



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE ECONOMIA

Maria da Piedade Dias Fernandes Pinto

***Caracterização da Consulta Aguda dos Agrupamentos dos Centros
de Saúde do Baixo Vouga I, II e III***

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde

Apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Coimbra, 2012



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE ECONOMIA

Maria da Piedade Dias Fernandes Pinto

***Caracterização da Consulta Aguda dos Agrupamentos dos Centros
de Saúde do Baixo Vouga I, II e III***

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde

Apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Para obtenção do grau de Mestre

Orientadores: Professor Doutor Pedro Ferreira e Mestre Patrícia Antunes

Coimbra, 2012

Ao António e à Bárbara

Sem vocês, não teria sido possível

AGRADECIMENTOS

Um sentido agradecimento aos meus orientadores, Professor Doutor Pedro Ferreira e Mestre Patrícia Antunes, pela orientação e disponibilidade manifestada.

Aos responsáveis pelos Agrupamentos dos Centros de Saúde do Baixo Vouga I, II, III, pela efectiva colaboração, o meu muito obrigada.

Uma palavra de apreço pela disponibilidade prestada pelos vários profissionais dos Agrupamentos dos Centros de Saúde, sem eles não teria sido possível elaborar esta investigação.

À minha família e amigos que compreenderam e aceitaram as ausências sem nunca deixarem de me apoiar.

Uma palavra especial aos meus colegas do mestrado, juntos soubemos fazer diferente.

A todas as pessoas que, de uma maneira ou de outra, partilharam e fizeram parte desta caminhada.

RESUMO

Os cuidados de saúde primários são considerados o primeiro nível de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. Estes serviços, além de atenderem os doentes em consultas programadas, também têm como missão o atendimento das situações agudas, não urgentes. Para responder a estes episódios agudos, foram criadas nos cuidados de saúde de saúde primários consultas específicas.

O objetivo desta investigação foi caracterizar os locais de consulta dos cuidados de saúde primários na sua capacidade de resposta às situações de doença, bem como caracterizar os utilizadores dessa consulta.

O suporte metodológico foi uma abordagem quantitativa, num estudo descritivo. Os 10 locais estudados pertencem aos Agrupamentos de Centros de Saúde do Baixo Vouga I, II e III. Foram analisados 70 488 episódios da consulta aguda, ocorridos em 2011 e aplicados dois questionários: um, a 150 médicos e enfermeiros que exercem funções nesses locais de consulta aguda, o outro, aos responsáveis dos ACES de cada consulta aguda.

O resultado do teste de hipóteses comprovou existirem diferenças entre os três ACES. Os ACES BV I e BV III servem maior proporção de mulheres e populações tendencialmente mais velhas, os ACES BV I e BV II têm mais doentes que pertencem ao concelho. O ACES BV II foi frequentado em maior proporção por motivos de doença e o destino dos doentes em maior percentagem foi a alta.

Comprovou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas nos profissionais, em termos de género, idade, tempos de exercício profissional, exercício na área dos cuidados de saúde primários, exercício em local de consulta aguda, e na formação em Suporte Básico, Suporte Imediato e Suporte Avançado de Vida, bem como no tempo de formação. Os locais de consulta aguda funcionam maioritariamente entre as 8h e 24h, as equipas são constituídas por 1 ou 2 médicos/enfermeiros. Todos os serviços possuem equipamento que lhes permite colocar em prática o suporte básico de vida, mas foram encontradas falhas ao nível do Suporte Avançado de Vida e do Suporte imediato de Vida, tanto ao nível do material como do equipamento.

Para a melhoria dos cuidados prestados nos locais de consulta aguda, sugere-se dotar estes serviços de melhores condições técnicas ao nível do material e equipamento e da formação dos profissionais em reanimação.

Palavras chave: Cuidados de saúde primários, consulta aguda, paragem cardiorrespiratória, reanimação, competências em suporte de vida.

ABSTRACT

Primary health care is regarded to be the first level of access by citizens to health care. This service aims not only to attend to patients by means of regular doctors' appointments but also to cater for serious situations, yet of a non-urgent nature. To counter these serious episodes, specific doctors' appointments were created in the area of primary health care.

The aim of this research was to characterize the areas of incidence of medical visits of a serious nature in primary health care, the capacity for response in situations of acute disease and to characterize the users of these services.

A quantitative approach in a descriptive study was used as methodological support. The 10 places in the study belong to the group of health centres of Baixo Vouga I, II and III. 70 488 incidences of visits of a serious nature which occurred in 2011 were analysed. Two questionnaires were given out, one to 150 doctors and nurses who work at these locations, another to those in charge of each situation.

The result of the probability test showed that there are differences between the 3 health centre groups. The Baixo Vouga I and Baixo Vouga III health centres attend to a greater proportion of women and older patients and they have more patients from their county. The Baixo Vouga II health centre had a greater proportion of people who were ill and a high percentage of them were discharged.

The probability test showed there were no significant statistical differences in the professional staff members with regards to gender, age, employment history, time working in primary health care and time in current job. And with the training in Basic Life Support, Immediate Life Support and Advanced Life Support and the duration of this training

The locations of medical visits of a serious nature are usually open between 8h and 24h and the teams are made up of 1 or 2 doctors and nurses. All services have equipment which enables the users to put Basic Life Support into practice. There was a lack of material and equipment both in Advanced Life Support and Immediate Life Support .

In order to improve medical care at locations of medical visits of a serious nature it is advised that more material and equipment is made available and further training in reanimation be given to professional staff members.

Keywords: Primary health care, serious medical visits, cardio-respiratory arrest, reanimation, competency in life support.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1– CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	7
1.1 – A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL	8
1.2– A CONSULTA AGUDA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	15
CAPITULO 2 – REESTRUTURAÇÃO DA REDE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA	19
2.1 - SITUAÇÕES MÉDICAS AGUDAS/URGENTES/EMERGENTES VERSUS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	22
2.2 – A RESPOSTA ÀS SITUAÇÕES DE PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA	25
2.3 – MATERIAL E EQUIPAMENTO NECESSÁRIOS NUMA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA .	30
CAPITULO 3 – MÉTODOS	33
3.1 – CONTEXTO DOS LOCAIS EM ESTUDO.....	33
3.2 – FINALIDADE, QUESTÕES, HIPÓTESES E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	36
3.3 – POPULAÇÃO, AMOSTRA E FONTES DE DADOS	40
3.4 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	42
3.5 – PROCEDIMENTOS.....	49
CAPITULO 4 - RESULTADOS	51
4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS REFERENTES À UTILIZAÇÃO DA CONSULTA AGUDA DOS ACES BV I, II E III.....	51
4.2 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS QUE PRESTAM CUIDADOS NOS LOCAIS DE CONSULTA AGUDA DOS ACES BV I, II E III	55
4.3 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS AOS LOCAIS DE CONSULTA AGUDA DOS ACES BV I, II E III.....	65
CAPITULO 5 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	73
CONCLUSÃO.....	85
BIBLIOGRAFIA	91

ANEXOS

ANEXO I – Questionário aplicado aos locais de consulta aguda

ANEXO II – Questionário aplicado aos médicos e enfermeiros que prestam cuidados na consulta
aguda

ANEXO III – Pedido de autorização entregue na Administração Regional de Saúde do Centro

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do Distrito de Aveiro 34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos ACES BV I, BV II e BV III	35
Tabela 2 – Utentes Inscritos, utilizadores, utentes sem médico de família. Unidades funcionais dos ACES BV I, BV II e BV III	36
Tabela 3 - Operacionalização das variáveis dos utilizadores da consulta aguda dos ACES	43
Tabela 4 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde	44
Tabela 5 - Operacionalização das variáveis de formação em suporte de vida e periodicidade de contacto dos profissionais com situações urgentes/emergentes e acompanhamento numa transferência	45
Tabela 6 - Operacionalização das variáveis relativas a o horário da Consulta e número de profissionais.	46
Tabela 7 - Operacionalização das variáveis relativas aos recursos materiais e equipamentos	47
Tabela 8- Operacionalização das variáveis relativas aos exames complementares de diagnóstico, organização dos cuidados e utilização da viatura médica de emergência	
Periodicidade de accionamento da VMER	48
Tabela 9 - Resultados da utilização da consulta aguda dos ACES BV I, BV II e BV III	54
Tabela 10 - Dados referentes aos profissionais por ACES	59
Tabela 11 - Formação em suporte de vida e tempo de formação	63
Tabela 12 - Frequência situações de paragem/peri/paragem nos locais de consulta aguda. Periodicidade do acompanhamento de doentes numa transferência	65
Tabela 13 - Horário e número de profissionais	66
Tabela 14 - Recursos materiais e equipamentos.....	68
Tabela 15 – Exames complementares de diagnóstico	69
Tabela 16 – Organização de cuidados e formação em suporte de vida	70
Tabela 17 – Periodicidade de accionamento da VMER.....	71

LISTA DE SIGLAS

ACES - Agrupamentos dos Centros de Saúde

ACES BV - Agrupamentos dos Centros de Saúde do Baixo Vouga

AHA - *American Heart Association*

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

BV - Baixo Vouga

CRRNEU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência Médica

CS - Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTAPRU - Comissão Técnica de Apoio do Processo de Requalificação das Urgências

DAE - Desfibrilhador Automático Externo

DGS – Direcção Geral da Saúde

ERC – *European Resuscitation Council*

FV – Fibrilhação Ventricular

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OMS – Organização Mundial de saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

RCP - Reanimação Cardiorrespiratória

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SIARS - Sistema Informático da Administração Regional de Saúde

SIV - Suporte Imediato de Vida

UBU - Unidade Básica de Urgência

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são a base de qualquer sistema de saúde, constituindo o primeiro nível de acesso entre a população e os serviços de saúde. Este acesso faz-se, essencialmente, através de consultas programadas e agudas. Em Portugal, a organização dos cuidados de saúde primários passou por várias reformas, verificando-se que o atendimento aos doentes em situações de doença aguda em consulta não programada foi sempre tido em conta. Em 1997, através do Despacho Normativo nº 97/83, é apresentado o regulamento dos Centros de Saúde (CS) e criado o Serviço de Atendimento Permanente (SAP), serviço integrado nos CS, com o objetivo de aumentar a acessibilidade dos doentes a uma consulta aguda, devido à dificuldade de acesso à consulta de médico de família, e, por outro lado, dar resposta a situações urgentes.

O principal responsável pela última grande reforma dos CSP, o Ministro Correia de Campos, defendeu e implementou medidas de modo a proceder ao encerramento dos SAP, justificando-se com o facto de estes serviços não estarem preparados tecnicamente para responder às situações urgentes. Por outro lado, com o encerramento destes serviços, aumentar-se-ia a acessibilidade às consultas programadas, porque libertaria os clínicos para a actividade programada. Atualmente, apesar destes serviços ainda subsistirem no nosso país, não têm enquadramento jurídico, devido às últimas alterações legislativas.

Em 2006, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) apresentou, nas Linhas de Ação Prioritárias para os CSP, uma proposta de racionalização dos cuidados na doença aguda. Salientou que os SAP, ao retirarem os profissionais da sua atividade normal e programada, prejudicavam o normal funcionamento dos serviços. Determinou a

MCSP que os SAP e afins deveriam ser sujeitos a uma avaliação pelos responsáveis dos Centros de Saúde, com a orientação das Administrações Regionais de Saúde, em colaboração com a MCSP e Comissão Técnica de Apoio do Processo de Requalificação das Urgências (CTAPRU). Os resultados desta avaliação, a terem existido, nunca foram tornados públicos.

A MCSP salientou, também, que as situações de doença aguda deveriam ser atendidas pelas Unidades de Saúde Familiares (USF) nos CS dentro do seu horário de funcionamento. Considerou igualmente que, devido às situações de interioridade nos locais em que a resposta do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) não fosse abrangida em tempo útil, dever-se-ia considerar os serviços de CSP como “porta de emergência”, devendo para isso serem convenientemente equipados, com as equipas de médicos e enfermeiros a serem sujeitas a programas de formação de modo a adquirir competências em Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Avançado de Vida (SAV) e Trauma.

Relativamente ao momento atual, verifica-se que o processo de reforma dos CSP ainda não está concluído, porque os CS atuais não estão todos totalmente reconfigurados em unidades funcionais; por outro lado, não terminou a reforma da rede de urgência com a criação dos serviços básicos. Dessa forma, justifica-se a existência dos locais de atendimento permanente a situações agudas, como forma de garantir o acesso da população na ausência de outras alternativas de cuidados.

Em 2012, a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência Médica (2012) reforçou que os CSP, na sua esfera de competência, têm de responder às situações de doença aguda, através de consulta aguda. Esta deve ser adaptada à procura e à

casuística, nomeadamente em termos de horário de atendimento, com acesso ao médico de família em período de horário não programado.

Ao clarificar-se que os CSP devem ter a capacidade de responder às situações de doença aguda e o atendimento deverá ser o mais rápido possível, de modo a prevenir a deterioração do estado da saúde e a prevenir complicações. Poder-nos-emos questionar se os serviços dos CSP estão equipados com meios técnicos que permitam dar uma resposta rápida e eficaz, nomeadamente no que diz respeito a exames complementares de diagnóstico. Por outro lado, sabendo-se que uma situação de doença aguda poderá ter como desfecho uma urgência médica, poder-se-á também perguntar se os profissionais que exercem funções nestes serviços são detentores de competências, em especial no que diz respeito ao Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), para poder responder a estas situações.

Neste contexto, pretende-se com este estudo caracterizar os locais de consulta aguda dos CSP no que diz respeito às condições técnicas e materiais dos profissionais, na resposta à doença aguda, e às características dos seus utilizadores. Para o efeito realizou-se investigação quantitativa, nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) de Baixo Vouga (BV) I, II e III. A escolha destas organizações deve-se ao facto de estarem numa situação de proximidade geográfica, em que a população abrangida apresenta características de interioridade, do litoral e de um centro urbano.

Não tendo conhecimento de nenhum estudo semelhante, a presente investigação pretende colmatar esta lacuna e contribuir de alguma forma para gerar evidência sobre as características dos utilizadores da consulta aguda dos cuidados de saúde primários, bem como as características dos prestadores de cuidados e dos próprios serviços, no que

diz respeito à resposta à doença aguda.

Para obtenção da informação que permite responder à questão colocada, foram realizados dois questionários: um, dirigido aos responsáveis dos locais de consulta aguda com questões relacionadas com as características dos serviços; o outro, dirigido aos profissionais de saúde médicos e enfermeiros que exercem funções nestes serviços, com o objetivo de caracterizar as suas competências relacionadas com o Suporte Básico, Imediato e Avançado de vida.

Foram também utilizados dados fornecidos pela Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), que são processados pelo Sistema Informático da Administração Regional de Saúde (SIARS), relativamente às características dos utilizadores da consulta aguda.

Esta tese encontra-se estruturada em 2 partes. Numa primeira parte, é apresentada abordagem teórica da problemática estudada, procurando o seu enquadramento através da fundamentação em fontes fidedignas. É realçada a importância dos cuidados de saúde primários para os sistemas de saúde, apresentada a sua evolução em Portugal, enfatizando a atual reforma dos CSP. São apresentados os aspetos da consulta aguda dos CSP, nomeadamente os relacionados com os Serviços de Atendimento Permanente. Porque ao mesmo tempo que se procedeu em Portugal ao desenvolvimento dos CSP, também se incrementou uma rede estruturada dos serviços de urgência, considerou-se importante a sua apresentação porque ambas as realidades estão diretamente relacionadas. Termina-se a abordagem teórica, apresentando os aspetos a ter em conta na dotação técnica dos serviços, relacionada com a resposta a situações agudas.

