

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL) 

Análise da Utilização de um Serviço de Urgência num Hospital em Portugal: Um Estudo Observacional

Analysis of The Use of An Emergency Department in A Hospital in Portugal: An Observational Study

Ánalisis del Uso de un Servicio de Urgencias en un Hospital de Portugal: Un Estudio Observacional

Joana Sofia da Cruz Costa¹ <https://orcid.org/0009-0003-2944-510X>Lígia Marina Gonçalves Baptista¹ <https://orcid.org/0009-0009-0496-3983>Ana Catarina Martins de Sousa Carneiro¹ <https://orcid.org/0009-0005-9732-8380>Carina Isabel Marques de Matos¹ <https://orcid.org/0009-0009-0627-5383>Sandra Patrícia da Silva Vilas Boas¹ <https://orcid.org/0009-0001-1867-1959>¹ Unidade Local de Saúde do Alto

Minho, Departamento de Medicina

Crítica, Serviço de Urgência, Viana do

Castelo, Portugal

Resumo

Enquadramento: O serviço de urgência enfrenta sobrecarga devido ao uso excessivo para condições não urgentes, sendo o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester essencial para priorizar os atendimentos com base na gravidade clínica.

Objetivo: Analisar a utilização realizada pelos utentes do serviço de urgência de um hospital da região norte de Portugal.

Metodologia: Estudo observacional. Os dados foram obtidos com consulta dos registos clínicos no sistema de informação “SClínico” a todos os utentes admitidos no serviço de urgência, no período de 01 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2022.

Resultados: Em 2020, as admissões diminuíram (108.120), mas em 2022 superaram o período pré-pandemia (170.013). Cerca de 40% dos utentes foram não urgentes, principalmente por queixas de dor ligeira (55,3%).

Conclusão: A elevada proporção de casos não urgentes reforça a necessidade de promover literacia em saúde e fortalecer os cuidados de saúde primários para reduzir o uso excessivo do serviço de urgência.

Palavras-chave: serviços médicos de emergência; triagem; uso excessivo dos serviços de saúde; literacia em saúde; saúde digital; acesso à atenção primária

Abstract

Background: Emergency departments (EDs) face overload due to excessive use for non-urgent conditions. The Manchester Triage System (MTS) is essential for prioritizing care according to symptom severity.

Objective: To analyze the patterns of ED use by patients at a hospital in northern Portugal.

Methodology: An observational study using data from clinical records in the “SClínico” information system, covering all ED admissions from January 1, 2019, to December 31, 2022.

Results: ED admissions decreased in 2020, but by 2022 admissions exceeded pre-pandemic levels. The most frequent reason for ED use among non-urgent patients was mild pain.

Conclusion: The high proportion of non-urgent visits reinforces the need to promote health literacy and strengthen primary healthcare services to reduce excessive ED use.

Keywords: emergency medical services; triage; medical overuse; health literacy; digital health; access to primary care

Resumen

Marco contextual: El servicio de urgencias se enfrenta a una sobrecarga debido al uso excesivo para afecciones no urgentes, por lo que el Sistema de Clasificación de Prioridades de Manchester es esencial para priorizar las atenciones en función de la gravedad clínica.

Objetivo: Analizar el uso que hacen los usuarios del servicio de urgencias de un hospital de la región norte de Portugal.

Metodología: Estudio observacional. Los datos se obtuvieron consultando los registros clínicos en el sistema de información “SClínico” a todos los usuarios admitidos en el servicio de urgencias, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2022.

Resultados: En 2020, las admisiones disminuyeron (108.120), pero en 2022 superaron el período prepandémico (170.013). Alrededor del 40 % de los usuarios fueron casos no urgentes, principalmente por dolores leves (55,3 %).

Conclusión: La elevada proporción de casos no urgentes refuerza la necesidad de promover la alfabetización sanitaria y fortalecer la atención primaria para reducir el uso excesivo del servicio de urgencias.

