADAS URGENTES

Diagnósticos	n	%
Escoriações	80	17,3
Pequenos Traumatismos	51	11,0
Alergias	20	4,3
Vômitos	23	5,0
Gastroenterites	77	16,7
Corpo estranho ocular	9	1,9
Outras lesões traumáticas oculares	9	1,9
Corpo estranho no ouvido	2	0,4
Síndrome Vertiginosa	17	3,7
Insuficiência cardíaca descompensada	12	2,6
Hipertensão arterial sem complicações	25	5,4
Entorses e distensões do tornozelo	5	1,1
Luxação / subluxação	2	0,4
Cefaleia	8	1,7
Abuso Agudo de Álcool	54	11,7
Crise psicótica	6	1,3
Picada de Insecto	17	3,7
Hiperglicemia	26	5,6
Retenção Urinária	15	3,2
Urgências Obstétricas	4	0,9
Total	462	100

tes foram as Escoriações (17,3%), Gastroenterites (16,7%), Pequenos Traumatismos (11,0%) e Abuso Agudo de Álcool (11,7%) – Quadro IV.

Das situações emergentes (Quadro V), de realçar as fracturas e traumatismos graves (cerca de 34% das emergências), assim como o síndrome de dificuldade respiratória (cerca de 23%). Outras situações emergentes a assinalar foram os enfartes de miocárdio e outros eventos coronários agudos (8,7%) e as emergências obstétricas, que consistiram em trabalhos de parto (6,6%).

O destino dos utentes está representado na Figura 2, sendo visível que a maioria das situações se resolve sem necessidade de internamento ou transferência (66,2%), mas uma fatia importante dos utentes são colocados em observação e/ou internamento no pró-

QUADRO V

DIAGNÓSTICOS DE SITUAÇÕES CONSIDERADAS EMERGENTES

Diagnósticos	n	%	
Anafilaxia	1	0,5	
Hemorragia Digestiva Alta	5	2,6	
Quadros abdominais agudos (suspeita de apendicite)	7	3,6	
Arritmias	Fibrilhação auricular	1	0,5
	Arritmia Cardíaca NE	8	4,1
Eventos Coronários Agudos	Angina de Peito	7	3,6
	Enfarte Agudo Miocárdio	10	5,1
Doença Cérebro-Vascular	AVC	6	3,1
	AIT	4	2,0
Convulsões		4	2,0
Paragem Cardio-Respiratória		2	1,0
Obstrução Aérea		2	1,0
	DPOC	24	12,2
Síndrome de Dificuldade Respiratória	Asma	12	6,1
	Bronquite aguda / Bronquiolite	10	5,1
Intoxicações	Medicamentosas	2	1,0
	Não Medicamentosas	7	3,6
Traumatismos	Fracturas Membros Superiores	5	2,6
	Fracturas Membros Inferiores	4	2,0
	Outras Fracturas	1	0,5
	TCE's	8	4,1
	Outros traumatismos NE	48	24,5
Queimaduras		3	1,5
Hipoglicemia		2	1,0
Emergências Obstétricas		13	6,6
TOTAL	196	100	

prio Centro de Saúde (4,6%). Cerca de 18% dos utentes foram transferidos para o Hospital de referência. Faleceram dois utentes, ambas as situações em paragem cardio-respiratória à admissão, após acidentes de viação.

No que diz respeito aos Serviços que acolheram os doentes transferidos, observou-se a distribuição que se apresenta no Quadro VI.

Verifica-se que o serviço para o qual mais frequentemente drenaram doentes dos SAPs no período nocturno foi Cirurgia, seguido de perto por Medicina Interna e Ortopedia/Traumatologia.

Quanto à evolução temporal da procura dos SAPs (Figura 3), este estudo é

limitado por abranger apenas 4 meses do ano. De qualquer modo, Agosto foi o mês que registou mais consultas urgentes, enquanto Novembro apresentou o menor número de atendimentos.