A segunda parte desta tese diz respeito à investigação empírica. Começa-se por apresentar enquadramento metodológico, em que serão apresentados os procedimentos metodológicos, a justificação do estudo, as questões orientadoras da investigação, as hipóteses, o desenho do estudo, a amostra, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos na sua aplicação, o tratamento e análise de dados, seguindo-se a apresentação dos resultados, para posteriormente se apresentar a análise e discussão dos resultados. Finalmente, são apresentadas as conclusões, procurando salientar os resultados mais relevantes do estudo, os quais, não tendo a pretensão de serem definitivos nem generalizáveis, poderão servir de guia e motivação para novos estudos. Desejável seria que este trabalho pudesse contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos utilizadores da consulta aguda nos CSP.

CAPÍTULO 1– CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A Declaração de Alma-Ata elaborada na Conferencia Internacional Sobre Cuidados de Saúde Primários considerou-os primordiais para atingir os objetivos de saúde para todos no ano 2000. Foram caracterizados como *“cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”* (Declaração Alma-Ata, 1978, p. 6).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem salientando a importância dos CSP na promoção da saúde de carácter universal. No relatório da OMS (2008), passados 30 anos da Declaração de Alma-Ata, são reforçados os princípios subjacentes à definição dos CSP, evidenciando-se a atualidade da declaração, sobressaindo que a base para o desenvolvimento futuro dos sistemas de saúde são os CSP.

No panorama nacional português, a importância dos CSP é reforçada na Lei de Bases da Saúde . Nos termos da Base XIII “O sistema de saúde assenta nos cuidados de

saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades”, promovendo “...intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde...” (Lei nº 47/90, p. 3445)

Efectivamente os CSP são o pilar fundamental do Serviço Nacional de Saúde, constituindo o primeiro nível de acesso entre a população e os serviços de saúde (Simões, 2009).

1.1 – A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

Em 1971, Portugal foi dos primeiros países da Europa a desenvolver uma estratégia nacional para os CSP, através da reforma do Sistema de Saúde e Assistência, também conhecida como a “reforma de Gonçalves Ferreira”. Foi reconhecido pelo Estado o direito à saúde por parte dos cidadãos e foi criada através do Decreto-Lei nº 413/71 uma rede de Centros de Saúde, conhecidos como **centros de saúde de primeira geração**. Responsáveis pela prestação de cuidados de saúde primários a uma população geograficamente bem definida, desenvolviam atividades relacionadas com a saúde pública: vacinação, vigilância da saúde da grávida e da criança, saúde escolar e atividades de autoridade sanitária. Tinham o seu enfoque na prevenção e no acompanhamento de alguns grupos de risco. O tratamento da doença aguda e os cuidados à pessoa doente subsistiam como atividades residuais. Nesta época, coexistiam também os postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, que efetuavam consultas médicas a pessoas doentes e tratamentos extra-hospitalares. Durante alguns anos estes dois estilos de práticas subsistiram separados (Barros e Simões, 2007; Branco e Ramos, 2001; Campos e Simões, 2011; Pisco; Sakellarides, 2006).

Os **centros de saúde de segunda geração** surgiram em 1983, após a criação do Serviço Nacional de Saúde e da nova carreira médica de clínica geral, sendo denominados de Centros de Saúde Integrados. Estes resultaram da integração dos serviços médicos – sociais das caixas de previdência dos Centros de Saúde e Hospitais Concelhios e o seu regulamento foi aprovado pelo Despacho Normativo nº 97/83. O objetivo desta integração foi diminuir os aspetos negativos das organizações que foram integradas, tais como o “administrativismo” ou a limitada cobertura populacional, e potenciar os aspetos positivos, como o acesso aos cuidados de saúde e as ações de promoção e proteção de saúde, principalmente às populações em maior risco. Os centros de saúde de segunda geração foram organizações sem personalidade jurídica, sem autonomia administrativa e financeira (Branco e Ramos, 2001; Sakellarides, 2006).

Os **centros de saúde de terceira geração** foram criados através do Decreto-Lei n.º 157/99, que conferia personalidade jurídica, autonomia técnica, administrativa e financeira aos Centros de Saúde e propunha a sua organização por equipas multiprofissionais em unidades tecnicamente autónomas mas interligadas, dirigidas por uma direção técnica e clínica. Apesar da ampla participação dos profissionais de saúde na elaboração desta lei, esta nunca chegou a ser implementada. “Em parte devido às resistências, especialmente das Sub-Regiões de Saúde que veriam o seu poder transferido para os próprios Centros de Saúde” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, (OPSS), 2008, p. 104). Salienta-se que, apesar da não implementação deste processo legislativo, foram lançadas as bases para os Centros de Saúde de terceira geração, organizados em unidades funcionais com missões complementares (Branco e Ramos, 2001; Simões, 2009).

Com o Decreto-Lei nº 60/2003, é criada a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários. No preâmbulo deste Decreto é salientada a influência dos CSP como principal via de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, e a importância destes manterem uma articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados. Os Centros de Saúde agregavam cuidados médicos e de enfermagem, apoio à comunidade, saúde pública e gestão administrativa. O diretor poderia ser um profissional não médico e a gestão do centro de saúde poderia ser realizada por uma entidade privada através de um contrato de gestão. A prestação dos cuidados podia ser realizada por médicos e entidades privadas, através de contratos de prestação de serviços. Em 2005 o Decreto-Lei nº 60/2003 foi revogado, não tendo tido grandes efeitos práticos no terreno (OPSS, 2008; Simões 2009).

Em 2005, com o novo ciclo político, surge a última grande reforma dos CSP. Através do XVII Programa do Governo Constitucional, os CSP são considerados “o pilar central do sistema de saúde, em que o centro de saúde constitui a entidade enquadradora das unidades de saúde familiar”. Esta nova reforma teve como objetivo a instituição de uma rede de prestação de cuidados de saúde primários, em permanente relação com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, tendo como metas a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação, procurando assegurar a universalidade dos cuidados de saúde aos cidadãos e melhorando a qualidade dos cuidados (Programa do XVII Governo Constitucional, 2005).

Os conceitos chave para a sua implementação foram:

- Reorganização dos Centros de Saúde, através da criação das Unidades de Saúde Familiares (USF). Estas unidades de saúde eram constituídas por pequenas equipas

multi-profissionais e autoorganizadas, com autonomia técnica, organizativa e funcional, com contratualização de uma carteira básica de serviços e meios de diagnóstico centralizados. Além disso, possuíam um sistema retributivo que premiava a produtividade, a acessibilidade e a qualidade;

- As USF seriam integradas em rede, e a gestão poderia assumir diferentes enquadramentos jurídicos;
- Reforçar-se-iam os incentivos, conjuntamente com a formação dos médicos de família, de modo a atrair jovens candidatos.

A 3 de Junho é publicado o Decreto-Lei nº 88/2005, que revoga o Decreto-Lei nº 60/2003 (que criou a rede de CSP), ripristinando o Decreto-Lei 157/99 (que estabeleceu o regime de criação e organização e funcionamento dos Centros de Saúde).

No Decreto-Lei nº 88/2005 é salientada a criação do grupo técnico para os CSP, com o “objetivo de estabelecer um plano, identificar medidas operacionais e actividades a executar, que irão permitir a formulação de um novo instrumento normativo, consentâneo com a política do Governo” (Decreto Lei nº 88/2005: p. 3606). Após proposta do referido grupo técnico, é criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, na dependência directa do Ministro da Saúde. Com os objetivos de conduzir o projecto global de lançamento, efectuar coordenação e acompanhamento da reconfiguração dos Centros de Saúde e promover a implementação das unidades de saúde familiar, a MCSP implementou tendências inovadoras nos CSP, em termos de organização e de remuneração, envolvendo a reorganização local dos cuidados de saúde (Pisco, 2011; Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005).

Com o Despacho nº 9/2006, é criado o regulamento das USF, e com o Decreto-Lei

n.º 298/2007 surge o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF. Estas unidades são organizadas de modo voluntário e constituídas por médicos de família, enfermeiros e funcionários administrativos, com uma área de influência que abrange cerca de 4.000 a 18.000 utentes. Têm autonomia organizativa, funcional e técnica e desenvolvem a sua actividade no âmbito de uma carteira básica de serviços, comum a todas as unidades, podendo inclusivamente contratualizar uma carteira adicional de serviços em função da capacidade de resposta da própria unidade e das necessidades da população. A actividade das USF é recompensada em função de metas de acessibilidade, qualidade dos cuidados e a produtividade dos profissionais. O sistema de pagamentos é um sistema misto, contemplando capitação, salário e objetivos (Ministério da Saúde, 2011; Pisco 2011).

A reforma em curso nos cuidados de saúde primários foi também inovadora no modo como reconfigurou os Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Com a publicação do Decreto-Lei n.º 28/2008, foram criados 74 ACES em Portugal Continental. Estes agrupamentos são organizações de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais Centros de Saúde. Têm por missão garantir a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica. Os vários objetivos dos ACES foram melhorar a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde, potenciar os ganhos já conseguidos pelas USF, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados e munir o sistema de melhores estruturas de gestão.

Os ACES são constituídos por várias equipas multi-disciplinares, organizadas em unidades funcionais, com autonomia organizativa e técnica, garantindo-se a

intercooperação entre as diversas unidades. Estas unidades funcionais são:

- **Unidades de Saúde Familiar (USF)** - Cuidados personalizados à pessoa e família por equipas organizadas voluntariamente;
- **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)** – Dão resposta aos indivíduos e às famílias nas comunidades que ainda não tenham USF constituídas na área de influência. Têm estrutura e funcionamento idêntico ao das USF, diferindo destas pelo facto de os profissionais não se autoorganizarem e não usufruírem de incentivos;
- **Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)** - são responsáveis pelos cuidados a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade. São constituídas por profissionais que se autoorganizam. Têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde de uma dada população, prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, ou em situação de doença que requeira acompanhamento mais próximo e contínuo. As UCC participam na Rede Nacional de Cuidados de Saúde Continuados ao integrarem, quando existem, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados .
- **Unidades de Saúde Pública (USP)** - responsáveis por intervenções no meio físico e social e acções com alcance populacional, funcionam com um observatório de saúde da população na área geográfica do ACES;
- **Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)** – disponibilizam cuidados específicos às outras unidades, tais como: fisioterapia, higiene oral, psicologia, nutrição, serviço social, terapia ocupacional, diagnóstico radiológico

e laboratorial bem como diversas especialidades médicas (MCSP, 2008; Ministério da Saúde, 2010; Decreto-Lei nº 28/2008) .

Para além destas unidades funcionais de cuidados, os ACES podem integrar outros serviços de saúde, como os SAP e os Serviços de Urgência Básica.

Os ACES possuem diversos órgãos de governação e serviços de apoio, são estes:

- **O Diretor Executivo;**
- **O Conselho Executivo**, constituído pelo:
 - Director Executivo que preside,
 - Presidente do Conselho Clínico
 - Presidente do Conselho da Comunidade.
- **Conselho Clínico** composto por um presidente e três vogais. O presidente é um médico. Os três vogais são: um médico, um enfermeiro e um profissional de saúde do ACES designado para o efeito.

Na dependência do diretor executivo funciona ainda uma **Unidade de Apoio à Gestão**, que dá apoio logístico ao funcionamento de todas as equipas e aos órgãos de gestão e o **Gabinete do Cidadão**.

O Ministério de Saúde (2011, p. 2) refere que “em Abril de 2011, todas as transformações estruturantes da reforma dos CSP estavam concretizadas, excepto conferir aos ACES a adequada autonomia de gestão.” Em 30 de Abril de 2012 os 363 Centros de Saúde estão constituídos em 74 ACES, estando em actividade 319 USF, 158 unidades de cuidados de saúde personalizados e 95 unidades de cuidados na comunidade (Cuidados de saúde Primários, 2012).

1.2– A CONSULTA AGUDA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A actual reforma dos CSP, iniciada em 2005, veio permitir uma maior acessibilidade do cidadão aos cuidados de saúde. O aumento do horário normal de atendimento e a possibilidade do seu alargamento possibilitou uma melhor resposta às necessidades do doente de carácter programado e agudo. Na carteira básica de serviços das USF, a resposta às situações agudas deve ser assegurada no próprio dia e no período de funcionamento da unidade. De acordo com a avaliação da situação de doença, pode-se efectuar o tratamento na própria USF ou providenciar o encaminhamento para tratamento hospitalar. O período de funcionamento das USF é das 8 às 20 horas nos dias úteis, podendo o horário ser alargado até às 24 horas nos dias úteis, e aos sábados domingos e feriados, das 8 às 20 horas (Decreto-Lei n.º 298/2007; Portaria nº 1368/2007).

A progressão da reforma dos cuidados de saúde primários faz com que atualmente coexistem as novas unidades funcionais de cuidados personalizados (USF, UCSP), e os Centros de Saúde ainda não reconfigurados. Nestes últimos, a resposta às situações de doença aguda é facultada através de consultas específicas para este fim, com diversas denominações, embora vulgarmente sejam conhecidas como Serviços de Atendimento Permanente. Estes serviços foram criados através do Despacho Normativo n.º 97/83, com o intuito de atender os doentes em situação de urgência médica, por iniciativa própria ou por indicação médica. As situações mais complexas que não podem ter resolução nestes serviços devem ser encaminhadas para serviços diferenciados. Funcionam em horário

pré-estabelecido durante 24 horas, ou em período mais curto, e podem assumir várias denominações:

SASU - Serviço de Atendimento de Situações Urgentes;

CAP – Centro de Atendimento Permanente;

CATUS – Centro de Atendimento de Utentes Urgentes;

SADU – Serviço de Atendimento de Utentes Urgentes;

SAP/SU – Serviço de Atendimento Permanente/Serviço de Urgência (Instituto Nacional de Estatística, 2010).

A Ordem dos Médicos (2001), reconhecendo que os SAP não são serviços de urgência, mas sim uma consulta médica de doença aguda, apresentou os requisitos mínimos para o seu funcionamento. Relativamente às equipas, estas devem ser constituídas por médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, pessoal administrativo, porteiro e segurança. O número destes profissionais deve estar relacionado com o fluxo de doentes, sendo de considerar o rácio de 1 enfermeiro por 2 médicos. A localização dos SAP deve ser de fácil acesso. As dotações de material e equipamento devem ser definidos de acordo com as necessidades. Deve estar contemplada a possibilidade de efectuar exames complementares de diagnóstico (radiologia e laboratório), quer em instalações próprias, ou em serviços convencionados, dentro do horário de funcionamento dos SAP.

A nova reforma dos cuidados de saúde primários e as novas unidades decorrentes vieram conferir maior acessibilidade do doente aos cuidados de saúde, havendo cada vez menos motivo para a manutenção dos SAP.

O Ministro da Saúde Correia de Campos, responsável pelo início da nova reforma dos CSP, realçou que os SAP não eram serviços de urgência, apesar de erradamente o público assim os considerar. Durante o seu mandato, procedeu ao encerramento de alguns SAP e ao fecho de outros em parte do seu período de funcionamento, nomeadamente o período noturno. Esta reestruturação foi muito importante, porque deu lugar a uma maior acessibilidade dos doentes a uma consulta médica, devido aos médicos terem ficado mais disponíveis para as consultas de rotina nos CS. O mesmo governante referiu que os SAP apresentavam deficits de equipamento e estruturais, bem como na formação especializada dos médicos e enfermeiros, traduzindo-se numa deficiente resposta às situações urgentes e emergentes (Campos, 2007).

É de salientar que a reprivatização do Decreto - Lei n.º 157/99 deu lugar a um vazio legal relativamente ao funcionamento dos SAP.