Palabras clave: servicios médicos de urgencia; triaje; uso excesivo de los servicios de salud; alfabetización en salud; salud digital; acceso a atención primaria

Autor de correspondência

Joana Sofia da Cruz Costa

E-mail: joana.costa@ulsam.min-saude.pt

Recebido: 17.03.25

Aceite: 19.10.25



Como citar este artigo: Costa, J. S., Baptista, L. M., Carneiro, A. C., Matos, C. I., & Vilas Boas, S. P. (2025). Análise da Utilização de um Serviço de Urgência num Hospital em Portugal: Um Estudo Observacional. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(4), e40250. <https://doi.org/10.12707/RVI25.30.40250>



Introdução

Os Serviços de Urgência (SU) são essenciais para o atendimento imediato de condições críticas de saúde, mas enfrentam desafios como a sobrelotação e a necessidade de maior literacia em saúde na análise de gestão de fluxos em hospitais portugueses (Brazão & Baptista, 2022; Dixe et al., 2018; Silva, et al., 2025).

A elevada procura pelos SU, frequentemente para casos não urgentes, compromete a sua missão de atender rapidamente situações graves, resultando em sobrelotação, longos tempos de espera, custos elevados e insatisfação dos utentes (Brazão & Baptista, 2022; Dixe et al., 2018; Savioli et al., 2022; Vainieri et al., 2020).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2023) indicam que, em 2021, Portugal registou uma taxa de utilização de SU de aproximadamente 300 atendimentos por 1.000 habitantes, superior à média europeia de 250 atendimentos por 1.000 habitantes. Esta realidade reflete um padrão global em países desenvolvidos, onde até 30% dos atendimentos em SU são classificados como não urgentes (OMS, 2021), contrastando com sistemas de saúde com maior integração de Cuidados de Saúde Primários (CSP), como na Suécia, onde a taxa de atendimentos não urgentes é inferior a 20% devido a políticas de triagem pré-hospitalar (Kessel et al., 2022).

O Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester (STPM) foi implementado em Portugal desde 2000, sendo uma ferramenta clínica e organizacional que classifica os utentes com base na gravidade dos sintomas, garantindo atendimento prioritário aos casos mais graves (Andika et al., 2025; Brazão & Baptista, 2022). O STPM é considerado um processo clínico por orientar decisões baseadas em protocolos validados que avaliam sinais e sintomas (Mackway-Jones et al., 2023; Grupo Português de Triagem [GPT, 2021]) e organizacional por otimizar o fluxo de utentes e a alocação de recursos no SU (Andika et al., 2025; Savioli et al., 2022; Vainieri et al., 2020). Em Portugal, são os enfermeiros que desempenham esta atividade, utilizando competências técnicas, como a avaliação clínica, e competências humanas, como a comunicação empática, para uma abordagem holística, reconhecida pelo International Council of Nurses (ICN) como essencial para a gestão do SU, (ICN, 2022; Brazão & Baptista, 2022).

A escolha do período de análise de 2019 a 2022 justifica-se por incluir a pré-pandemia, a pandemia e o pós-pandemia de COVID-19, que intensou a pressão sobre os SU, com um aumento de 15% nos atendimentos em Portugal em 2020, conforme dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021), permitindo avaliar o desempenho do STPM em condições extremas. A sobrelotação do SU gera consequências significativas, como atrasos no atendimento, com uma média de 3 horas em 2022, segundo o INE, (2021), aumento de custos operacionais, estimados em €500 milhões anuais no Serviço Nacional de Saúde (SNS; Brazão & Baptista, 2022) e riscos à qualidade dos cuidados, incluindo maior probabilidade de erros clínicos

(Savioli et al., 2022). Estudos nacionais destacam que a educação da população sobre o uso adequado do SU e a integração com os CSP podem reduzir em até 25% os atendimentos não urgentes (Dixe et al., 2018).

Este estudo tem como objetivo geral analisar a utilização realizada pelos utentes do SU de um hospital da região norte de Portugal. Para dar resposta ao mesmo foram delineados os seguintes objetivos específicos: quantificar a frequência de admissões por prioridades de triagem no SU de 2019 a 2022; e determinar qual o principal motivo de os utentes recorrerem ao SU de 2019 a 2022.

Enquadramento

Os SU são estruturas hospitalares multidisciplinares, compostas por profissionais de saúde de diversas áreas (médicos, enfermeiros, técnicos, entre outros), destinadas à prestação de cuidados de saúde a utentes em situações de urgência e/ou emergência (Coster et al., 2017; Savioli et al., 2022). Uma urgência é definida como uma condição clínica que requer intervenção médica rápida para evitar complicações, sem apresentar risco de vida iminente, por sua vez, uma emergência implica uma situação com risco imediato de vida ou perda de função, exigindo intervenção imediata (Coster et al., 2017; Mackway-Jones et al., 2023; Savioli et al., 2022).