Foram realizadas 1.654 consultas urgentes neste período, o que perfaz uma média global de atendimentos nocturnos de 1,49 utentes por noite nos nove SAPs analisados e atingiu os 2,08 utentes por noite no mês de Agosto (Quadro VII). Comparando os valores encontrados com os de 2004 e do 1º semestre de 2005, verifica-se que são um pouco superiores, com uma média de 1,2 utentes/noite em 2004 e 1º semestre de 2005 contra 1,5 utentes/noite

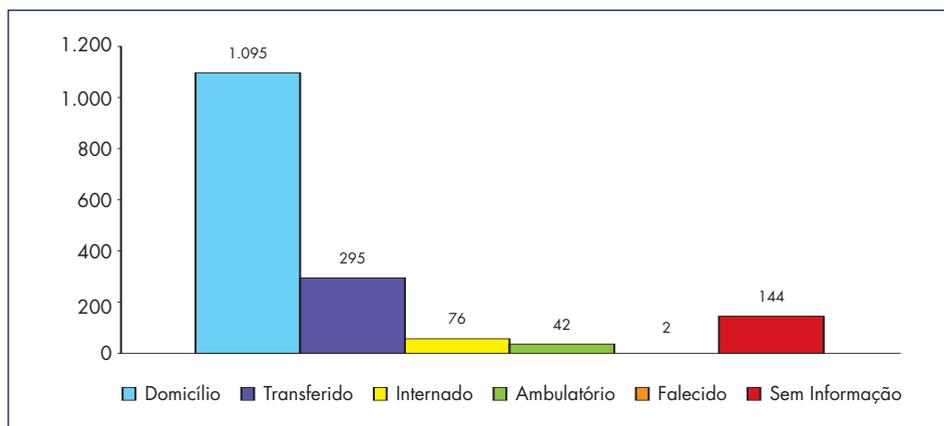


Figura 2. Destino dos utentes após atendimento nos SAPs.

no período estudado (mais 25%).

A distribuição dos atendimentos dos nove SAPs do distrito de Bragança está descrita no Quadro VIII. Verificam-se valores que variam entre os 0,5 utentes por noite de Alfândega da Fê em Novembro, até aos 3,8 utentes por noite registados em Vila Flor em Julho. De modo global, conclui-se que, no período estudado, o SAP com maior número de atendimentos nocturnos foi Vila Flor (média de 2,6 utentes por noite) enquanto o

SAP de Alfândega da Fê registou o menor afluxo nocturno, com cerca de 1,0 utentes por noite. Em relação a 2004 e 1º semestre de 2005, verificam-se valores semelhantes, à excepção de Moga-douro, Torre de Moncorvo, Vila Flor e Vimioso, onde se observou um número superior de atendimentos no período estudado.

DISCUSSÃO

A afluência aos SAPs em período nocturno encontrada neste estudo foi de 2,3% da população residente durante o período analisado, correspondendo a uma média de 1,49 utentes por noite.

É de referir que apenas foram considerados 4 meses do ano, o que poderá não reflectir fielmente o que se passa nos restantes meses. O período escolhido teve como critério abranger os meses em que a procura dos SAPs rurais fosse presumivelmente maior, como são os meses de Verão, em que a população aumenta com o afluxo de emigrantes, e os meses de Outono e início de Inverno em que as infecções respiratórias implicam maior recurso aos cuidados de saúde. Contudo, comparando com os valores anuais de 2004 e do 1º semestre de 2005, a afluência registada no período do estudo é ligeiramente superior.