A MCSP no documento “Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários” apresentou uma proposta para a racionalização dos cuidados na doença aguda/urgência. Considerou que o desenvolvimento exponencial que os SAP tiveram desde a sua criação (64 em 1985, 230 em 1996 e 256 em 2006) pode ter estado relacionado com falta de estratégia, ou como resposta a interesses pouco claros externos ao sistema de saúde. Salientou, também que a proliferação dos SAP correspondeu, em larga maioria, à deficiente resposta dos serviços, retirando profissionais da sua atividade normal e programada, prejudicando deste modo o normal funcionamento dos mesmos.

A existência deste serviços contribuiu também para a confusão entre “urgência” e “acessibilidade” nos CSP. Assim, a MCSP com os objetivos de “...promover a

acessibilidade do utente ao seu médico de família/USF, responder eficaz e capazmente às situações de urgência (e emergência em meios isolados) e construir, de acordo com as especificidades de cada local, respostas integradas para o atendimento em horas incómodas” (MCSP, 2006 p. 14), determinou que, entre outras medidas, deveria ser efetuada:

- Avaliação de todos os SAP e afins, pelos responsáveis dos Centros de Saúde, sob a orientação das Administrações Regionais de Saúde, em colaboração com a MCSP e a Comissão Técnica de Apoio do Processo de Requalificação das Urgências;
- *“Todas as situações de doença aguda/urgência dos CSP deverão ser assumidas pelas USF que se venham a constituir, durante o horário contratualizado para o seu funcionamento, em complementaridade com as Unidades Básicas de Urgência ou outras estruturas equivalentes “* (MCSP, 2006 p. 14);
- As unidades dos CSP que não estão abrangidas em tempo útil pela resposta disponibilizada pelo INEM, devem ser *“...convenientemente equipadas, deverão ser obrigatoriamente desenvolvidos programas de formação e treino que permitam a todos os profissionais médicos e de enfermagem a aquisição de competências específicas em Suporte Básico e Avançado de Vida e Trauma”* (MCSP, 2006 p. 14).

De salientar que, a par das reformas dos CSP, foi acontecendo a reforma dos serviços de urgência, através da requalificação da sua rede. Esta reforma dos Serviços de Urgência veio reforçar a importância da resposta dos CSP à doença aguda, em serviços próprios para este efeito, reforçando o motivo da não manutenção dos SAP.

Apresenta-se de seguida a reestruturação da Rede dos Serviços de Urgência.

CAPITULO 2 – REESTRUTURAÇÃO DA REDE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

As redes de referenciação hospitalar são processos que pretendem regular as ligações de complementaridade e de apoio técnico, entre todas as instituições hospitalares, garantindo a acessibilidade para todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, tendo como apoio sistemas integrados de informação interinstitucional. As redes devem ser constituídas com base nas necessidades da população e tendo em conta a distribuição e rácios de instalações, equipamentos e recursos humanos (Direcção Geral da Saúde (DGS), 2001).

Por despacho da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, Dr.^a Cármen *Pignatelli*, a 14 de Novembro de 2001 é publicada a rede hospitalar de urgência/emergência integrando os hospitais do continente com serviço de urgência médico-cirúrgica e serviço de urgência polivalente. Verificou-se, contudo que, apesar destes serviços alcançarem à generalidade do território nacional, existiam zonas do continente onde a acessibilidade aos hospitais anteriormente definidos não estava garantida em tempo útil, sendo necessário criar um tipo de resposta que se articulasse com a rede hospitalar de urgência/emergência. Assim, a 7 de Fevereiro de 2002 foram apresentados os aspectos funcionais e modelo de funcionamento de uma Unidade Básica de Urgência (UBU), consideradas pelo Decreto-Lei nº 157/99 como unidades complementares ao CS que deveriam prestar cuidados urgentes, articulando-se com a rede hospitalar de urgência (DGS,2001 ;DGS 2002).

A implementação da rede de referenciação de urgência/emergência e o ensaio das UBU, com parcerias entre os hospitais nível I e os CS, teve como principal finalidade contribuir para o descongestionamento das urgências dos hospitais mais diferenciados.

Por outro lado, nestas unidades haveria a possibilidade da prática de pequena cirurgia e utilização da capacidade instalada no hospital. As necessidades que não pudessem ser satisfeitas seriam canalizadas para o hospital de nível técnico superior da sua área de influência.

Salientou-se também que *“a criação de uma UBU é, obrigatoriamente, acompanhada de um processo de reorganização de todos os Serviços de Urgência existentes (incluindo SAP) na sua área de influência. Os Centros de Saúde, através das Unidades de Saúde Familiar, e durante o seu período de funcionamento, devem assegurar a resposta à doença aguda...”* (DGS, 2002, p. 5).

Apesar desta tentativa de ajuste na resposta às situações urgentes e rentabilização da capacidade instalada, a desarticulada actuação entre os CSP e os cuidados hospitalares levou à proliferação nacional de consultas abertas, atendimentos complementares e serviços de atendimento permanente nos CS, conforme já foi referido em 2006, existiam 256 SAP em Portugal .

É de salientar que os Despachos de 14 de Novembro de 2001 e de 7 de Fevereiro de 2002 nunca foram verdadeiramente aplicados. Na verdade, verificou-se um desajustamento entre a rede de urgências aprovada e aquela que estava implementada no terreno. Importa também referir que foi desenvolvido um número reduzido de UBU no país.

Como já foi anteriormente referido, ao mesmo tempo que surgiu a última grande reforma dos cuidados de saúde primários deu-se início em 2006 à reforma da Rede de Hospitalar de Urgência. Esta reforma foi consubstanciada através do Despacho nº 18 456/2006, que veio actualizar a rede de Serviços de Urgência do SNS (OPSS, 2007).

Em 2006 é criada, na dependência do ministro da saúde, a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral, com a missão de apoiar o processo de requalificação das urgências, coordenando a sua actividade com as comissões específicas responsáveis por outras intervenções a nível da urgência (Despacho nº 17736/2006).

Em 2007 a CTAPRU salientou as distintas missões de um serviço de urgência integrado na rede de urgências e um SAP. Defendeu a criação de consultas agudas nos Centros de Saúde, em horário prolongado e em grande proximidade com as populações, de modo a dar resposta aos doentes em situação de doença aguda (CTAPRU, 2007 a).

O actual governo criou em 2011 a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência Médica (CRRNEU), com o objetivo de reavaliar a implementação da rede de urgência. A necessidade desta avaliação advém do facto de ter passado algum tempo desde a implementação dos pontos de rede de urgência, *“aos dados demográficos de Censos de 2011, ao impacto no desenvolvimento da nova rede rodoviária e às reformas dos cuidados de saúde primários e hospitalar”*, (Despacho nº 13377/2011, p. 39681).

A referida comissão reforça que é da competência dos CSP dar resposta às situações agudas não urgentes, incluindo as que actualmente são atendidas no serviço de urgência. Recomenda também que os CSP se devem organizar de modo a responder *“às situações agudas não urgentes, adaptada à procura e à casuística, nomeadamente em termos de horário de atendimento e de acesso preferencial ao médico assistente, pela existência de períodos diários de atendimento não programado”* (CRRNEU, 2012, p. 12).

Atualmente, devido a não estarem ainda finalizadas, tanto a reforma dos CSP como totalmente implementada a rede de urgência, subsiste uma desarticulada prestação entre cuidados primários e secundários, levando à proliferação nacional de consultas abertas, atendimentos complementares e serviços de atendimento permanente nos CSP. Por outro lado, verifica-se, também, que nunca foi feito um levantamento das necessidades de material e equipamento, bem como da formação específica que os profissionais de saúde têm para atender estes doentes em situação de doença aguda.

2.1 - SITUAÇÕES MÉDICAS AGUDAS/URGENTES/EMERGENTES VERSUS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Sob o ponto de vista médico, as situações de doença aguda devem ser atendidas o mais rapidamente possível, pois podem reverter para situações urgentes/emergentes. O Despacho nº 18 459/2006 do Ministério da Saúde (p. 18611), definiu como “ *emergência e urgência médica a situação clínica de instalação súbita na qual, respectivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais*”. Estas situações levam muitas vezes à necessidade de reanimação cardiorrespiratória (RCR) de um doente. Hoje sabe-se que após quatro a cinco minutos de paragem cardiorrespiratória (PCR) a percentagem de sucesso da reanimação situa-se apenas nos 50% e que o prolongamento do “*timing*” até implementação de suporte de vida, pode traduzir-se em lesões irreversíveis.

A CTAPRU (2007 b) definiu **emergência** como uma situação em que a falência de funções vitais está próxima ou já instalada, e **urgência**, como uma situação onde existe risco de falência das funções vitais.

As situações de aparecimento recente, denominadas de agudas, não se enquadram nas definições de urgência e emergência, no entanto, necessitam de resolução rápida no próprio dia ou em horas, em consulta aberta para situações agudas. Estas situações não são verdadeiras urgências médicas, apesar disso, no nosso país, têm sido erradamente encaminhadas e tratadas nos serviços de urgência. Qualquer reforma dos serviços de urgência envolve o reforço dos cuidados de saúde primários, que poderão resolver grande parte das situações clínicas agudas não urgentes, encaminhando os casos verdadeiramente urgentes para locais com condições mais adequadas. Este aspecto é também economicamente importante, devido aos cuidados médicos prestados no âmbito de um serviço de urgência serem significativamente mais dispendiosos do que os cuidados prestados nos cuidados de saúde primários (CTAPRU, 2007 b).

Relativamente às situações urgentes, que tenham que ser encaminhadas para um nível superior de urgência, é necessário ter em conta determinados aspetos no processo de transferência. Para isso, a Ordem dos Médicos emanou regras/normas que permitem avaliar a gravidade do estado do doente, reduzir os riscos do transporte e implementar um processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados nesta área. Definiu que “as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo, para qualquer nível de gravidade do doente...”, são encontradas, após a avaliação do estado do doente, com atribuição de um *score* (Ordem dos Médicos , 2008).

Outro aspecto importante, na resposta por parte dos profissionais à doença aguda, é a sua formação contínua. A título de exemplo, a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) apresentou no seu plano de acção para 2012 nas áreas de intervenção em

saúde, nos aspectos relacionados com a formação em suporte de vida, a seguinte estratégia:

“Programas locais de Suporte Básico de Vida (SBV)

Alargamento e consolidação das acções de formação em SBV e promoção da aquisição de DEA. Em articulação com o INEM, deverá ser incentivada junto das diversas instituições a aquisição de material para SBV, nomeadamente desfibriladores automáticos externos e material de treino e prática, competindo à ARS e INEM uma função de apoio e consultadoria neste particular” (ARSC, 2012, p. 40).

A reestruturação dos CSP, com base em unidades de saúde implicou a requalificação destes serviços, de modo a dar resposta às situações de doença aguda. No entanto, pode verificar-se que muitos deles não possuem a estrutura física necessária para receber macas, efectuar exames complementares simples, sistemas de gases medicinais e efectuar tratamentos simples, nomeadamente pequena suturas (CTAPRU, 2007 b; Oliveira, 2008).

Os locais de consulta aguda atendem doentes que podem agravar a sua situação clínica, nomeadamente para situações de PCR. Assim, estes serviços, de modo a responder eficazmente às situações de agravamento, devem possuir material e equipamento adequado, e profissionais de saúde com competências em suporte de vida.

Em seguida, clarificam-se esses aspectos, começando por contextualizar as situações de paragem cardiorrespiratória e a formação específica na área da reanimação. São apresentadas também algumas características relativas ao material e equipamento necessário para a reanimação de um doente com PCR.

2.2 – A RESPOSTA ÀS SITUAÇÕES DE PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

A paragem cardiorrespiratória é a interrupção abrupta da actividade mecânica cardíaca e respiratória, ocorrendo na maioria das situações de forma súbita e inesperada.

A PCR tem a possibilidade de ser revertida, por acção imediata de técnicas de suporte de vida, utilizando material e equipamento adequado. O diagnóstico preciso e precoce é determinante para o prognóstico da PCR, assim como a instituição rápida e eficaz de manobras de reanimação. Salienta-se que a passagem de cada minuto sem intervenção traduz-se numa drástica redução da sobrevida do doente, e no aumento do risco de aparecimento de lesões. Para dar resposta às situações de paragem surge o conceito de Reanimação Cardiorrespiratória (*Brunner e Suddarth, 2005; CPR, 2010*).

A RCR desenvolveu-se ao longo dos tempos, com uma longa história de descobertas e erros, sendo provavelmente tão velha como o Homem. Em 1783 *De Haen* descreveu, pela primeira vez, um método de compressão torácica. A primeira aplicação moderna das compressões cardíacas externas na reanimação foi efectuada no século XVIII por *John Hovard*, (*Brunner e Suddarth, 2005*).

A respiração boca-a-boca foi redescoberta pelo *James Elan* e *Peter Safar*, na década de cinquenta, como técnica capaz de assegurar alguma ventilação artificial, numa situação de paragem respiratória (*Brunner e Suddarth, 2005*).

Em 1992, organizações de vários países uniram esforços, com o objetivo de uniformizar internacionalmente os procedimentos e guias orientadores (“*Guidelines*”) da RCP. Assim, a *American Heart Association*, o *European Resuscitation Council* (ERC), o Conselho de Ressuscitação da África do Sul e a Fundação Interamericana do Coração (vários países da América Latina) constituíram-se como o *International Liaison Committee*

on Resuscitation (ILCOR), facilitando, deste modo, a partilha de dados, de experiências, o debate, discussão e cooperação entre os diversos países, permitindo atualizações científicas universais da RCP, aplicadas por profissionais e leigos em grande parte do globo terrestre. A ILCOR emana regularmente diretrizes relacionadas com os vários algoritmos do suporte de vida, que os diversos países devem adoptar.

A RCR engloba os conceitos e técnicas para o tratamento de uma situação de PCR. O objetivo da RCP é fornecer circulação artificial de sangue oxigenado para os órgãos vitais, em especial coração e cérebro, numa tentativa de interromper ou atrasar os processos degenerativos associados à isquemia e anóxia até que a circulação e/ou ventilação espontânea possam ser restauradas (Brunner e Suddarth, 2005; CPR, 2010).

A RCR pode ser desenvolvida em vários algoritmos de suporte de vida, de acordo com a natureza e qualidade dos meios técnicos e humanos envolvidos. Desses algoritmos, destacam-se o Suporte Básico de Vida, o Suporte Imediato de Vida e o Suporte Avançado de Vida (CPR, 2010).

O **Suporte Básico de Vida** consiste na oxigenação de emergência com medidas e técnicas aplicáveis por qualquer pessoa minimamente treinada, sem necessidade de qualquer equipamento. O termo SBV significa a instituição de manobras de Reanimação Cardiorrespiratória sem equipamentos, (Nolan *et al*, 2006).

Poderá considerar-se no SBV a utilização de alguns meios simples conhecidos como adjuvantes da via aérea. Entre estes estão o tubo de oro/naso faríngeo, insuflador manual (*ambu*) e a máscara de bolso (*Pocket mask*) própria para ventilação boca – máscara.

O SBV tem por objetivo atrasar o início da deterioração dos órgãos vitais e a rapidez com que é efectuado tem repercussões efetivas na sobrevivência, quer do ponto de vista qualitativo, quer quantitativo. A atuação deve ser imediata e eficiente, uma vez que no primeiro minuto após a PCR as hipóteses de sobrevivência são de 98%, no quarto minuto são já de 50% e no sexto minuto são apenas de 11%. Em situações de PCR testemunhada, o início de SBV de imediato aumenta a probabilidade de recuperação e de sobrevivência, (Nolan *et al* , 2006).

O INEM (2011) considera que as manobras de compressão torácica externa e de ventilação têm como objetivo manter algum grau de circulação com sangue minimamente oxigenado, para preservação da viabilidade do coração e cérebro. O SBV permite ganhar tempo, mantendo alguma circulação e ventilação até à instituição de manobras de suporte avançado de vida. Existem alguns casos raros, em que apenas o SBV salvou vidas, mas na maioria das situações, são essenciais intervenções avançadas para a recuperação das funções vitais do doente.