A nível mundial, os SU enfrentam uma elevada procura, frequentemente para casos não urgentes, o que compromete a qualidade, segurança e eficiência dos cuidados (Dixe et al., 2018; OMS, 2021). Esta procura excessiva resulta em impactos sociais, como a insatisfação dos utentes; organizacionais, como a sobrelotação e atrasos no atendimento; económicos, como os custos elevados; profissionais, como o burnout das equipas multidisciplinares; e na segurança dos cuidados, como o aumento de erro clínico (Barbosa et al., 2024; Brazão & Baptista, 2022; INE, 2021; Savioli et al., 2022).

O uso excessivo dos SU é definido como o recurso a esses serviços para condições clínicas que poderiam ser adequadamente tratadas em CSP ou outras estruturas de menor complexidade (Coster et al., 2017; Dickinson & Joos, 2021; Dixe et al., 2018). Estudos internacionais identificam fatores que aumentam a procura, como: (1) acesso limitado aos CSP, especialmente em horários noturnos ou fins de semana; (2) baixa literacia em saúde, levando os utentes a confundirem sintomas não urgentes com emergências; e (3) conveniência dos SU, com atendimento 24 horas sem marcação prévia (Dixe et al., 2018). Por outro lado, os fatores que reduzem a procura do SU incluem maior acesso a CSP, educação em saúde e sistemas de triagem pré-hospitalar (Dixe et al., 2018). O STPM define a admissão por prioridades de triagem como o processo de classificação dos utentes com base na gravidade dos sintomas, utilizando fluxogramas padronizados para determinar o tempo alvo até a primeira observação médica (GPT, 2021; Mackway-Jones et al., 2023).

O STPM categoriza os utentes em cinco níveis de prioridade, com cores e tempos-alvo para a primeira observação médica: (1) Emergente (vermelho): atendimento imediato



(risco de vida); (2) Muito urgente (laranja): atendimento em 10 minutos; (3) Urgente (amarelo): atendimento em 60 minutos; (4) Pouco urgente (verde): atendimento em 120 minutos; e (5) Não urgente (azul): atendimento em 240 minutos (GPT, 2021; Mackway-Jones et al., 2023). Este sistema exige competências de raciocínio clínico, avaliação de padrões e intuição, sendo os enfermeiros, pela sua abordagem holística, os principais responsáveis pela triagem em Portugal (ICN, 2022). As funções do STPM incluem: (1) identificar utentes em risco de vida; (2) priorizar atendimentos com base na gravidade; (3) reavaliar utentes em espera; (4) direcionar para áreas adequadas de observação; (5) informar utentes e familiares sobre o processo; e (6) otimizar o fluxo e descongestionar o SU (GPT, 2021; Mackway-Jones et al., 2023). Contudo, o uso excessivo do SU persiste devido à percepção de acessibilidade (atendimento 24 horas, sem marcação) e à falta de integração com CSP (Dixe et al., 2018; Pinchbeck, 2019). As consequências incluem tempos de espera prolongados, insatisfação dos utentes e sobrecarga dos profissionais, com 40% dos enfermeiros reportando burnout (Andika et al., 2025; Dixe et al., 2018; Silva et al., 2025; INE, 2021). Para mitigar o problema, estudos sugerem fortalecer os CSP, implementar campanhas de literacia em saúde digital e uniformizar informações nas unidades de saúde (Coster et al., 2017; Dickinson & Joos, 2021; Silva et al., 2025).

Este estudo analisa os motivos do uso excessivo do SU no contexto do hospital em estudo, avaliando o papel do STPM na gestão da procura e propõe estratégias para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados, com base em evidências nacionais e internacionais.

Questão de investigação

Qual a frequência de admissões no SU segundo as prioridades de triagem do STPM?

Subquestão 1.1: Como se distribuem as admissões pelos cinco níveis de prioridade (emercente, muito urgente, urgente, pouco urgente, não urgente), no período de 2019 a 2022?; Subquestão 1.2: Qual a proporção de admissões classificadas como não urgentes (cores verde e azul) em relação ao total de atendimentos?

Quais são os motivos que levam os utentes a recorrer ao SU?