QUADRO VI

SERVIÇOS DE REFERENCIAÇÃO DOS UTENTES TRANSFERIDOS DOS SAPS

Serviços	Nº Transferências	%
Cirurgia	80	28,7
Medicina	67	24,0
Ortopedia	51	18,3
Ginecologia/Obstetrícia	17	6,1
Neurologia	15	5,4
Cardiologia	11	3,9
Psiquiatria	8	2,9
ORL	8	2,9
Oftalmologia	8	2,9
Pediatria	7	2,5
Urologia	6	2,2
Nefrologia	1	0,4
S/ Informação	16	-
Total	295	-

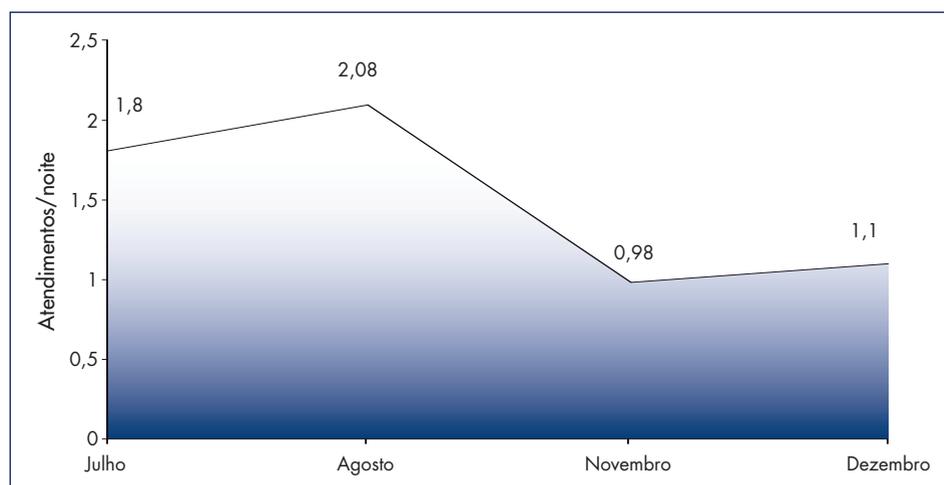


Figura 3. Atendimentos segundo o mês de admissão.

Por outro lado, os registos dos atendimentos nem sempre eram claros, além de que foram preenchidos por diferentes médicos dos diversos SAPs, o que poderá implicar viés de informação.

Neste estudo está bem patente o envelhecimento da população, quer residente quer a utilizadora dos SAPs em período nocturno, como o comprova o facto de o escalão etário que mais recorreu aos SAP's em período nocturno ter sido dos 70 aos 79 anos. Porém, comparando a população utilizadora dos SAPs à noite com a população residente, verifica-se a existência de picos de afluência nas crianças e adultos jovens,

além dos idosos. Enquanto que nas crianças e idosos a maior prevalência de doenças associadas poderá explicar essa afluência, em relação aos adultos jovens, a explicação poderá estar na maior sinistralidade, assim como outros acidentes e traumatismos associados.

Com este estudo chegou-se à conclusão que, se por um lado se regista um baixo número de atendimentos em período nocturno, mesmo em meses de maior afluxo populacional, por outro lado constatou-se que as situações atendidas são significativamente diferentes das do período diurno.

Nos diferentes estudos realizados verificaram-se, no período diurno, valores de «verdadeiras» urgências inferiores a 10%,^{1,2,8-10} quer em meio rural quer urbano, enquanto neste estudo esse valor foi de cerca de 39,8%. Este resultado é comparável ao encontrado a nível da urgência hospitalar, estimado em cerca de 30%.⁶ Verificou-se que cerca de 11,4% do total de casos constituíram situações consideradas emergentes, sendo os mais frequentes os traumatismos graves, os síndromes de dificuldade respiratória (frequentemente resolvidos no próprio SAP), enfartes de miocárdio e outros eventos coronários agudos e as emergências obstétricas, que consi-

QUADRO VII

DISTRIBUIÇÃO DOS ATENDIMENTOS NOCTURNOS DE ACORDO COM A DATA DE ADMISSÃO

Data	Nº atendimentos	Utentes/ /noite
Julho	502	1,8
Agosto	580	2,08
Novembro	265	0,98
Dezembro	307	1,1
Total	1.654	1,49
Total 2004	3.929	1,2
Total 1º sem. 2005	1.969	1,2