Segundo a Nolan *et al* (2006), o SBV inclui o reconhecimento de sinais de Síndrome Coronária Aguda, a obstrução de via aérea por corpo estranho, RCR e desfibrilhação com Desfibrilhador Automático Externo (DAE).

A maioria das paragens cardiorrespiratórias nos adultos surgem devido a perturbação do ritmo cardíaco, denominada Fibrilhação Ventricular (FV). O único tratamento eficaz para resolver esta arritmia cardíaca é a desfibrilhação. Este tratamento deve ser instituído o mais rapidamente possível, porque a probabilidade de tratar uma FV com sucesso depende da rapidez com que se inicia o tratamento. A desfibrilhação no

primeiro minuto em que se instala a FV pode ter uma taxa de sucesso de 100%, mas ao fim de 8-10 minutos a probabilidade de sucesso é quase nula (INEM, 2011).

A desfibrilhação consiste na aplicação de um choque eléctrico no tórax do doente. Este procedimento é aplicado por um aparelho denominado desfibrilhador, que tanto pode ter características automáticas, denominado desfibrilhador automático externo (DAE) como características não automáticas. O conceito de desfibrilhação automática externa surgiu devido à possibilidade da desfibrilhação ser aplicada por equipas de saúde que não dominem a interpretação do traçado eletrocardiográfico e leigos. Nos países desenvolvidos, a tendência é para que o DAE seja incluído no SBV, (Nolan *et al*, 2006).

Em Portugal, além da obrigatoriedade destes aparelhos nos serviços de saúde, está definido por lei a instituição de programas de DAE, sob tutela do INEM, em locais de acesso ao público, a serem utilizados por leigos devidamente treinados (Decreto Lei nº 188/2009; Decreto-Lei nº184/2012).

As guidelines da reanimação comprovam a eficácia da desfibrilhação na paragem cardíaca, que conjuntamente com as compressões e ventilação constituem as três únicas intervenções com evidência em SBV e SAV (CPR, 2010).

O **Suporte Imediato de Vida** está numa posição intermédia entre o SBV e o SAV. Partindo do princípio que para a correcta e total aplicabilidade do SAV são necessários profissionais peritos nos diversos procedimentos, desaconselha-se os profissionais não peritos a tentar alguns procedimentos de SAV. Para os profissionais de saúde que não lidem com a paragem no seu dia-a-dia ou que não estejam habilitados a determinados

procedimentos, como desfibrilhação manual ou intubação traqueal, surge em 2005 este novo algoritmo de Suporte Imediato de Vida (Nolan *et al*, 2006; CPR, 2010).

O SIV aconselha técnicas alternativas de permeabilização de via aérea (máscara laríngea e *Combitubo*) e Desfibrilhação Automática Externa.

Este será o nível exigido a todos os profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, desde que não lidem com a paragem e peri/paragem no seu dia-a-dia (Nolan *et al*, 2006).

O Suporte Avançado de Vida é a continuidade e/ou complementaridade do SBV e do SIV, na RCP.

Para o INEM (2011) o SAV é a continuação do SBV, recorrendo a fármacos, ventilação por intubação traqueal (ventilação avançada), monitorização cardíaca e desfibrilhação eléctrica, utilizando para isso equipamentos e várias técnicas avançadas, que visam assegurar a oxigenação e circulação aos órgãos vitais.

A aplicação deste algoritmo tem como objetivos a recuperação da função cardiovascular e respiratória, melhorar o aporte de oxigénio, efectuar o diagnóstico/tratamento das alterações do ritmo cardíaco e corrigir desequilíbrios hidroelectrolíticos (INEM, 2011).

Relativamente aos algoritmos anteriormente apresentados, a ILCOR salienta a importância da formação nesta área, com o objetivo de assegurar que os formandos adquiram e retenham competências que lhes permitam atuar correctamente em caso de PCR, melhorando a sobrevivência dos doentes. Refere também que os conhecimentos e competências em suporte de vida se deterioram, principalmente, se não são colocados

em prática quotidianamente. Deste modo, as recertificações e os treinos de actualização são importantes (CPR, 2010).

2.3 – MATERIAL E EQUIPAMENTO NECESSÁRIOS NUMA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

Numa situação de emergência médica, há necessidade de organizar, num reduzido espaço de tempo, meios técnicos, físicos e humanos, de modo a responder prontamente e sem atrasos, procurando restabelecer as funções vitais do doente, reduzindo ao mínimo as possíveis sequelas.

Estudos recentes mostram que, em vários serviços hospitalares equipados corretamente para a reanimação, 82% das paragens cardiorrespiratórias foram atendidas dentro de 3 minutos. No entanto, as restantes 18% foram atrasadas devido a desfibrilhadores ausentes ou que não funcionaram, ausência de insuflador manual, de laringoscópio e tubos traqueais (Bradbury, 2002).

Pelo exposto anteriormente, é importante que o material, equipamento e fármacos necessários a uma reanimação estejam organizados de modo correto. Uma das possibilidades de organização deste material é através de uma estrutura denominada **carro de emergência**. A organização e manutenção deste meio deve ter normas padronizadas, uniformizadas e rígidas, para um correto funcionamento e operacionalidade do mesmo. O conteúdo do carro de emergência deve ser standard para cada serviço e deve conter:

- Material de via aérea- (máscaras ventilatórias, insuflador manual, lâminas e laringoscópio, tubos endotraqueais, ventilador, combitubo, máscara laríngea);

- Material de desfibrilhação - Monitor desfibrilhador;
- Material para soroterapia;
- Fármacos – Adrenalina; Atropina; Amiodarona, etc.
- Material de apoio.

Os profissionais de saúde devem conhecer perfeitamente o conteúdo do carro de emergência e estar familiarizados com o manuseamento de todo o material e equipamento. Deverão conhecer, também, os protocolos de actuação, de modo a uniformizar os procedimentos.

A Direcção Geral de Saúde (2011, p. 1) apresentou orientação relativamente à organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde, nomeadamente nos CSP. É proposta a organização deste material e equipamento através de um carro de emergência, que é “uma estrutura móvel ou, em certos casos, transportável, que contém um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais indispensáveis para a reanimação cardiorrespiratória”. É salientado que a existência deste equipamento é uma ferramenta importante para o sucesso da resolução das situações de doentes graves. Propõe a sua existência “em todas as unidades do sistema de saúde que lidam com doentes agudos ou com doenças crónicas que possam agudizar”. Nesta orientação técnica são definidos os materiais, equipamentos e fármacos necessários a uma reanimação cardiorrespiratória, bem como as normas de utilização e manutenção do carro de emergência.

De modo a dar resposta às situações de PCR e pelo apresentado anteriormente, reforçou-se a importância da existência de material e equipamento com características específicas no que diz respeito à sua organização e tipologia, bem como a importância

dos profissionais adquirirem competências através de momentos formativos sobre os diversos algoritmos de suporte de vida. Estes aspectos são importantes na organização dos cuidados dos serviços de saúde, nomeadamente nos locais de consulta aguda dos CSP.

CAPITULO 3 – MÉTODOS

Etimologicamente, método é o caminho a seguir, o estudo dos caminhos e dos instrumentos a usar. Neste capítulo são descritos o planeamento e as etapas metodológicas desta investigação. Inicia-se pelo contexto do estudo empírico, seguindo-se a sua finalidade, as questões e objetivos do mesmo, as hipóteses, a população e amostra e o modo de operacionalização das variáveis. Termina-se com a descrição dos procedimentos formais e estatísticos utilizados.

Considerou-se que a abordagem quantitativa foi a mais adequada para estudar o fenómeno a investigar. E, porque se pretendeu descrever e explorar as características de uma determinada população ou fenómeno, este é também um estudo descritivo.

3.1 – CONTEXTO DOS LOCAIS EM ESTUDO

Os locais escolhidos para a realização deste estudo foram os ACES do Baixo Vouga I, II e III. A razão desta escolha deveu-se ao facto de se encontrarem geograficamente próximos e por estarem inseridos em regiões com características distintas, tais como, região de litoral, região de interior e um grande centro urbano.

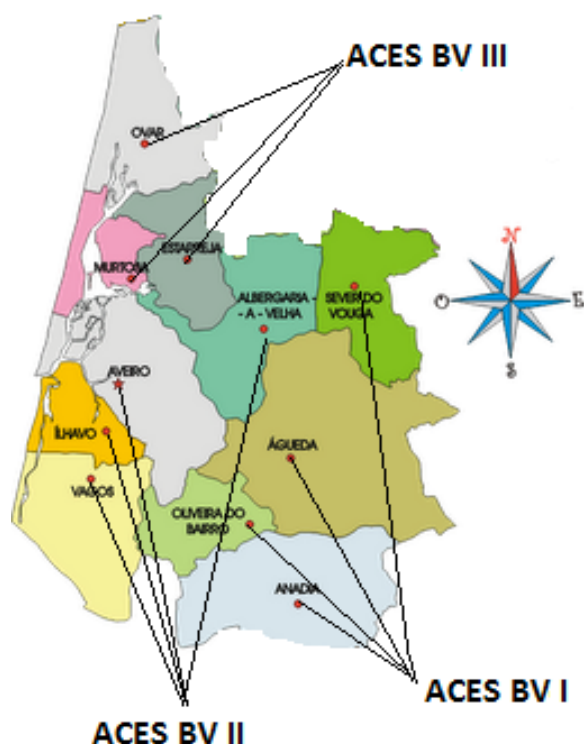
Os ACES situam-se no distrito de Aveiro, no território do Baixo Vouga. Todos dependem da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC).

Como se pode observar na figura 1, o ACES BV I encontra-se na região interior do distrito de Aveiro. Este ACES é constituído pelos CS Águeda, CS de Anadia, CS de Oliveira do Bairro e CS de Server do Vouga. Todos os concelhos deste ACES são atravessados pelo Rio Vouga.

O ACES BV II situa-se na região centro-sul do distrito de Aveiro e é constituído pelos Centros de Saúde de Albergaria-a-Velha, CS Aveiro, CS Ílhavo e CS Vagos. Os quatro concelhos deste ACES são atravessados pela Ria de Aveiro, a oeste fazem confrontação com o Oceano Atlântico, possuindo quatro praias de afluência sazonal (S. Jacinto, Barra, Costa Nova e Vagueira).

O ACES BV III é constituído pelos Centros de Saúde de Ovar, Estarreja e Murtoza. Todos os concelhos deste ACES situam-se na região Beira Litoral. Os concelhos de Ovar e Murtoza ocupam uma faixa da orla litoral, possuindo várias praias, sendo de salientar que, com os fluxos dos veraneantes na época balnear a sua população duplica.

Figura 1 – Mapa com os Concelhos dos ACES BV I, BV II e BV III



Fonte - Adaptado de: Portugal Gentes e Locais , 2

Os vários ACES apresentam **características sócio-demográficas** diferentes, como se pode observar na tabela 1. O ACES BV I tem o maior número de residentes, possuindo 45% da população do total dos três ACES. O ACES BV I possui 30% da população e o ACES BV III o mais pequeno geograficamente, possui 25% da população residente do total dos três ACES.

Em todos os ACES verifica-se que existem mais mulheres que homens.

Em todos os ACES o grupo etário que possui maior representatividade é o dos 25 aos 64 anos. O ACES BV I, em relação aos outros ACES possui o grupo etário dos 65 ou mais, percentualmente mais representado.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos ACES BV I, BV II e BV III

CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRÁFICAS		ACES BV I		ACES BV II		ACES BV III		TOTAIS	
População Residente		112 234		165 151		92 956		370 341	
Género	Masculino	n	%	n	%	n	%	n	%
	Feminino	53 725	48%	78 737	48%	44 779	48%	177 241	48%
		58 539	52%	86 414	52%	48 180	52%	193 133	52%
Grupo Etário	0 - 14	15 650	14%	24 688	15%	14 164	15%	54 502	15%
	15 - 24	11 714	10%	18 179	11%	10 505	11%	40 398	11%
	25 - 64	60 906	54%	93 354	57%	51 605	56%	205 865	56%
	65 ou mais	23 964	21%	28 930	18%	16 685	18%	69 579	19%
Área Geográfica		771,41 Km ²		598,89 Km ²		329,33 Km ²		1 699,63 Km ²	
Concelhos		Águeda Anadia Oliveira do Bairro Sever do Vouga		Albergaria-a-Velha Aveiro Ílhavo Vagos		Estarreja Murtosa Ovar		11 Concelhos	
Freguesias		50		38		19		107 Freguesias	

Fonte: ACES BV I, 2011; ACES BV II, 2011; ACES BV III, 2011; INE, 2011.

Como apresentado na tabela 2, o número de utentes inscritos varia entre os ACES,

de 180 379 de utentes para o ACES BV II, 124 444 para o ACES BV I, e para 102 261 para o BV III. A percentagem de utilização mais baixa, com 71%, encontra-se no ACES BV II, seguida do ACES BV I, com 71% e ACES BV II, com 73%. O ACES BV I tem 15% de utentes sem médico de família; com percentagens inferiores estão o ACES BV II e ACES BV III, com 6% e 4% de utentes sem médico de família, respetivamente.

Pelo observado na tabela 2, pode verificar-se que a rede de unidades funcionais é diferente entre os ACES. Salienta-se, no entanto, que, para além destas unidades funcionais, que surgiram com a última reforma dos CSP e devido a esta ainda não estar terminada, também existem nos diversos ACES os CS tradicionalmente organizados

Relativamente a outros recursos de saúde que existem nas regiões dos ACES, destaca-se, em Águeda, o Hospital Conde Sucena que possui uma UBU, que dá resposta aos doentes do ACES BV I, e em Aveiro, o Hospital Infante D. Pedro, que possui urgência médico-cirúrgica, sendo este o hospital de referência para os três ACES .

Tabela 2 – Utentes Inscritos, utilizadores, utentes sem médico de família. Unidades funcionais dos ACES BV I, BV II e BV III

		ACES BV I	ACES BV II	ACES BV III	Totais
Utentes Inscritos		124 444	180 376	102 261	407 081
Número de Utilizadores		87 766	122 361	76 630	286 757
% de Utilização		71 %	68%	73%	-
% de utentes sem médico de família		15%	6%	4%	-
Unidades Funcionais	USF	-	5	4	9
	UCSP	10	7	-	17
	UCC	1	1	-	2
	USP	1	1	1	3
	URAP	1	1	1	3

Fonte: ARSC 2012 (dados até Dezembro de 2011)

3.2 – FINALIDADE, QUESTÕES, HIPÓTESES E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Como foi apresentado na primeira parte deste trabalho, os CSP são o pilar do

Serviço Nacional de Saúde, constituindo o primeiro nível de acesso entre a população e os serviços de Saúde. São também responsáveis por dar resposta aos doentes em situação de doença aguda, que necessitam de cuidados de saúde. Pela análise da evolução dos centros de saúde em Portugal, verificou-se que o atendimento aos doentes em situação de doença aguda sempre foi considerado.

A nova reforma dos CSP veio reforçar o papel das novas unidades funcionais (USF e UCSP) no atendimento destas situações no seu horário normal de funcionamento das 8h às 20h e prevê o possível alargamento da sua actividade para consultas programadas e não programadas, de carácter agudo, até às 24 horas nos dias úteis e das 8h às 20h aos fins-de-semana e feriados. A decisão de alargamento de horário decorre de efectivas necessidades diagnosticadas na população servida. Os CS não reconfigurados, que coexistem com as novas unidades funcionais, mantêm as suas características possuindo um espaço dedicado aos locais de consulta aguda, à margem da consulta programada, em horário definido: são os vulgarmente denominados SAP.