Subquestão 2.1: Quais são os principais motivos clínicos segundo os fluxogramas reportados pelos utentes para o uso do SU?

Metodologia

Desenho do Estudo

Este estudo adota um desenho observacional, porque não envolve intervenção ou manipulação de variáveis, apenas observa e analisa dados já existentes, colhidos através do sistema de informação “*SClínico Hospitalar – Urgência e Triagem*” entre os anos 2019-2022, adequado para analisar padrões de utilização em contextos naturais, como os SU (Polit & Beck, 2021; von Elm et al. 2007).

Contexto e População

O estudo foi realizado num contexto natural, no SU de um hospital da região norte de Portugal, que atende um distrito de 2.213 km² com 231.266 habitantes, dos quais 11,7% têm menos de 15 anos e 28,1% têm 65 anos ou mais (INE, 2021). A população inclui todos os episódios de urgência registados no período, sem restrições de idade ou sexo. O período 2019–2022 foi selecionado para captar variações na procura, incluindo o impacto da pandemia de COVID-19.

Recolha de Dados

Os dados foram extraídos do sistema de informação “*SClínico Hospitalar – Urgência e Triagem*”, que regista os episódios de urgência e as respetivas classificações do STPM. A extração foi realizada por uma equipa de investigadores, incluindo cinco profissionais de saúde do SU em estudo, entre janeiro e março de 2023, abrangendo todos os episódios registados nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022. Foram retirados os seguintes dados para cada episódio: data de admissão, prioridade de triagem (conforme STPM: vermelho, laranja, amarelo, verde ou azul) e discriminador principal do STPM (motivo de admissão). A extração foi realizada através de consultas estruturadas ao sistema, garantindo o anonimato dos dados e o cumprimento das normas éticas.

As frequências absolutas e relativas dos episódios foram calculadas por prioridade de triagem para cada ano (2019–2022); Utentes classificados com pulseiras verde ou azul foram considerados não urgentes, conforme prática padrão do STPM (GPT, 2021). Um doente pouco urgente e/ou não urgente apresenta uma condição clínica sem risco imediato de vida ou comprometimento grave de funções vitais, sendo, muitas vezes passível de tratamento em CSP, unidades de urgência básica ou por tele-triagem, sem necessidade de atendimento num SU hospitalar (Dixe et al., 2018); Os motivos de admissão foram identificados com base nos discriminadores do STPM, categorizados em grupos mutuamente exclusivos, como “dor ligeira”, “problema recente”, “problemas ortopédicos”, “problemas respiratórios”, entre outros, conforme os fluxogramas do STPM. Cada episódio foi associado a um único discriminador principal.

Análise de Dados

A análise descritiva incluiu o cálculo de frequências absolutas e relativas para descrever a distribuição das admissões por prioridade de triagem e ano, permitindo comparações temporais. Os motivos de admissão foram analisados descritivamente por categoria, com foco nos casos pouco urgentes e não urgentes. Para avaliar associações entre as prioridades de triagem e os anos (2019–2022), bem como entre os motivos de admissão e os anos, foi utilizado o teste Qui-Quadrado de independência. Antes da aplicação do teste, os pressupostos foram verificados, incluindo a adequação do tamanho da amostra e a ausência de células com frequência esperada inferior a 5 em mais de 20% das células da tabela de contingência, conforme recomendado (Field, 2018). Um nível de significância de $p < 0,05$ foi adotado para identificar associações estatisticamente significativas.



Considerações Éticas

A confidencialidade dos dados foi garantida por meio de: (1) anonimato dos registos; (2) acesso restrito aos dados por investigadores autorizados; e (3) armazenamento em servidores seguros com criptografia, conforme as diretrizes do Regulamento Geral de Proteção de Dados (GDPR; European Union, 2025). O estudo obteve autorização do Presidente do Conselho de Administração do hospital e parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do hospital em estudo (Parecer nº 25/2023), assegurando conformidade com os princípios éticos da investigação em saúde (World Medical Association, 2024).

Validade e Fiabilidade

A utilização do sistema de informação “SClínico” garante a fiabilidade dos dados, pois é uma ferramenta padronizada usada no SNS. A categorização dos motivos foi baseada nos protocolos validados do STPM, e a validação cruzada reduziu erros de classificação. A análise inferencial

aumenta a robustez das comparações temporais, para estudos observacionais (von Elm et al., 2007).