QUADRO VIII

DISTRIBUIÇÃO DOS ATENDIMENTOS NOCTURNOS NOS SAPS DO DISTRITO DE BRAGANÇA EM
JULHO, AGOSTO, NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 2005, ANO DE 2004 E 1º SEMESTRE DE 2005

SAPs	Alfândega da Fé		Carrazeda de Ansiães		Freixo de Espada à Cinta		Miranda do Douro		Mogadouro		Torre de Moncorvo		Vila Flor		Vimioso		Vinhais	
	N	U/n	N	U/n	n	U/n	N	U/n	n	U/n	n	U/n	n	U/n	n	U/n	n	U/n
Julho	32	1,0	61	2,0	27	0,9	34	1,1	75	2,4	73	2,4	117	3,8	41	1,3	42	1,4
Agosto	49	1,6	30	1,0	32	1,0	46	1,5	112	3,6	87	2,8	115	3,7	54	1,7	55	1,8
Novembro	14	0,5	24	0,8	35	1,2	32	1,1	36	1,2	45	1,5	40	1,3	17	0,6	22	0,7
Dezembro	22	0,7	36	0,7	33	1,1	18	0,6	67	2,2	37	1,2	48	1,5	15	0,5	31	1,0
Total	117	1,0	151	1,2	127	1,0	130	1,1	290	2,4	242	2,0	320	2,6	127	1,0	150	1,2
Total 2004	322	0,9	503	1,4	315	0,9	471	1,3	709	1,9	506	1,4	430	1,2	268	0,7	415	1,1
Total 1º sem. 2005	185	1,0	207	1,1	152	0,8	261	1,4	369	2,0	258	1,4	254	1,4	101	0,6	182	1,0

Legenda: U/n=Utentes por noite

ram em trabalhos de parto na totalidade dos casos atempadamente orientados para os Hospitais de referência.

A grande maioria das situações foi resolvida sem necessidade de recurso a Urgência Hospitalar (82%), apesar de não ser possível o recurso a meios auxiliares de diagnóstico sofisticados como os existentes a nível hospitalar. Verifica-se que o serviço para o qual mais frequentemente se referenciaram doentes dos SAPs, em período nocturno, foi o de Cirurgia, seguido de perto por Medicina Interna e Ortopedia/Traumatologia. Este facto justifica-se pela importante fatia de situações traumáticas já referida, além das situações médicas associadas ao envelhecimento da população.

Conclui-se que uma parte importante das ocorrências nocturnas corresponde a situações urgentes e emergentes, o que pressupõe um atendimento adequado e em tempo útil, dificultado pelas longas distâncias a que a geografia da região obriga e pelas más acessibilidades.

Com o desenvolvimento ocorrido nos últimos anos do atendimento pré-hospitalar (novas VMER – Veículo Médico de Emergência e Reanimação, Vias Ver-

des, alargamento da cobertura do CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes) e com as reestruturações em curso do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), uma fatia cada vez maior da população portuguesa está abrangida por modelos de socorro e transporte que permitem uma referência hospitalar mais adequada.¹² Contudo, nas regiões rurais do interior essa resposta ainda é claramente insuficiente.^{13,14,15}

Sabendo-se que em meio rural os SAPs são a porta de entrada de verdadeiras urgências e emergências, principalmente em horário nocturno, como este estudo veio demonstrar, o passo lógico e imediato é possibilitar cuidados pré-hospitalares de qualidade,^{13,14,15} à semelhança do que acontece noutros países europeus.^{15,16} No Reino Unido, desde 1999, está a ser implementada uma reforma dos serviços de Urgência,¹⁶ que inclui uma rede de ambulâncias devidamente equipadas com monitorização eletrocardiográfica, telemetria e farmacologia, tripuladas por equipas de paramédicos com formação específica, possibilitando a estabilização dos doentes com troca de informação com o Hospital de destino e a administração

de fármacos de emergência, tais como fibrinolíticos em enfartes do miocárdio. Esta reforma possibilitou o atendimento de 76,2% das situações emergentes em menos de 8 minutos em 2004 e 2005 no Reino Unido, enquanto as situações de urgência não potencialmente fatais têm como objectivo serem atendidas em menos de 14 minutos nas áreas urbanas e menos de 19 minutos nas zonas rurais.