Pelo exposto anteriormente, surgem duas questões de fundo, qual o papel que os CSP devem ter no atendimento das situações de doença aguda e de que forma é que os actuais locais dão resposta a estas mesmas situações. A MCSP já definiu o que é consulta/doença aguda em CSP. Em relação ao papel de todos os intervenientes, este deve estar bem definido, de forma a evitar um tratamento inadequado ou moroso do doente que possa colocar em risco a sua recuperação/vida, até porque, os doentes que recorrem a esta consulta aguda possuem situações de doença que se podem deteriorar transformando-se em verdadeiras urgências/emergências

Pelo anteriormente exposto, podem colocar-se as seguintes questões:

- Os locais de consulta aguda dos CSP estão preparados para dar resposta a situações médicas agudizadas da população a que prestam cuidados?
- Quais são as características dos utilizadores da consulta aguda?
- Quais são as capacidades técnicas (humanas) e materiais dos ACES na resposta a situações de doença aguda, nomeadamente nas situações de PCR?

No sentido de clarificar a finalidade proposta desta investigação, identificaram-se os seguintes objectivos:

- Caracterizar a utilização dos locais de consulta aguda nos ACES no que respeita às seguintes variáveis:
 - Idade, sexo
 - Número de utilizadores;
 - Freguesia do domicílio;
 - Causa de admissão administrativa à consulta aguda;
 - Destino dos doentes após a consulta.
 - Horário da utilização;
- Conhecer a capacidade de resposta a situações urgentes/emergentes nos locais de consulta aguda dos ACES no que diz respeito a:
 - Equipamento adequado relacionado com SBV e SAV
 - Formação dos profissionais de saúde relacionada com SBV e SAV e SIV, outras formações e experiência profissional.
- Perceber se existem diferenças entre os ACES entre:
 - Os utilizadores dos locais de consulta aguda;

-As características dos profissionais que exercem funções nos locais de consulta aguda.

No sentido de perceber algumas predições em relação aos dados obtidos, foram formuladas a seguintes hipóteses.

- Hipótese 1: «**Existe diferença entre os ACES ao nível dos utilizadores da consulta aguda**» (relacionada com as variáveis, género, idade, concelho de residência, causa e destino da consulta)
- Hipótese 2: «**Existe diferença entre os ACES ao nível das características dos profissionais**» (relativa às variáveis, género, idade, tempo de exercício profissional, exercício em CSP e exercício no actual serviço, formação em SBV, SIV, SAV e Curso de Trauma)

Ao perspectivar-se o modo como iria decorrer a investigação, verificou-se que em Portugal a pesquisa neste domínio é inexistente, não tendo sido encontrado nenhum estudo com questões semelhantes.

Este estudo permite realizar um diagnóstico situacional a cada um dos ACES no que respeita à capacidade de resposta dos locais de consulta aguda, quer em termos de formação de recursos humanos quer em termos materiais. O diagnóstico e eventuais medidas correctivas poderão ter um papel fundamental na melhoria dos cuidados de saúde prestados e até mesmo repensar a necessidade de alterações aos serviços existentes (encerramento, adaptação de horário, equipamento, formação).

Após esclarecimento da finalidade desta investigação e apresentação dos seus objetivos, apresenta-se, em seguida, a população e a amostra estudada, fontes de dados e de operacionalização das variáveis.

3.3 – POPULAÇÃO, AMOSTRA E FONTES DE DADOS

Este estudo tem como objetivo principal a caracterização da consulta aguda, dos ACES do BV I, II e III, no que diz respeito aos utilizadores, às características técnicas e materiais dos serviços e à caracterização dos profissionais médicos e enfermeiros. Estamos perante uma população e uma amostra. Dentro dos critérios de uma população, enquadram-se os locais de consulta aguda e os utilizadores dessa consulta, pois vão ser analisados todos os locais e todos os episódios da consulta num determinado período.

A amostra é constituída pelos profissionais médicos e enfermeiros que prestam cuidados nos serviços de consulta aguda dos ACES, e que voluntariamente acederam participar no estudo. Esta é uma amostra, não probabilística intencional por conveniência. É de salientar que estes profissionais exercem funções nestes serviços como complemento da sua atividade, pois exercem maioritariamente sua actividade principal nas diversas unidades funcionais dos ACES.

Para a realização deste estudo foi necessário recorrer a várias fontes de dados, de acordo com população e amostra.

Relativamente aos utilizadores das consultas agudas dos ACES BV I, II e III, os dados foram fornecidos pela ARSC. Esta informação foi recolhida administrativamente, através do SIARS, que recolhe informação dos diversos sistemas de informação que suportam o registo da actividade dos profissionais nos locais de consulta aguda. Os dados foram fornecidos em suporte informático *Excel* dizem respeito a dez locais de consulta aguda, nomeadamente: nome serviço; sexo do doente; idade; freguesia de residência; causa da consulta aguda; destino após a consulta, período horário. Os dados reportaram-se ao ano de 2011 e a todos os episódios de consulta.

Para obtenção dos dados respeitantes às características dos serviços e dos profissionais, optou-se pela construção de dois questionários de raiz:

- Questionário aos Profissionais - Aplicado aos médicos e enfermeiros que exercem funções nos locais de consulta aguda. Este questionário teve como objetivo a recolha de dados sócio-demográficos dos profissionais; a sua formação relacionada com situações urgentes e emergentes; a periodicidade com que assistem a situações de paragem peri/paragem cardiorrespiratória na consulta aguda; e a periodicidade de acompanhamento de um doente a um serviço mais diferenciado (Anexo 1);

- Questionário aos Serviços - Aplicado às Unidades de Gestão dos ACES de modo a caracterizar os locais de consulta aguda, no que diz respeito ao seu horário de funcionamento e número de profissionais; aos recursos materiais e equipamentos relacionados com a resposta às situações de paragem peri/paragem cardiorrespiratória; às condições dos serviços relacionadas com o recurso a exames

complementes de diagnóstico; à organização dos serviços, tendo em conta a existência de manuais de integração de profissionais, de normas de utilização do equipamento, nomeadamente, do carro de emergência, do desfibrilhador automático externo e de actuação em caso de paragem cardiorrespiratória; à existência de critérios de avaliação de risco para o acompanhamento de doentes na transferência para outras unidades mais diferenciadas. Questionou-se também o número de vezes que o serviço acionou a Viatura de Emergência Médica (VMER), (Anexo 2).

Apresenta-se de seguida, a operacionalização das variáveis deste estudo.

3.4 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Foram seleccionadas diversas variáveis de acordo com os vários aspectos a estudar:

- Características dos utilizadores da consulta aguda;
- Características dos prestadores de cuidados dos locais de consulta aguda;
- Características dos locais de consulta aguda.

Na tabela 3, operacionalizam-se as variáveis relacionadas com os utilizadores da consulta aguda, dizem respeito às suas características sociodemográficas (idade, género, freguesia de residência), à razão da ida à consulta, ao destino após a consulta e quais os horários de utilização.

Tabela 3 - Operacionalização das variáveis dos utilizadores da consulta aguda dos ACES

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	NOTAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Idade	Os dados obtidos foram agrupados em classes, seguindo o critério do INE	Grupo Etário	0 a 14 15 a 24 25 a 64 65 ou mais
Género	Diz respeito ao sexo dos indivíduos, assumindo a dicotomia feminino ou masculino	Género	Masculino Feminino
Freguesia	Identifica a freguesia de residência dos doentes	Freguesia de Residência	Foram encontradas 650 Freguesias
Freguesia de residência pertence ou não pertence à área da consulta aguda	A freguesia de residência pertence ou não à área de abrangência do local da consulta aguda	Pertence ao CS ou não pertence ao CS	Não pertence Pertence
Causa da ida à consulta aguda	No momento da admissão o funcionário administrativo questiona a queixa do utente. As questões estão pré-definidas informaticamente	Causa da consulta	Doença Acidente Escolar Acidente de trabalho Agressão Acidente de Viação Violência Domestica Outra causa
Destino após a consulta	Quando o doente sai do serviço, o administrativo regista o destino do doente. As respostas estão pré-definidas informaticamente.	Destino após consulta	Domicílio/alta Cuidado Hospitalares Ambulatório Desistência Internamento Falecido
Período horário dias úteis	Período horário em que o doente é admitido. Os dados foram fornecidos agrupados pela ARSC	Período horário dias de úteis	00h-08h 08h-12h 12h-16h 16h-20h 20h-24h
Período horário fim de semana	Período horário em que o doente é admitido. Os dados foram fornecidos agrupados pela ARSC	Período horário fim semana	00h-08h 08h-12h 12h-16h 16h-20h 20h-24h

Na tabela 4 apresentam-se as variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde que prestam cuidados na consulta aguda dos ACES do BV I, II e III. Estas caracterizam os profissionais no que diz respeito à sua idade, género, categoria profissional, tempo de serviço e tempo de exercício profissional nos cuidados de saúde

primários e tipo de contrato profissional, habilitações literárias e especialidades, médicas e de enfermagem.

Tabela 4 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	NOTAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Profissão	Actividade profissional dos indivíduos que exercem funções na consulta aguda	Profissão	Médico Enfermeiro
Género	Refere-se ao sexo dos indivíduos, assumindo a dicotomia feminino ou masculino	Género	Masculino Feminino
Grupo Etário	A idade de cada profissional em anos será agrupada	Grupo etário	< 30 [30 – 40[[40 – 50[[50 – 60[≥ 60
Categoria Profissional	Diz respeito ao lugar ocupado por um indivíduo na sua carreira profissional. As categorias serão aquelas que os profissionais referirem.	Categoria Profissional	
Tempo de Exercício na Profissão	Considera-se o tempo durante o qual exerce determinada profissão em anos e meses	Tempo de Exercício Profissional	
Tempo de Exercício nos Cuidados de Saúde Primários	Considera-se o tempo durante o qual exerce funções nos Cuidados de Saúde Primários	Tempo de exercício nos cuidados de saúde primários	
Tempo de Exercício no Actual Serviço	Diz respeito ao Centro de Saúde onde o Profissional exerce funções	Tempo de exercício nos no actual serviço	
Contrato Profissional	Vínculo contratual que os profissionais têm com o ACES	Contrato Profissional	.Prestador de Serviços .Pertence ao mapa do agrupamento .Contrato individual de trabalho a termo certo à menos de 6 meses .Contrato individual de trabalho à mais de 6 meses
Habilitações Literárias	Devido ao desenvolvimento da Profissão de Enfermagem esta variável só foi considerada para os Enfermeiros	Habilitações Académicas	.Curso de Enfermagem ou Equivalente .Bacharel em Enfermagem .Licenciatura em Enfermagem
Curso de Especialização em Enfermagem	Qual a especialidade que o enfermeiro detém	Curso de Especialização em Enfermagem	
Médico Especialista	Qual a especialidade que o médico detém	Especialista em:	
Outra formação dos Médicos	Outra formação/especialidade que os médicos detenham	Formação/ especialidade	

Na tabela 5 as variáveis dizem respeito à formação profissional, relacionada com o atendimento a situações urgentes/emergentes e traumatológicas, a periodicidade com que os profissionais contactaram com um doente em paragem cardiorrespiratória, e o número de vezes que efetuaram o acompanhamento de um doente a um serviço mais diferenciado.

Tabela 5 - Operacionalização das variáveis de formação em suporte de vida e periodicidade de contacto dos profissionais com situações urgentes/emergentes e acompanhamento numa transferência

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	NOTAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Suporte Básico de Vida	Refere-se ao Curso Suporte Básico de vida. Importa saber se o profissional o possui e há quantos anos.	Suporte Básico de Vida	Número de Anos
Suporte Imediato de Vida	Refere-se ao curso Suporte Imediato de Vida. Importa saber se o profissional o possui e há quantos anos	Suporte Imediato de Vida	Número de Anos
Suporte Avançado de Vida	Refere-se ao curso Suporte Imediato de Vida. Importa saber se o profissional o possui e há quantos anos	Suporte Imediato de Vida.	Número de Anos
Curso de VMER	Refere-se ao curso de Viatura de Emergência Médica. Importa saber se o profissional o possui e há quantos anos	Curso de VMER	Número de Anos
Curso de Trauma	Refere-se a Curso que proporciona competências na abordagem da vítima de trauma	Curso de Trauma	Número de Anos
Pós-graduação em Emergência	Formação relacionada com a abordagem das situações urgentes/emergentes	Pós Graduação em emergência	Número de Anos
Outro Curso	Diz respeito a outro curso que o profissional detenha relacionado com situações urgentes/emergentes		Número de Anos
Frequência situações de paragem/peri/paragem nos locais de consulta aguda	Pretende-se conhecer a periodicidade de contacto dos profissionais de saúde com situações de paragem cardiorrespiratória	Período de contacto do profissional de saúde com situações de PCR	.Mais de 1 vez semana .Uma vez semana .De quinze em quinze dias .Uma vez mês .Duas a três vezes por ano .Uma vez por ano .Nunca
Periodicidade do acompanhamento de doentes numa transferência	Quando necessário o profissional de Saúde médico ou enfermeiro, efectuam o acompanhamento do doente a um serviço mais diferenciado	Período de acompanhamento de um doente numa transferência	.Mais de 1 vez semana .Uma vez semana .De quinze em quinze dias .Uma vez mês .Duas a três vezes por ano .Uma vez por ano .Nunca

Na tabela 6 operacionalizam-se as variáveis relacionadas com o horário e número de profissionais por consulta.

Tabela 6 - Operacionalização das variáveis relativas ao horário da Consulta e número de profissionais.

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	NOTAÇÃO
Horário da Consulta	Diz respeito ao horário de funcionamento da consulta aguda. Os dias úteis e os dias de fim de semana são considerados separadamente	Horário da Consulta Dias Úteis Fins de Semana
Número de Profissionais por no período de funcionamento da consulta	Número de profissionais médicos, enfermeiros e assistentes operacionais durante o período de funcionamento da consulta.	Número de Profissionais Dias Úteis Médico Enfermeiro Número de profissionais Fins de Semana Médico Enfermeiro

Na tabela 7 as variáveis apresentadas dizem respeito aos recursos materiais e equipamentos, existentes nas consultas agudas. Estes permitem dar resposta às situações de paragem cardiorrespiratória, ou situações de peri/paragem, sendo necessários para aplicação dos diversos algoritmos de SBV, SIV e SAV.

Tabela 7 - Operacionalização das variáveis relativas aos recursos materiais e equipamentos

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	NOTAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Carro de Emergência	Equipamento que concentra no mesmo local, material e medicação que são utilizados para executar manobras de reanimação	Existe ou não existe	Não Sim
Adjuvantes da Via Aérea	Nos serviços de saúde, para executar o SBV, devem ser utilizados adjuvantes da via aérea. Equipamento imprescindível na aplicação dos algoritmos SIV e SAV.	Existe ou não existe .Ambu/insuflador manual .Máscara facial .Tubo orofaríngeo .Tubo nasofaríngeo .Garrafa de oxigénio .Rampa de oxigénio	Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim
Desfibrilhador	Equipamento necessário para efectuar a desfibrilhação. Pode ser de dois tipos: monitor com desfibrilhador e desfibrilhador automático externo, este equipamento imprescindível na aplicação dos algoritmos de SIV e SAV.	Existe ou não existe .Monitor com desfibrilhador .Desfibrilhador automático externo	Não Sim Não Sim
Material necessário para efectuar técnicas de abordagem avançada da via aérea	Material necessário para efectuar técnicas de abordagem avançada da via aérea, a um doente em paragem respiratória. Equipamento imprescindível na aplicação dos algoritmos SIV e SAV.	Existe ou não existe .Laringoscópio e lâminas .Tubos endotraqueais .Máscara laríngea .Aspirador de secreções portátil .Rampa de Vácuo .Ventilador .Ventilador portátil	Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim
Monitorização cardíaca avaliação sinais vitais	Equipamento necessário para avaliação dos sinais vitais e monitorização cardíaca. Equipamento imprescindível na aplicação dos algoritmos de SIV e SAV.	Existe ou não existe .Monitor cardíaco .Oximetria de pulso	Não Sim Não Sim
Material para soroterapia	Material de uso clínico para administração de medicação endovenosa. Equipamento imprescindível na aplicação dos algoritmos de SIV e SAV.	Existe ou não existe	0 – Não 1 – Sim
Medicação usada na reanimação	Medicação utilizada em contexto de SIV e SAV.	Existe ou não existe Adrenalina Atropina Amiodarona Digoxina Bicarbonato de Sódio Dopamina Flumazenil	0 – Não 1 – Sim 0 – Não 1 – Sim 0 – Não 1 – Sim 0 – Não 1 – Sim 0 – Não 1 – Sim 0 – Não 1 – Sim 0 – Não 1 – Sim

Na tabela 8, estão operacionalizadas as variáveis relacionadas com os exames complementares de diagnóstico, a variável organização dos cuidados. Apresenta-se também a variável relativa à formação prevista pelo serviço relacionada com o SBV, SIV e SAV e a variável accionamento da Viatura de Emergência Médica, um meio pré-hospitalar SAV, que pode ser acionado via Centro de Orientação de Doentes Urgentes pelas organizações do serviço de saúde em situações urgentes/emergentes.