Resultados

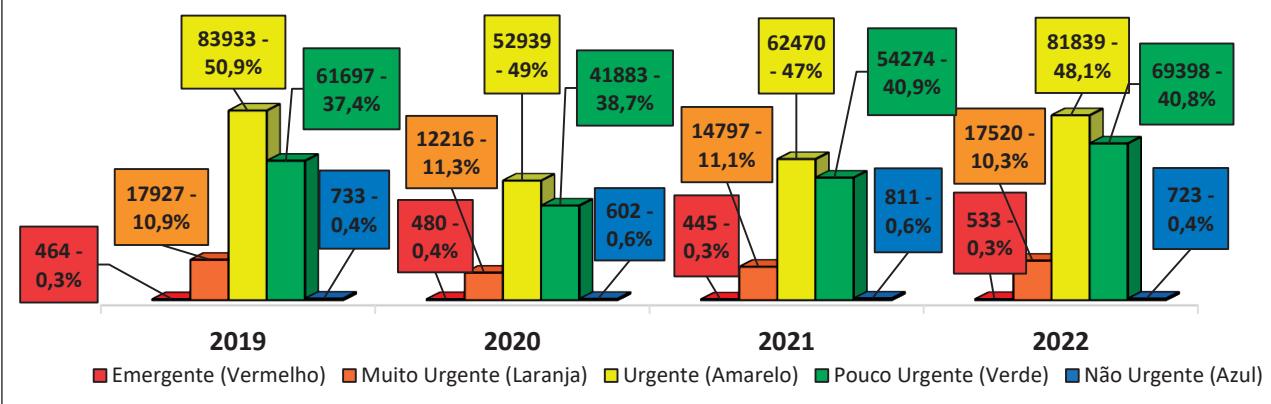
Os resultados apresentados referem-se à análise dos episódios de urgência no SU de um hospital da região norte de Portugal, entre os anos 2019-2022, com foco na frequência de admissões por prioridades de triagem do STPM e nos motivos de recurso ao SU para utentes não urgentes (pulseira verde – pouco urgente e pulseira azul – não urgente).

Frequência de Admissões por Prioridade de Triagem entre os anos 2019 - 2022

A Figura 1 apresenta as frequências absolutas e relativas dos episódios de urgência por ano, com apresentação por meio de um gráfico para facilitar a visualização.

Figura 1

Distribuição das frequências absolutas e relativas de admissões por prioridades de triagem nos anos 2019, 2020, 2021 e 2022



Através da Figura 1 é possível observar que em 2019 registaram-se 164.754 episódios, dos quais 37,8% (62.277 utentes) foram classificados como não urgentes (pulseiras verde e azul). Em 2020, o total foi de 108.120 episódios, com 39,3% (42.491 utentes) não urgentes. Em 2021, observaram-se 132.797 episódios, com 41,5% (55.111 utentes) não urgentes. Em 2022, o total foi de 170.013 episódios, com 41,2% (70.045 utentes) não urgentes. O teste Qui-Quadrado revelou associações significativas na proporção de admissões não urgentes entre os anos ($\chi^2 = 245,3, p < 0,001$), com um aumento significativo em 2021 e 2022 em comparação com 2019 e 2020, possivelmente influenciado pelo contexto da pandemia de COVID-19 (OMS, 2021).

Motivos de Admissão para Utentes Não Urgentes (pulseira verde e pulseira azul)

Os motivos de admissão para utentes não urgentes (triados com pulseira verde e pulseira azul) foram categorizados com base nos discriminadores do STPM, sendo a categoria “problema recente” definida como queixas de início súbito sem gravidade imediata que não se enquadram em outras categorias específicas com tempo de evolução igual ou inferior a 7 dias (GPT, 2021; Mackway-Jones et al., 2023).

A Tabela 1 apresenta as frequências relativas agregadas dos motivos de admissão para utentes não urgentes (pulseiras verde e azul) no período de 2019 a 2022, permitindo a análise da evolução temporal.