No distrito de Bragança, o reforço da rede de atendimento pré-hospitalar, através de ambulâncias devidamente equipadas e com pessoal paramédico com formação específica à semelhança do sistema britânico, possibilitaria em nosso entender o atendimento em tempo útil das situações de real urgência incluindo as emergências potencialmente fatais, que seriam encaminhadas directamente para os hospitais de referência. Neste contexto seria necessária também uma reestruturação dos cuidados intensivos e intermédios a nível hospitalar.

Dado que os centros de saúde rurais continuarão a ser a porta de entrada de urgências e emergências, embora em menor número se for implementada a rede de ambulâncias do INEM e uma VMER em Mirandela (apenas existe uma VMER na Unidade Hospitalar de Bragança), será necessário promover a formação dos profissionais que trabalham nos Serviços de Atendimento Permanente dos Centros de Saúde rurais, numa perspectiva semelhante aos profissionais das VMERs, embora adaptada ao contexto local.

Por último, verificou-se que aproximadamente 61% dos atendimentos não constituíram situações de verdadeira urgência. Fica a questão: o que fazer com as situações não urgentes, mas que necessitam de atendimento atempado mesmo em horário nocturno?

A resposta terá de ser dada a nível dos cuidados primários, evitando a sobrecarga dos Serviços de Urgência Hos-

pitalares e possibilitando cuidados adequados às situações de gravidade *minor* prestados por clínicos de Medicina Geral e Familiar. Estes profissionais são comprovadamente os mais habilitados para resolver as situações comuns, sem necessidade de exames complementares sofisticados ou recursos muito onerosos.¹⁷ Contudo, em horário nocturno, pode ser pertinente a utilização de atendimento telefónico articulado com um esquema de «atendimento fora de horas» com resultados positivos em países como o Reino Unido ou Canadá, que encontraram neste tipo de atendimento a solução para dar resposta e encaminhar os doentes no período nocturno.¹⁸

Estas propostas não invalidam uma reorganização dos Cuidados de Saúde Primários, que possibilite uma maior acessibilidade a consultas de Medicina Familiar, sugerida por vários autores,^{2,3,6} que poderá passar por alterações no regime de trabalho e no sistema retributivo dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brito de Sá A. Urgência hospitalar e cuidados de saúde primários: mitos e falácias. Rev Port Clin Geral 2002; 18: 267-8.

2. Oliveira A. Estudo comparativo entre CA e SAP no celheiro de Espinho. Rev Epidemiol 2001; 4: 27.

3. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro, Diário da República n.º 196, I Série B.

4. IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde - 2004. Disponível em: URL: http://www.igif.min-saude.pt/downloads_igif/estatisticas/Estat_2004_CentSaude.pdf [acedido em 01-09-2006].

5. Miranda J. Urgências em cuidados de saúde primários. Rev Port Clin Geral 1995;12:182-5.

6. Rebelo L. O primado da clínica em medicina geral e familiar. Rev Port Clin Geral 1997; 14: 250-64.

7. Almeida Santos I, Fraga A, Lobo I, Cunha L, Fonseca V, Veiga T, Almeida Santos L. Acesso

aos cuidados primários de saúde no Concelho de Gondomar. *Saúde Infantil* 1999;21:23-9.

8. Pereira CA. O Serviço de Atendimento Permanente (SAP) do Centro de Saúde de Vendas Novas. *Rev Port Clin Geral* 1994;11:271-9.