Tabela 8- Operacionalização das variáveis relativas aos exames complementares de diagnóstico, organização dos cuidados e utilização da viatura médica de emergência

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	NOTAÇÃO	MEDIDA E VALOR
Laboratório de análises clínicas	Serviço que pode estar localizado no local da consulta aguda, ou o ACES ter convenção com outro serviço	.Existe serviço laboratório	Não Sim
Serviço de Radiologia	Serviço que pode estar localizado no local da consulta aguda, ou o ACES ter convenção com outro serviço de radiologia	.Tem serviço de Radiologia	Não Sim
Electrocardiógrafo	Aparelho que permite efectuar Electrocardiogramas	Existe ou não existe	Não Sim
Organização dos Cuidados	Aspectos relacionados com a organização dos cuidados que permitem melhorar a resposta dos profissionais a nível da organização dos serviços	.Normas de utilização do carro emergência .Normas técnicas de manutenção e utilização do desfibrilhador .Manual de integração dos médicos .Manual integração dos enfermeiros .Normas técnicas em caso de paragem cardiorrespiratória .Aplicada avaliação de risco na transferência de doentes	Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim
Formação relacionada com suporte de vida	O plano de Formação do serviço contempla formação em, SBV, SIV e SAV	O plano de formação contempla ou não a formação .Suporte Básico de Vida .Suporte Imediato de Vida .Suporta Avançado de Vida	não – Sim não – Sim não – Sim
Accionamento da Viatura de emergência Médica	Periodicidade de accionamento da VMER	Número de vezes	Mais de 1 vez semana Uma vez semana De quinze em quinze dias Uma vez mês Duas a três vezes por ano Uma vez por ano Nunca

3.5 – PROCEDIMENTOS

Para obter a necessária aprovação para aplicação do questionário, foi enviado pedido ao Presidente do Conselho Directivo da ARSC (Anexo III). Após a aprovação, procedeu-se à colheita de dados através dos questionários, que decorreu durante os meses de Julho, Agosto e Setembro de 2012. Antes da sua aplicação, foram marcadas entrevistas com os responsáveis dos três ACES, no sentido de apresentar os objetivos do estudo e a sua importância, bem como pedir colaboração na dinamização da aplicação dos questionários. Foram entregues 250 questionários para os profissionais e foram recolhidos 150. A totalidade dos questionários entregues aos ACES, para recolha de informação dos locais de consulta aguda, foi recepcionada.

Os dados relativos aos doentes foram fornecidos pela ARSC, em suporte informático, em formato *EXCEL*. Foram fornecidos dados relativos a 70 488 episódios de consulta, relativos ao ano de 2011. Os dados recolhidos foram totalmente anónimos.

Para o tratamento estatístico dos dados, utilizou-se meios informáticos com recurso ao programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), na versão 20.0. Para sistematizar a informação fornecida pelos dados, utilizou-se técnicas da estatística descritiva, nomeadamente:

- **Frequências:** absolutas (n) e relativas (%);
- **Medidas de Tendência Central:** média aritmética (\bar{x}) e mediana (Md);
- **Medidas de dispersão ou variabilidade:** valores mínimos (x_{\min}) e máximo (x_{\max}) e desvio padrão (s);

- **Testes estatísticos:** teste do qui-quadrado (como teste de independência), teste *Kruskal-Wallis* e testes *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* (como testes de normalidade)

Relativamente à base de dados dos profissionais, verificou-se que alguns dados relacionados com os anos em que os profissionais detinham determinado curso, não se encontrava preenchidos. Optou-se por utilizar a opção do *software* SPSS “*replace with mean*”, em que os itens sem resposta são substituídos pela média das respostas dadas na pergunta em causa.

Após a explicação e clarificação da metodologia utilizada nesta investigação, são apresentados e analisados no próximo capítulo, os resultados descritivos referentes à mesma.

CAPITULO 4 - RESULTADOS

Nesta fase do trabalho de Investigação, é apresentada a análise dos resultados obtidos através das diferentes fontes de dados, relativa à utilização da consulta aguda com os valores globais dos ACES e os resultados obtidos através da aplicação dos questionários aos serviços e aos prestadores de cuidados. Serão também apresentados os resultados dos testes de hipóteses. A análise descritiva vai permitir uma imagem detalhada da utilização da consulta e algumas características dos serviços e dos prestadores de cuidados, relacionada com a resposta às situações de paragem peri/paragem cardíaca.

4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS REFERENTES À UTILIZAÇÃO DA CONSULTA AGUDA DOS ACES BV I, II e III

Os resultados apresentados na tabela 9 permitem verificar os dados referentes aos doentes atendidos nos locais de consulta aguda dos ACES BV I, ACES BV II e ACES BV III.

Em cada um dos ACES o número de utilizadores dos locais de consulta aguda foi diferente: 32 138 indivíduos para o ACES BV I, 13 040 para o ACSE BV II e 25 130 para o ACES BV III, para um total de 70 488 doentes atendidos em todos os ACES.

Como se pode constatar em todos os ACES, a maioria dos doentes era do sexo feminino, com percentagens de 53.7% para o ACES BV I, 56.0% para o ACES BV II e 52.7% para o ACES BV III. No que concerne ao grupo etário, verificou-se que o mais representado em todos os ACES foi o dos 25 aos 64 anos, com percentagens de 48.7%, 49.9% e 49.2%, para o ACES BV I, ACES BV II e ACES BV III, respectivamente. As idades

máximas foram 101 anos, no ACES BV I, 98 anos, no ACES BV II e 104 no ACES BV III. Relativamente à idade mínima, foi em todos os ACES 0 anos, devido aos dados fornecidos pela CRSC não contemplarem a idade em meses. As idades médias foram de 43.34 anos no ACES BV I (com desvio padrão de 25.13 anos), 40.30 anos no ACES BV II (com desvio padrão de 24.61 anos), e 40.95 anos no ACES BV III (com desvio padrão de 24.63 anos). Os valores medianos situaram-se entre 43.00, no ACES BV I, e 40.00 nos ACES BV II e III, respectivamente.

Constatou-se também que 92.6% dos utilizadores dos locais de consulta aguda residiam em freguesias pertencentes aos Centros de Saúde do ACES BV I, o mesmo se verificou com 90.3% utilizadores dos locais de consulta aguda, que recorreram ao ACES BV II, e com 76.6% que foram ao ACES BV III.

Para quase todos os utilizadores dos locais de consulta aguda dos ACES, a causa da ida à consulta foram situações de doença, com percentagens de 95.7%, 98.6% e 95.5%, respectivamente no ACES BV I, no ACES BV II e no ACES BV III, a “outra causa” foi a segunda causa da ida à consulta para todos os locais de consulta aguda.

A grande maioria dos utilizadores teve como destino a alta médica. As percentagens destes casos foram de 84.1% para ACES BV I, 91.5%, para ACES BV II e 82.2% para o ACES BV III. Os cuidados hospitalares foram o destino que se seguiu em termos percentuais, com 8%, 6.5% e 11.5%, para os ACES BV I, BV II e BV III respectivamente.

Relativamente à afluência dos doentes durante os dias úteis, nos ACES em que a consulta funciona neste período, os períodos de maior afluência foram o das 8h às 24h. O ACES BV I apresentou percentagens compreendidas entre 22.3% e 27.5%, e o ACES BV

III entre 22.1% e 25.9%. De salientar que no período nocturno só o ACES BV III funcionou, com 1.7% de percentagem. O ACES BV II não funciona nos dias úteis.

Durante os fins de semana, a situação comparativa da afluência de doentes aos serviços mantém-se relativamente semelhante ao que se verifica nos dias úteis. Saliente-se no entanto, que o número de casos tende a ser menor nos ACES BV I e BV III.

Para testar a hipótese 1 «**existe diferença entre os ACES ao nível da utilização da consulta aguda**» procedeu-se ao estudo da associação e da comparação entre os três ACES nas variáveis género, idade, concelho de residência do doente, causa da consulta e destino. Os resultados obtidos revelam que existe diferença entre os ACES em todas aquelas variáveis, ou seja, existe diferença em termos do género dos utentes ($p < 0.001$), ao nível da idade ($p < 0.001$) e, também, ao nível do concelho de residência ($p < 0.001$), da causa da consulta ($p < 0.001$) e do destino ($p < 0.001$).

Estes resultados permitem concluir que se confirma a hipótese formulada e que existem evidências estatísticas de que os três ACES servem indivíduos com características significativamente diferentes. Verificou-se que os ACES BV I e BV III servem maior proporção de mulheres e populações tendencialmente mais velhas. Os ACES BV I e BV II são frequentados em maior percentagem por utentes que pertencem ao concelho. O ACES BV II foram frequentados em maior proporção por motivos de doença e em maior percentagem os utentes tiveram como destino o domicílio/alta.

Tabela 9 - Resultados da utilização da consulta aguda dos ACES BV I, BV II e BV III

Tamanho da amostra	ACES BV I		ACES BV II		ACES BV III		Totais	
	32 318		13 040		25 130		70 488	
Variável	n	%	n	%	n	%	n	%
Género								
Masculino	14 951	46.3	5 741	44.0	11 894	47.3	32586	46.2
Feminino	17 367	53.7	7 299	56.0	13 236	52.7	37902	53.8
Grupo etário								
0 a 14	5 523	17.1	2 526	19.4	4 583	18.2	12632	17.9
15 a 24	3 190	9.9	1 403	10.8	2 926	11.6	7519	10.7
25 a 64	15 725	48.7	6 508	49.9	12 358	49.2	34591	49.1
65 ou mais	7880	24.4	2 603	20.0	5 263	20.9	15746	22.3
x_{\min}	0		0		0		0	
x_{\max}	101		98		104		104	
\bar{x}	43.34		40.30		40.95		41.93	
Md	43.00		40.00		40		42.00	
S	25.13		24.61		24.63		24.89	
Freguesia de Residência								
Não pertence ao CS	2 393	7.4	1 271	9.7	5 892	23.4	9556	13.6
Pertence ao CS	29 925	92.6	11 769	90.3	19 238	76.6	60932	86.4
Causa da Consulta								
Doença	30 933	95.7	12 858	98.6	23 995	95.5	67786	96.2
Acidente Escolar	169	0.5	0	0.0	221	0.9	390	0.6
Acidente de trabalho	522	1.6	15	0.1	444	1.8	981	1.4
Agressão	56	0.2	11	0.1	85	0.3	152	0.2
Acidente de Viação	61	0.2	2	0.0	28	0.1	91	0.1
Violência Domestica	5	0.0	2	0.0	5	0.0	12	0.0
Outra causa	572	1.8	152	1.2	352	1.4	1076	1.6
Destino								
Domicílio/alta	27 189	84.1	11 935	91.5	20 648	82.2	59772	84.8
Cuidados Hospitalares	2 595	8.0	842	6.5	2 888	11.5	6325	10.0
Ambulatório	1867	5.8	122	0.9	1250	4.9	3239	4.6
Desistência	589	1.8	137	1.1	334	1.3	1057	1.5
Internamento	71	0.2	4	0.0	6	0.0	81	0.1
Falecido	7	0.0	0	0.0	4	0.0	11	0.0
Período horário (Dias úteis)								
00h-08h	-	-	-	-	258	1.7	258	0.4
08h-12h	4 609	22.3	-	-	3 438	22.1	8047	11.4
12h-16h	5 145	24.9	-	-	3 709	23.9	8854	12.6
16h-20h	5 269	25.5	-	-	4 110	26.5	9379	13.3
20h-24h	5 678	27.5	-	-	4 016	25.9	9694	13.8
Período horário (Fim de semana)								
00h-08h	-	-	-	-	113	1.2	113	0.2
08h-12h	3 684	31.7	4 054	31.1	2 607	27.2	10345	14.7
12h-16h	3 334	28.7	4 433	34.0	2 494	26.0	10261	14.6
16h-20h	3 141	27.0	4 553	34.9	2 454	25.6	10148	14.4
20h-24h	1 458	12.4	-	-	1 931	20.1	3389	4.8

4.2 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS QUE PRESTAM CUIDADOS NOS LOCAIS DE CONSULTA AGUDA DOS ACES BV I, II E III

A análise dos dados que constituem a tabela 10 revelam que, no ACES BV I, os profissionais inquiridos eram maioritariamente enfermeiros (81.5%), enquanto no ACES BV II e BV III os inquiridos foram, principalmente, médicos com percentagens de 52.8% e 55.8%, respetivamente, para um total de 150 profissionais inquiridos.

Nos três ACES predominavam os inquiridos feitos a profissionais do género feminino, sendo as percentagens de 88.9% (ACES BV I), 83.0% (ACES BV II) e 72.1% (ACES BV III).

No que concerne ao grupo etário, verificou-se que, no ACES BV I, os profissionais tinham entre 28 e 64 anos, sendo a idade média 44.67 anos com desvio padrão 8.75 anos. Metade dos profissionais deste ACES tinham, pelo menos, 44.50 anos e 38.9% pertenciam ao grupo etário dos 40 aos 50 anos, seguindo-se 31.5% que tinham entre 50 e 60 anos.

Relativamente ao ACES BV II, observou-se idades compreendidas entre 29 e 60 anos, sendo a idade média 43.57 anos com desvio padrão 10.16 anos. Metade tinham, pelo menos, 42.00 anos e 41.5% pertenciam ao grupo etário entre os 30 e os 40 anos.

No ACES BV III, os profissionais apresentaram idades compreendidas entre 27 e 60 anos, sendo a idade média 44.14 anos com desvio padrão 10.89 anos. Verificou-se, ainda, que 39.5% dos profissionais tinham entre 50 e 60 anos, seguidos de 30.2% que pertenciam ao grupo etário dos 30 aos 40 anos e metade dos profissionais deste ACES tinha, pelo menos, 42 anos.

Em termos de categoria profissional, verificou-se que no ACES BV I predominavam os enfermeiros (35.2%), no ACES BV II eram mais frequentes os enfermeiros graduados (28.3%) e os médicos assistentes graduados (24.5%) e no ACES BV III eram mais frequentes os enfermeiros (30.2%) e os médicos assistentes graduados (25.6%).

No ACES BV I, o tempo de exercício profissional situou-se entre 5.17 anos e 35.00 anos, tendo como média 21.33 anos com desvio padrão 7.86 anos. Metade dos profissionais deste ACES tinham mais de 21.66 anos de exercício profissional e 40.8% referiram tempos compreendidos entre 20 e 30 anos.