Tabela 1

Distribuição das frequências relativas agregadas dos motivos de admissão para utentes não urgentes no período de 2019 a 2022

Motivo de Admissão	2019	2020	2021	2022	Média (2019 a 2022)
Dor ligeira	55%	55%	55%	56%	55,3%
Problema recente	10%	12%	13%	10%	11,3%
Feridas / Sinais inflamatórios / Corpo estranho	12%	10%	13%	11%	11,5%
Problemas ortopédicos / Pequeno trauma	9%	9%	6%	8%	8%
Problemas urinários	4%	4%	4%	4%	4%
Problemas respiratórios ligeiros	3%	4%	4%	4%	3,8%
Problemas oftalmológicos	3%	3%	2%	2%	2,5%
Vômitos	3%	2%	3%	3%	2,8%
Outras patologias	1%	1%	1%	1%	1%
Comportamento não disruptivo	0,8%	0,9%	0,8%	0,8%	0,8%
Problemas neurológicos	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%
Problemas ginecológicos	-0%	-0%	-0%	-0%	-0%

Nota. -0% = indica valores inferiores a 0,1%.

Através da Tabela 1 é possível constatar que a “dor ligeira” foi o motivo predominante em todos os anos (média de 55,3%), seguida por “feridas/sinais inflamatórios/corpo estranho” (média de 11,5%) e “problema recente” (média de 11,3%).

Face ao exposto, iremos analisar e discutir os principais resultados, de forma a perceber o que leva os utentes a recorrerem ao SU, bem como as implicações do seu uso excessivo.

Discussão

A elevada procura dos SU por condições não urgentes reflete um desafio global na gestão dos sistemas de saúde (Dixe et al., 2018). Os resultados revelam que, entre 2019 e 2022, cerca de 40% das admissões no SU em estudo foram classificadas como não urgentes (pulseiras verde e azul), de acordo com o STPM.

A principal queixa que leva os utentes a recorrerem ao SU de forma excessiva é a “dor ligeira” (média de 55,3%). Estes resultados alinharam-se com a literatura que aponta a dor como principal motivo de procura excessiva ao SU, devido à sua percepção subjetiva como uma emergência (Barbosa et al., 2024; Mackway-Jones et al., 2023). Outros motivos, como “feridas/sinais inflamatórios/corpo estranho” (média de 11,5%) e “problema recente” (média de 11,3%), apontam para condições com tratamento em CSP, sugerindo desconhecimento sobre alternativas no SNS ou barreiras de acesso (Dickinson & Joos, 2021; Silva et al., 2025). A consistência desses padrões entre 2019 e 2022 indica que o uso excessivo reflete um desafio estrutural no SNS, não apenas contextual à pandemia, mas também associado à baixa literacia em saúde, acesso limitado aos CSP e conveniência do SU (acesso 24 horas,

sem marcação; Dixe et al., 2018; Silva et al., 2025). A análise temporal mostrou uma redução nas admissões totais em 2020 (108.120 episódios) em relação a 2019 (164.754), seguida de recuperação em 2021 (132.797) e superação dos níveis pré-pandemia em 2022 (170.013). O teste Qui-Quadrado de independência indicou associações significativas entre as prioridades de triagem e os anos ($\chi^2 = 245,3; p < 0,001$), com aumento de admissões não urgentes de 37,8% em 2019 para 41,5% em 2021. Esse padrão pode estar relacionado com a suspensão de consultas nos CSP durante a pandemia COVID-19, levando os utentes a recorrerem ao SU para condições tratáveis em outros níveis de cuidados (Barbosa et al., 2024). A predominância de casos com pulseira amarela (47% - 51%) reforça que situações urgentes ainda são predominantes, mas o crescimento de casos não urgentes em 2021 e 2022 destaca a necessidade de estratégias de redirecionamento.

O uso excessivo do SU, definido como recurso a este serviço para condições tratáveis em CSP ou triagem digital (Silva et al., 2025), gera impactos negativos, como tempos de espera prolongados (média de 3 horas, INE, 2021), insatisfação dos utentes, burnout dos profissionais, aumento de custos e erros clínicos (Brazão & Baptista, 2022). As estratégias para mitigar este problema incluem o fortalecimento da literacia em saúde, melhoria do acesso aos CSP e a implementação de gabinetes de informação nas unidades de saúde para redirecionar utentes para serviços adequados, reduzindo a sobrecarga do SU (Kessel et al., 2022; Shahid et al., 2022). Intervenções como a linha SNS 24 e o projeto “Ligue antes, salve vidas” (Portaria nº 71/2024 da Saúde, 2024) reduziram em 15% os atendimentos não urgentes ao direcionar utentes para serviços apropriados (Silva et al., 2025). Neste sentido, e de acordo com estudos recentes corroborados por Kessel et al. (2022)



e Shahid et al. (2022), indicam que intervenções de saúde digital, como aplicativos educativos sobre sintomas e as campanhas de sensibilização, como as implementadas no Canadá e na Suécia, respetivamente, reduziram em 15% a 20% os atendimentos não urgentes em contextos internacionais, reduzindo a saturação e melhorando a qualidade e segurança dos cuidados