9. Tavares I, Ramos V. Utilização do serviço de atendimento permanente do Lumiar. *Rev Port Clin Geral* 1992; 9: 55-61.

10. Viegas A. *Caracterização da população utilizadora do Serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde de Faro*. *Rev Port Clin Geral* 1995; 12: 196-203.

11. Instituto Nacional de Estatística. *Recenseamento Geral da População e Habitação - 2001* (Resultados Definitivos). Disponível em: URL: http://www.ine.pt/prod_serv/retrato/retrato.asp [acedido em 01/03/2006].

12. Direção-Geral de Saúde – Direção de Serviços de Planeamento. Rede de referência hospitalar de urgência / emergência. DGS, Lisboa, 2001. Disponível em: URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf> [acedido em 23/3/2006].

13. Nunes B. Urgências em Meio Rural: o papel do Médico de Família. Coordenação do Grupo Rural da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Disponível em: URL: http://br.groups.yahoo.com/group/MGF_Rural/ [acedido em 01/10/2006].

14. Botelho H, Pereira R. *Estudo sobre Urgências dos Centros de Saúde do Distrito de Braga*. In: Encontro Nacional de Clínica Geral 2003 –

Vilamoura - Livro de Resumos. Lisboa: APMCG; 2003. p.7.

15. Thesen J. *Out of Hours and Emergency Primary Care*. Workshop EURIPA. In: 11º Encontro Europeu da WONCA; 2005. Workshop referência nº: VU3Bm1.

16. Department of Health. Reforming Emergency Care. Disponível em: URL: <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/EmergencyCare/Mode> [acedido em 01/10/2006].

17. Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la semFYC (GUAC). *Organización de la atención urgente en los equipos de Atención Primaria*. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2005. p.7-8.

18. Department of Health. NHS Direct. About NHS Direct Telephone Service. Disponível em: URL: <http://www.nhsdirect.nhs.uk/> [acedido em 20/11/2006].

Enviar correspondência para:

Nelson Teixeira
Centro de Saúde de Bragança
R. Eng. Adelino Amaro da Costa,
5300-146 Bragança
Telef: 273 381 423
E-mail: nelsondt76@yahoo.com

Recebido em 12/11/2006

Aceite para publicação em 12/04/2007

ABSTRACT

Title: *Out of hours clinics characterization at Bragança district.*

Introduction: *In the eighties the first SAPs – Serviços de Atendimento Permanente (out of hours clinics) were created in Portugal. Since then, they have been multiplied in the Primary Care Centres around the country. This emergency health organization has been put in doubt in rural areas, mainly at night period. This study tries to characterize the existing SAPs in Bragança district.*

Material and Methods: *Data was collected from files of patient's that attended SAP's admitted from 0:00 to 7:59, in July, August, November and December of 2005. Diagnostics were codified using ICPC2. SAP attending population during night period, the way SAP was used, patients' admission motive and discharge diagnosis after attendance were characterized. Diagnosis were codified using ICPC2.*

Results: *A global attendance of 1,5 patients per night was observed, varying from 0,5 to 3,8 patients per night in the different SAPs. August was the month with more patients attended. The elderly were the ones that most attended the SAPs. The more frequent reason for admission was emesis, and the traumatic occurrences were the most prevalent diagnosis. It was observed 39,8% real urgent care situations, from which 29% were emergencies and 71% urgent situations.*

Conclusions: *It's concluded that out of hours care is different from daily care analysed in other articles. Real urgent cases were more observed, with significant emergency occurrences. A better pre-hospitalar care is proposed, with an ambulance network linked with hospitals where urgent and emergent conditions can be received. Minor illness and injury can be taken care by out of hours service that would substitute existing SAPs from 20 to 8 hours.*

Key-words: *Primary Health Care; Out Of Hours Care; Diagnostics; Emergency Services.*