Para o ACES BV II foram observados tempos de exercício profissional entre 5.50 anos e 35.50 anos, sendo o valor médio 20.13 anos com desvio padrão 9.82 anos. Metade dos elementos desta subamostra tinha, pelo menos, 19.00 anos e 30.2% referiram mais de 30 anos de exercício profissional.

Finalmente, no ACES BV III foram registados tempos de serviço entre 4 anos e 38.67 anos, sendo o tempo médio de 19.05 anos com desvio padrão de 11.39 anos. Metade dos inquiridos deste grupo referiram tempos superiores a 17.00 anos e 30.2% indicaram tempos de exercício profissional inferior a 10 anos.

No que concerne ao tempo de exercício em Cuidados de Saúde Primários, verificamos que no ACES BV I os valores situaram-se entre 0.58 anos e 33.0 anos, sendo o valor médio 16.58 anos com desvio padrão 17.58 anos. Metade dos profissionais referiram tempos superiores a 16.58 anos e 37.8% indicaram tempos entre 40 e 30 anos, seguindo-se 37.0% que disseram trabalhar em CSP desde há 10 a 20 anos.

No ACES BV II, os tempos de exercício em CSP situaram-se entre 2.42 e 33.00 anos, sendo o valor médio 15.46 anos com desvio padrão 9.75 anos. Metade dos profissionais referiram tempos inferiores a 12.00 anos e 45.3% indicaram valores inferiores a 10 anos.

Para os elementos do ACES BV III, foram registados tempos compreendidos entre 1.25 anos e 38.67 anos, sendo a média 16.36 anos com desvio padrão 11.01 anos. Metade dos elementos desta subamostra indicaram tempos inferiores a 14.00 anos e 37.2% referiram que trabalhavam em Cuidados de Saúde Primários há menos de 10 anos.

Quanto ao tempo de exercício no actual serviço, observou-se, para os profissionais do ACES BV I, valores compreendidos entre 0.42 e 31.00 anos, com média 12.93 anos e desvio padrão 9.54 anos. Metade dos inquiridos referiram tempos inferiores a 12.93 anos e 42.6% trabalhavam no atual serviço há menos de 10 anos.

Para os profissionais que trabalhavam no ACES BV II, os tempos situaram-se entre 0.58 e 30.00 anos, sendo a média 11.71 anos com desvio padrão 10.06 anos. Metade dos elementos deste grupo referiram tempos inferiores a 8.17 anos e 54.7% disseram trabalhar no atual serviço há menos de 10 anos.

Para o ACES BV III, foram registados tempos compreendidos entre 0.17 e 38.67 anos, sendo o valor médio 11.40 anos com desvio padrão 10.04 anos. Metade dos inquiridos deste ACES referiram tempos inferiores a 9.67 anos e 51.2% afirmaram trabalhar no serviço há menos de 10 anos.

No que respeita ao contrato profissional, verificou-se que a maioria dos elementos dos três ACES pertencia ao Mapa de Pessoal do Agrupamento, sendo as percentagens de 92.6%, 90.6% e 81.4%, para o ACES BV I, ACES BV II, respetivamente.

Quanto às habilitações literárias dos enfermeiros, verificou-se que as percentagens de licenciados se situaram entre 88.6% (ACES BV I) e 100.0%. (ACES BV II). Alguns dos enfermeiros possuíam cursos de especialização, tendo sido referidas as especializações em Saúde Infantil e Pediátrica, Comunitária, Saúde Materna e Obstétrica, Reabilitação e Saúde Mental e Psiquiátrica.

Como se pode constatar, todos os médicos em cada um dos ACES referiram ter a especialidade de Medicina Geral e Familiar. Alguns, poucos, referiram outras formações tais como Mestre em Cuidados Paliativos, Curso Superior de Medicina Legal e Especialidade de Medicina no Trabalho, no ACES BV II, e Especialidade de Cirurgia Geral, Especialidade de Medicina Interna e Pós-graduação em Medicina Desportiva, no ACES BV III.

Para testar a hipótese 2 «**existe diferença entre os ACES ao nível das características dos profissionais**», procedeu-se ao estudo da associação da diferença ao nível do género, da idade, dos tempos de exercício profissional, de exercício em CSP e de exercício no atual serviço.

Os testes aplicados revelaram a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os ACES em termos de género ($p = 0.099$), da idade ($p = 0.858$) ou dos tempos de exercício profissional ($p = 0.461$), de exercício em CSP ($p = 0.808$) e de exercício no atual serviço ($p = 0.665$).

Tabela 10 - Dados referentes aos profissionais por ACES

ACES Tamanho da amostra	BV I		BV II		BV III		Totais	
	54		53		43		150	
Variáveis	n	%	n	%	n	%	n	%
Profissão								
Médico	10	18.5	28	52.8	24	55.8	62	41.3
Enfermeiro	44	81.5	25	47.2	19	44.2	88	58.7
Género								
Masculino	6	11.1	9	17.0	12	27.9	27	18.0
Feminino	48	88.9	44	83.0	31	72.1	123	82.0
Grupo etário								
< 30	2	3.7	2	3.8	4	9.3	8	5.3
[30 – 40[	13	24.1	22	41.5	13	30.2	48	32.0
[40 – 50[	21	38.9	11	20.8	7	16.3	39	26.0
[50 – 60[	17	31.5	16	30.1	17	39.5	50	33.3
≥ 60	1	1.8	2	3.8	2	4.7	5	3.4
	x_{\min}	28		29		27		27
	x_{\max}	64		60		60		64
	\bar{x}	44.67		43.57		44.14		44.13
	Md	44.50		42.00		42.00		43.50
	s	8.57		10.16		10.89		9.79
Categoria profissional								
Enfermeiro	19	35.2	10	18.9	13	30.2	42	28
Enfermeiro Graduado	16	29.6	15	28.3	7	16.3	38	25.3
Enfermeiro Especialista	9	16.7	2	3.8	-	-	11	7.3
Interno do 4º Ano (Médico)	-	-	-	-	1	2.3	1	0.7
Assistente (Médico)	2	3.7	12	22.6	9	20.9	23	15.3
Assistente Graduado (Médico)	8	14.8	13	24.5	11	25.6	32	21.3
Chefe de Serviço (Médico)	-	-	1	1.9	2	4.7	3	2.0
Tempo de exercício na profissão (anos)								
< 10	6	11.1	12	22.6	13	30.2	31	20.7
[10 – 20[	16	29.6	15	28.3	12	27.9	43	28.7
[20 – 30[	22	40.8	10	18.9	6	14.0	38	25.3
≥ 30	10	18.5	16	30.2	12	27.9	38	25.3
	x_{\min}	5.17		5.50		4.00		4.00
	x_{\max}	35.00		35.50		38.67		38.67
	\bar{x}	21.33		20.13		19.05		20.25
	Md	21.66		19.00		17.00		20.00
	s	7.86		9.82		11.39		9.64
Tempo de exercício em cuidados de saúde primários (anos)								
< 10	14	25.9	24	45.3	16	37.2	54	36.0
[10 – 20[	20	37.0	11	20.8	10	23.3	41	27.3
[20 – 30[	15	37.8	13	24.5	12	27.9	40	26.7
≥ 30	5	9.3	5	9.4	5	11.6	15	10.0
	x_{\min}	0.58		2.42		1.25		0.58
	x_{\max}	33.00		33.00		38.67		38.67
	\bar{x}	16.58		15.46		16.36		16.12
	Md	17.58		12.00		14.00		14.42
	s	9.19		9.75		11.01		9.88

Tempo de exercício no atual Serviço (anos)									
< 10	23	42.6	29	54.7	22	51.2	74	49.3	
[10 – 20[	17	31.5	11	20.8	14	32.5	41	27.3
[20 – 30[	11	20.4	12	22.6	4	9.3	27	18.0
≥ 30	3	5.5	1	1.9	3	7.0	8	5.4	
	x_{\min}	0.42		0.58		0.17		0.17	
	x_{\max}	31.00		30.00		38.67		38.67	
	\bar{x}	12.93		11.71		11.40		12.06	
	Md	11.79		8.17		9.67		10.13	
	s	9.54		10.06		10.04		9.83	
Contrato profissional									
Prestador de serviços	-	-	-	-	-	-	-	-	
Pertence ao Mapa de Pessoal do Agrupamento	50	92.6	48	90.6	35	81.4	133	88.7	
Contrato Individual de Trabalho (< 6 meses)	1	1.9	-	-	-	-	1	0.7	
Contrato Individual de Trabalho (> 6 meses)	3	5.6	4	7.5	8	18.6	15	10.0	
Não respondeu	-	-	1	1.9	-	-	1	0.7	
Enfermeiros	44		25		19		88		
Habilitações literárias dos enfermeiros									
Curso Geral de Enfermagem ou equivalente	1	2.2	-	-	1	5.0	2	2.2	
Bacharel em Enfermagem	4	9.0	-	-	-	-	4	4.5	
Licenciatura em Enfermagem	39	88.6	25	100.0	18	95.0	82	93.2	
Enfermeiros Especialistas	17		10		8		35		
Curso de especialização em enfermagem									
Saúde Infantil e Pediátrica	3	17.6	2	20.0	-	-	5	14.3	
Comunitária	7	41.2	5	50.0	6	75.0	18	51.4	
Saúde Materna e Obstétrica	3	17.6	2	20.0	2	25.0	7	20.0	
Reabilitação	3	17.6	-	-	-	-	3	8.6	
Saúde Mental e Psiquiátrica	1	5.9	1	10.0	-	-	2	5.7	
Médicos	10		28		24		62		
Médico especialista									
Medicina Geral e Familiar	9	90.0	28	100.0	24	100.0	61	98.4	
Interno da Especialidade Medicina Geral e Familiar	1	10.0	-	0.0	-	0.0	1	1.6	
Outra formação dos médicos	-		3		3		6		
Outra formação dos Médicos									
Mestre em Cuidados Paliativos	-	-	1	33.3	-	-	1	16.7	
Curso Superior de Medicina Legal	-	-	1	33.3	-	-	1	16.7	
Especialidade de Medicina no Trabalho	-	-	1	33.3	-	-	1	16.7	
Especialidade de Cirurgia Geral	-	-	-	-	1	33.3	1	16.7	
Especialidade de Medicina Interna	-	-	-	-	1	33.3	1	16.7	
Pós-graduação em Medicina Desportiva	-	-	-	-	1	33.3	1	16.7	

Os resultados que constituem a tabela 11, relativos à formação em suporte de vida, e ao tempo que os profissionais detêm essa formação, permitem verificar que a maioria dos profissionais possuía formação em SBV, sendo as percentagens de 75.9%

(ACES BV I), 84.9% (ACES BV II) e 76.7% (ACES BV III). Relativamente ao tempo que o total dos inquiridos (150) referiram ter formação em SBV, variou entre 1 ano e 25 anos, com média 7.23 anos e desvio padrão 5.37 anos. Metade destes elementos adquiriram este tipo de formação há menos de 6 anos.

No que respeita à formação em SIV, a maior parte dos profissionais não tinha formação, sendo as percentagens de 83.3% (ACES BV I), 67.9% (ACES BV II) e 69.8% (ACES BV III). Do total da amostra um em cada quatro inquiridos (26%) tinham esta formação e foram referidos tempos entre 1 e 7 anos, sendo a média 4.62 anos com desvio padrão 2.49 anos. Metade destes inquiridos referiram tempos de formação neste âmbito inferiores a 5.00 anos .

No que concerne à formação SAV, percentualmente em todos os ACES existiram menos indivíduos com esta formação, a qual se situou em 64.8% (ACES BV I), 58.5% (ACES BV II) e 53.5% (ACES BV III). Para o total da amostra, verificou-se que 40.7% dos inquiridos possuíam formação neste domínio e que a possuíam desde há 1 e 21 anos, sendo a média 5.89 anos com desvio padrão 4.33 anos. .

Verificou-se também, que apenas dois dos inquiridos, fizeram Curso VMER (no ACES BV I). Um deles fez o curso à 4 anos e o outro há 12 anos, situando-se a média em 8 anos com desvio padrão 3.49 anos.

Quanto ao curso de trauma, verificou-se que, também, a maioria não tinham formação nesta área, sendo as percentagens de 83.3% (ACES BV I), 79.2% (ACES BV II) e 81.4% (ACES BV III). Dos 18.7% dos inquiridos do total da amostra que referiram ter feito este curso, referiram tempos compreendidos entre 1.00 e 15.00 anos. A média situou-se

nos 5.43 anos com desvio padrão de 5.43 anos. Metade destes indivíduos realizaram o curso há menos de 5.00 anos

Verificou-se ainda, que apenas três (2.0%) dos inquiridos fizeram o curso de Pós-graduação em Emergência, 1 no ACES BV II e o outro no ACES BV III. Os tempos referidos situaram-se entre 3.00 e 7.00 anos e a média situou-se nos 5.00 anos com desvio padrão 2.00 pontos.

Há, ainda, quatro profissionais que fizeram outras formações, tais como, Mestrado em Medicina de Catástrofe, Transporte de Doente Crítico e Curso de Emergência Obstétricas e Neonatais. Os tempos referidos situaram-se entre 1.00 anos e 5.00 anos, sendo a média 3.00 anos com desvio padrão 1.63 anos.

Para completar o teste da hipótese 2 «**existe diferença entre os ACES ao nível das características dos profissionais**», procedeu-se, também, ao estudo da associação entre os ACES e a formação em SBV, SIV, SAV e Curso de Trauma. Procedemos, ainda, à comparação dos respetivos tempos.

Os resultados obtidos revelam a não existência de associações estatisticamente significativas ($p = 0.458$; $p = 0.145$; $p = 0.523$; $p = 0.863$) e, também, a não existência de diferenças ao nível dos tempos ($p = 0.778$; $p = 0.264$; $p = 0.907$; $p = 0.247$).

Conclui-se que não se confirma a hipótese formulada e que os três ACES são semelhantes quanto às características dos profissionais que neles desenvolvem a sua atividade.