Melhorar o acesso aos CSP, como aumentar horários de atendimento e assegurar consultas de medicina geral e familiar, reduz a dependência do SU (Dickinson & Joos, 2021; Dixe et al., 2018). Dixe et al. (2018) defende estratégias como taxas moderadoras, embora eficazes em alguns contextos, devem ser equilibradas para não limitar o acesso de populações vulneráveis.

Os resultados sugerem que a pandemia expôs fragilidades no acesso aos CSP, mas também destacou o potencial de reformulação do SNS. A consistência dos motivos de admissão não urgente indica a necessidade de políticas estruturais, como a integração entre SU e CSP, o fortalecimento da literacia em saúde e as plataformas digitais, como a linha SNS 24, de forma a reduzir o uso excessivo do SU.

O estudo apresenta limitações, visto que, a análise foi restrita a um único hospital na região norte de Portugal, o que limita a generalização dos resultados para outros contextos do SNS. Além disso, a ausência de dados qualitativos sobre as motivações subjetivas dos utentes impede a compreensão de fatores sociodemográficos ou comportamentais associados à procura inadequada. Estudos futuros devem explorar esses aspectos e avaliar o impacto de intervenções digitais, como aplicativos de saúde, em contextos portugueses, além de investigações longitudinais com amostras mais amplas para testar a eficácia de campanhas de literacia e integração do SNS.

Conclusão

Este estudo analisou a frequência e os motivos de admissão de um SU em Portugal entre 2019 e 2022, segundo o STPM. Os resultados destacam que cerca de 40% das admissões são não urgentes, principalmente por dor ligeira, indicando uso excessivo do SU. Para os utentes, isso implica tempos de espera prolongados e menor qualidade de atendimento. Para os profissionais, contribui para sobrecarga e *burnout*.

As implicações práticas apontam para a necessidade de fortalecer a literacia em saúde por meio de tecnologias digitais, como a linha SNS 24, aplicativos educativos e plataformas de telemedicina, promovendo uma melhor articulação entre os SU e os CSP. É essencial ampliar o acesso a consultas de medicina geral e familiar, bem como implementar campanhas de sensibilização pública sobre o uso adequado dos serviços de saúde. Essas estratégias podem redirecionar casos não urgentes para os CSP, reservando o SU para urgências e emergências que não podem ser atendidas em outros níveis de cuidados, otimizando assim a eficiência, a segurança e a sustentabilidade do SNS. A implementação de políticas públicas que incentivem a triagem prévia e o encaminhamento adequado, como

sistemas de agendamento online e maior disponibilidade de profissionais nos CSP, pode contribuir para aliviar a pressão sobre os SU. Estas medidas, alinhadas com uma visão estratégica de longo prazo, são fundamentais para promover um SNS mais resiliente, acessível e centrado nas reais necessidades dos utentes

Contribuição de autores

Conceptualização: Costa, J. S., Baptista, L. M.

Tratamento de dados: Costa, J. S., Baptista, L. M.

Análise formal: Costa, J. S., Baptista, L. M.,

Aquisição de financiamento: Costa, J. S., Baptista, L. M.

Investigação: Costa, J. S., Baptista, L. M.

Metodologia: Costa, J. S., Baptista, L. M.

Administração do projeto: Costa, J. S., Baptista, L. M.

Recursos: Costa, J. S., Baptista, L. M.

Software: Costa, J. S., Baptista, L. M.

Supervisão: Costa, J. S., Baptista, L. M.

Validação: Costa, J. S., Baptista, L. M., Carneiro, A. C., Matos, C. I., Vilas Boas, S. P.

Visualização: Costa, J. S., Baptista, L. M., Carneiro, A. C., Matos, C. I., Vilas Boas, S. P.

Redação - rascunho original: Costa, J. S., Baptista, L. M.

Redação - análise e edição: Costa, J. S., Baptista, L. M., Carneiro, A. C., Matos, C. I., Vilas Boas, S. P.

Referências bibliográficas

- Andika, P. J., Safaruddin, Christina, T. Y., Baso, Y. S., & Utami, S. (2025). Effectiveness of the Manchester triage system in the emergency department: A literature review. *BIO Web of Conferences*, 152, 01004. <https://doi.org/10.1051/bioconf/202515201004>
- Barbosa, J., Organista, D., Rodrigues, T., Matos, A. F., Barardo, A., Escoval, A., Bárbara, C. & Rodrigues, F. (2024). Profile of emergency department overuse in hospitalized patients with pulmonary disease and its impact on mortality. *Pulmonology*, 30(6), 586-594. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2023.01.005>
- Brazão, M. L., & Baptista, A. M. (2022). Queremos mesmo melhorar as urgências em Portugal? *Lusíadas Scientific Journal*, 3(3), 7-11. <https://doi.org/10.48687/ljsj.130>
- Coster, J. E., Turner, J. K., Bradbury, D., & Cantrell, A. (2017). Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis. *Academic Emergency Medicine*, 24(9), 1137-1149. <https://doi.org/10.1111/acem.13220>
- Dickinson, A., & Joos, S. (2021). Barriers to integration of primary care into emergency care: Experiences in Germany. *International Journal of Integrated Care*, 21(2), 11. <https://doi.org/10.5334/ijic.5442>
- Dixe, M. A., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C., Lourenço, G., & Sousa, P. M. (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 41-52. <https://doi.org/10.12707/RIV17095>
- European Union. (2025). Complete guide to GDPR compliance. <https://gdpr.eu/>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5thed.). Sage edge.
- Grupo Português de Triagem. (2021). *Sistema de Triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/>



- [protocolo-triagem-manchester/](#)
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatísticas de saúde 2020*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=436989156&PUBLICACOESmodo=2
- International Council of Nurses. (2022). *Nurses: A Voice to Lead Invest in nursing and respect rights to secure global health*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_IND_Toolkit_English_FINAL.pdf
- Kessel, R. V., Wong, B. L., Clemens, T., & Brand, H. (2022). Digital health literacy as a super determinant of health: More than simply the sum of its parts. *Internet Interventions*, 27, 100500. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100500>
- Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (2023). *Emergency triage: Manchester triage group* (3rd ed.). Wiley Blackwell.
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/7a7afb35-en.pdf
- Pinchbeck, E. W. (2019). Convenient primary care and emergency hospital utilisation. *Journal of Health Economics*, 68, 102242. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102242>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Portaria nº 71/2024 da Saúde. (2024). *Diário da República: 1.ª Série*, n.º 41. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/71-2024-853780170>
- Savioli, G., Ceresa, I. F., Gri, N., Piccini, G. B., Longhitano, Y., Zanza, C., Piccioni, A., Esposito, C., Ricevuti, G., & Bressan, M. A. (2022). Emergency department overcrowding: Understanding the factors to find corresponding solutions. *Journal of Personalized Medicine*, 12(2), 279. <https://doi.org/10.3390/jpm12020279>
- Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: A multicenter cohort study. *BMC Health Services Research*, 22, 1148. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>
- Silva, F. G., Costa, S., Malcata, F., Sá, J., Vasconcelos, R., Cabral, M., Guedes, R., Vilaça, I. M., Guedes, L. P., Ferreira, J., Pereira, N., Pais, J. G., Neves, J., Monteiro, J., Pires, V., Paiva, M., Guimarães, R., Ashrafiyan, H., Moreira, R., ... Araújo, F. (2025). Addressing the overuse of hospital emergency departments in the Portuguese NHS: A new paradigm. *Frontiers in Public Health*, 12, 1444951. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1444951>
- Vainieri, M., Panero, C., & Coletta, L. (2020). Waiting times in emergency departments: A resource allocation or an efficiency issue? *BMC Health Services Research*, 20, 549. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05417-w>
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandebroucke, J. P. (2007). Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *BMJ*, 335, 806-808. <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a28c34c0-089c-4f5d-a0b-1-5d9c35a3cd67/content>
- World Medical Association. (2024). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>