Tabela 11 - Formação em suporte de vida e tempo de formação

ACES Tamanho da amostra	BV I		BV II		BV III		Totais	
	54		53		43		150	
Variáveis	n	%	n	%	n	%	n	%
Suporte Básico de Vida								
Não	13	24.1	8	15.1	10	23.3	31	20.7
Sim	41	75.9	45	84.9	33	76.7	119	79.3
Tempo de formação	X_{\min}	1	1	1	1	1	1	
	X_{\max}	20	21	25	25	25	25	
	\bar{X}	7.02	7.42	7.21	7.23	7.23	7.23	
	Md	6.00	5.00	6.00	6.00	6.00	6.00	
	s	4.39	6.39	5.07	5.37	5.37	5.37	
Suporte Imediato de Vida								
Não	45	83.3	36	67.9	30	69.8	111	74.0
Sim	9	16.7	17	32.1	13	30.2	39	26.0
Tempo de formação	X_{\min}	2	1	1	1	1	1	
	X_{\max}	7	7	7	7	7	7	
	\bar{X}	4.30	4.12	5.46	4.62	4.62	4.62	
	Md	5.00	5.00	7.00	5.00	5.00	5.00	
	s	2.18	2.20	2.96	2.49	2.49	2.49	
Suporte Avançado de Vida								
Não	35	64.8	31	58.5	23	53.5	89	59.3
Sim	19	35.2	22	41.5	20	46.5	61	40.7
Tempo de formação	X_{\min}	2	1	1	1	1	1	
	X_{\max}	10	21	10	21	10	21	
	\bar{X}	5.16	6.59	5.80	5.89	5.80	5.89	
	Md	5.00	5.00	5.50	5.00	5.50	5.00	
	s	2.54	5.97	3.52	4.33	3.52	4.33	
Curso de VMER								
Não	52	96.3	53	100.0	43	100.0	148	98.7
Sim	2	3.7	-	-	-	-	2	1.3
Tempo de formação	X_{\min}	4	-	-	4	-	4	
	X_{\max}	12	-	-	12	-	12	
	\bar{X}	8.00	-	-	8.00	-	8.00	
	Md	8.00	-	-	8.00	-	8.00	
	s	5.66	-	-	5.66	-	5.66	
Curso de Trauma								
Não	45	83.3	42	79.2	35	81.4	122	81.3
Sim	9	16.7	11	20.8	8	18.6	28	18.7
Tempo de formação	X_{\min}	1	1	2	1	1	1	
	X_{\max}	8	9	15	15	15	15	
	\bar{X}	4.78	4.36	7.63	5.43	7.63	5.43	
	Md	5.00	4.00	7.50	5.00	7.50	5.00	
	s	2.22	2.91	4.63	3.49	4.63	3.49	
Pós-graduação em Emergência								
Não	54	100.0	52	98.1	41	95.3	147	98.0
Sim	-	0.0	1	1.9	2	4.7	3	2.0
Tempo de formação	X_{\min}	-	-	3	3	3	3	
	X_{\max}	-	-	5	7	5	7	
	\bar{X}	-	-	4.00	5.0	4.00	5.0	
	Md	-	-	4.00	5.0	4.00	5.0	
	s	-	-	1.41	2.0	1.41	2.0	

Outra formação									
Nenhuma		52	96.3	51	96.2	43	100.0	146	97.3
Mestrado em Medicina de		1	1.9	1	1.9	-	0.0	2	1.3
Catástrofe		1	1.9	-	0.0	-	0.0	1	0.7
Transporte de Doente Crítico		-	0.0	1	1.9	-	0.0	1	0.7
Curso de Emergência Obstétricas e Neonatais									
	X_{\min}	-		1.0		1.0		1	
	X_{\max}	-		5.0		5.0		5	
Tempo de formação	\bar{X}	-		3.00		3.0		3.0	
	Md	-		3.00		3.0		3.0	
	s	-		2.83		1.63		1.63	

No que concerne à frequência com que ocorrem emergências relacionadas com situações de paragem/peri/paragem na consulta aguda (quadro 12), verificou-se que no ACES BV I a maioria dos profissionais (59.3%) respondeu que tal nunca ocorria. O mesmo se verifica com 49.1% dos profissionais do ACES BV II. No entanto, 46.5% dos profissionais do ACES BV III referiram que aquela emergência ocorria com uma frequência de duas a três vezes por ano.

Quanto à frequência com que acompanharam doentes numa transferência para um serviço mais diferenciado, constatou-se que a maioria dos profissionais dos três ACES respondeu “nunca”, sendo as percentagens de 81.5% (ACES BV I), 92.5% (ACES BV II) e 81.4% (ACES BV III).

Tabela 12 - Frequência situações de paragem/peri/paragem nos locais de consulta aguda. Periodicidade do acompanhamento de doentes numa transferência

ACES Tamanho da amostra	BV I		BV II		BV III		Totais	
	54		53		43		150	
Variáveis	n	%	n	%	n	%	n	%
	Frequência situações de paragem/peri/paragem nos locais de consulta aguda							
Uma vez por mês	4	07.4	-	-	2	4.7	6	4.0
Duas a três vezes por ano	7	13.0	6	11.3	20	46.5	33	22.0
Uma vez por ano	11	20.4	21	39.6	16	37.2	48	32.0
Nunca	32	59.3	26	49.1	5	11.6	63	42.0
Periodicidade do acompanhamento de doentes numa transferência								
Uma vez por mês	-	-	-	-	2	4.7	2	1.3
Duas a três vezes por ano	3	5.6	-	-	4	9.3	7	4.7
Uma vez por ano	7	13.0	4	7.5	2	4.7	13	8.7
Nunca	44	81.5	49	92.5	35	81.4	128	85.3

4.3 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS AOS LOCAIS DE CONSULTA AGUDA DOS ACES BV I, II E III

Os dados que se seguem foram obtidos em dez locais de consulta aguda (tabela 13), que funcionam nos CS dos ACES BV I (CS Sever do Vouga, CS Anadia, CS Águeda, CS Oliveira do Bairro), ACES BV II (CS Albergaria-a-Velha, CS Aveiro, CS Ílhavo, CS Vagos) e ACES BV III (CS Estarreja e CS Ovar).

Os horários de funcionamento entre os ACES são bastante heterogéneos, metade destas consultas não funcionaram nos dias úteis nos três ACES e verificou-se que no ACES BV II nenhum local de consulta funcionou. No período noturno apenas um local de consulta aguda do ACES BV III funciona e apenas 93 dias por ano, verificando-se o mesmo aos fins de semana.

Durante os fins de semana, 50.0% dos ACES tinham o serviço de consulta aguda a funcionar das 8 às 20 horas, sendo 4 do ACES BV II e 1 do ACES BV I, seguidos de 4 locais em que o serviço funcionava entre as 8 e as 24 horas.

Relativamente ao número de profissionais variou entre 1 e 2, tanto para os médicos como para os enfermeiros. O ACES BV I, apenas tem 1 médico e 1 enfermeiro durante o seu período de funcionamento; o ACES BV II, no serviço que funciona ao fim de semana, tem 2 médicos e 2 enfermeiros e nos restantes serviços nos dias úteis e fins de semana 1 médico e 1 enfermeiro. O ACES BV III apresenta num local da consulta 2 médicos e 1 enfermeiro; no outro local, quando funciona no período noturno, tem dois médicos e 1 enfermeiro e, nos restantes períodos, apresenta 1 médico e um enfermeiro, com reforço de um enfermeiro no período das 9-13H aos fins de semana.

Tabela 13 - Horário e número de profissionais

ACES Tamanho da amostra	BV I		BV II		BV III		Totais	
	4		4		2		10	
VARIÁVEIS	n	%	n	%	n	%	n	%
Horário da consulta aguda nos dias úteis								
00h – 08h (funciona apenas de 15 Junho a 15 de Setembro)*	-	-	-	-	1	50.0	1	10.0
08h – 24h	-	-	-	-	2	100.0	2	20.0
13h – 24h	1	25.0	-	-	-	-	1	10.0
20h – 24h	2	50.0	-	-	-	-	2	20.0
Fechado	1	25.0	4	100.0	-	-	5	50.0
Horário da consulta aguda aos fins de semana								
00h – 08h (funciona apenas de 15 Junho a 15 de Setembro)*	-	-	-	-	1	50.00	1	10.00
08h – 20h	1	25.0	4	100.0	-	0.0	5	50.0
08h – 24h	2	50.0	-	0.0	2	100.0	4	40.0
09h – 13h	1	25.0	-	0.0	-	0.0	1	10.0
Número de médicos nos dias úteis								
1	3	100.0	-	0.0	1	50.0	4	80.0
2	-	-	-	0.0	1	50.0	1	20.0
Número de enfermeiros nos dias úteis								
1	3	100.0	-	0.0	2	100.0	5	100.0
Número de médicos aos fins de semana								
1	3	75.0	4	100.0	-	0.0	7	70.0
2	1	25.0	-	0.0	2	100.0	3	30.0
Número de enfermeiros aos fins de semana								
1	3	75.0	4	100.0	1	50.0	9	90.0
2	1	25.0	-	0.0	1*	50.0	1	10.0

* No período noturno são 2 médicos e 1 enfermeiro nos dias úteis e de semana

** Aos fins de semana há dois enfermeiros no período das 9 às 13

No que concerne aos recursos materiais e equipamentos existentes nos locais de consulta aguda, constatou-se (tabela 14) que apenas 4 serviços possuíam carro de emergência, sendo 3 atribuíveis a serviços do ACES BV I e 1 ao ACES BV III.

Relativamente aos adjuvantes da via aérea, todos os locais apresentaram ambu/insuflador manual, máscaras faciais e tubos de *Mayo*; 60% dos locais apresentaram tubos nasofaríngeos (1 no ACES BV I, 3 no ACES BV II e 2 no ACES BV III). Constatou-se que 8 locais detêm garrafas de oxigénio, correspondentes a 4 em cada um dos serviços dos ACES BV I e BV II. O ACES BV III não possui garrafas de oxigénio, mas tem, em ambos os serviços de consulta aguda, rampas de oxigénio.

Verificou-se que 40% dos serviços possuem monitor com desfibrilhador, correspondentes a 1 serviço do ACES BV I e BV II e 2 serviços do ACES BV III. Em cada ACES existe um serviço que tem um DAE.

De acordo com o apresentado relacionado com o material necessário para efectuar técnicas de abordagem avançada da via aérea, 80% dos serviços têm laringoscópio (3 no ACES BV I, 4 no ACES BV II e 1 no ACES BV III), mas só 60% dos serviços têm tubos endotraqueais, correspondentes a 1 serviço no ACES BV I, 4 no ACES BV II e 1 no ACES BV III. Só dois serviços (20%) têm máscaras laríngeas, localizados no ACES BV I e BV II. Para dar apoio à aspiração de secreções, 70% dos serviços apresentam aspirador portátil e 30% dos serviços, rampas de vácuo. Nenhum dos locais da consulta aguda apresenta ventilador e 30% têm ventiladores portáteis (2 localizados no ACES BV II e 1 no ACES BV III).

Constatou-se que relativamente ao equipamento necessário para a monitorização cardíaca avaliação sinais vitais apenas o ACES BV III o possui nos dois locais de consulta

aguda. O aparelho que permite avaliar o pulso do doente e a oximetria capilar existe em 60% dos locais de consulta aguda, 3 no ACES BV I, 1 no ACES BV II e 2, no ACES BV III.

Constatou-se que, dos 10 serviços, 9 têm aparelho que permite efectuar electrocardiografias, só um local de consulta aguda do ACES BV I não possui este equipamento.

Todos os locais (100%) referem ter material para soroterapia e também 100% dos locais referem ter à sua disposição adrenalina, atropina e amiodarona, medicação para ser utilizada em contexto de reanimação.

Tabela 14 - Recursos materiais e equipamentos

ACES Tamanho da amostra Variáveis	BV I		BV II		BV III		Totais	
	4		4		2		10	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Carro de Emergência	3	75.0	-	-	1	50	4	40.0
Adjuvantes da via aérea								
Ambu/insuflador manual	4	100.0	4	100.0	2	100.0	10	100.0
Máscara facial	4	100.0	4	100.0	2	100.0	10	100.0
Tubo orofaríngeo	4	100.0	4	100.0	1	50.0	9	90.0
Tubo nasofaríngeo	1	25.0	3	75.00	2	100.0	6	60.0
Garrafa de Oxigénio	4	100.0	4	100.0	-	-	3	30.0
Rampa de oxigénio	-	-	1	25.0	2	100.0	8	80.0
Desfibrilhador								
Monitor com Desfibrilhador	1	25.0	1	25.0	2	100.0	4	40.0
Monitor com Desfibrilhador automático externo	1	25.0	1	25.0	1	50.0	3	30.0
Material necessário para efectuar técnicas de abordagem avançada da via aérea								
Laringoscópio e lâminas	3	75.0	4	100.0	1	50.0	8	80.0
Tubo endotraqueal	1	25.0	4	100.0	1	50.0	6	60.0
Máscara laríngea	1	25.5	1	25.5	-	-	2	20.0
Aspirador de secreções portátil	3	75.0	4	75.0	-	-	7	70.0
Rampa de vácuo	-	-	1	25.00	2	100.0	3	30.0
Ventilador	-	-	-	-	-	-	-	-
Ventilador portátil	-	-	2	50.0	1	50.0	3	30.0
Equipamento necessário para monitorização cardíaca avaliação sinais vitais								
Monitor cardíaco	-	-	-	-	2	100.0	2	20.0
Oximetria de pulso	3	75.0	1	25.0	2	100.0	3	30.0

Electrocardiógrafo	3	75.0	4	100.0	2	100.0	9	90.0
Material para soroterapia	4	100.0	4	100.0	2	100.0	10	100.0
Medicação usada na reanimação								
Adrenalina	4	100.0	4	100.0	2	100.0	10	100.0
Atropina	4	100.0	4	100.0	2	100.0	10	100.0
Amiodarona	4	100.0	4	100.0	2	100.0	10	100.0
Digoxina	1	25.0	4	100.0	1	50.0	6	60.0
Bicarbonato de sódio	1	25.0	4	100.0	1	50.0	6	60.0
Dopamina	2	50.0	4	100.0	2	100.0	8	80.0
Flumazenil	2	50.0	-	-	1	50.0	3	30.0

Como se pode constatar pelos dados apresentados na tabela 15, apenas um dos serviços dispunha de laboratório de análises clínicas (ACES BV I) e nenhum dos restantes tinha convenção com algum laboratório externo. Verificou-se, ainda, que 30.0% tinham acesso a serviço de radiologia (1 no ACES BV II e 2 no ACES BV III) e, dos restantes sete, apenas um tinha convenção com algum serviço externo de radiologia (ACES BV II).

Tabela 15 – Exames complementares de diagnóstico

ACES Tamanho da amostra	BV I		BV II		BV III		Totais	
	4		4		2		10	
Variáveis	n	%	n	%	n	%	n	%
Laboratório de Análises Clínicas	-	-	-	-	1	50.0	1	10.0
Convenção com laboratório de Análises Clínicas	-	-	-	-	-	-	-	-
Serviço de radiologia	-	-	1	25.0	2	100.0	3	30.0
Convenção com serviço de radiologia	1	25.0	-	-	-	-	1	10.0

Quanto à organização dos cuidados, verificou-se (tabela 16) que existia manual de integração para enfermeiros em 20.0% dos serviços (2, no ACES BV1), mas em nenhum existia manual de integração para médicos. Estavam definidas normas técnicas para assistência no caso de doente em paragem cardiorrespiratória em 70.0% dos serviços (2 no BV I, 4 no BV II e 1 no BV III). Dos serviços que tinham carro de emergência, apenas

20.0%, tinham normas de utilização e manutenção instituídas (2 serviços no BV I); 30.0% dos que tinham desfibrilhador possuíam normas de utilização e manutenção instituídas (2 serviços no BV II e 1 no BV III). Em 60.0% era aplicada avaliação de risco para o acompanhamento de doentes quando transferidos para unidade mais diferenciada (1 serviço no ACES BV I, 4 no ACES BV II, 1 no ACES BV III); na mesma percentagem estava contemplada, no plano de formação do serviço, a formação em Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida (4 serviços do BV II, 2 serviços do BV III) e em apenas 10.0% (ACES BV III) estava contemplada, no plano de formação de serviço, a formação em Suporte Imediato de Vida.

Tabela 16 – Organização de cuidados e formação em suporte de vida

ACES Tamanho da amostra	BV I		BV II		BV III		Totais	
	4		4		2		10	
Variáveis	n	%	n	%	n	%	n	%
Organização dos cuidados								
Manual de integração para enfermeiros	2	50.0	-	-	-	-	2	20.0
Manual de integração para médicos	-	-	-	-	-	-	-	-
Normas técnicas em caso de paragem cardiorrespiratória	2	50.0	4	100.0	1	50.0	7	70.0
Normas de utilização do carro emergência	2	50.0	-	-	-	-	2	20.0
Normas técnicas de manutenção e utilização do desfibrilhador	-	-	2	50.0	1	50.0	3	30.0
Aplicada avaliação de risco na transferência de doentes	1	25.0	4	100.0	1	50.0	6	60.0
Formação relacionada com situações suporte de vida:								
Suporte Básico de Vida	-	-	4	100.0	2	100.0	6	60.0
Suporte Avançado de Vida	-	-	4	100.0	2	100.0	6	60.0
Suporte Imediato de Vida	-	-	-	0.0	2	50.0	1	10.0

Quanto à frequência com que era accionada a VMER (tabela 17), verificou-se que 40.0% dos serviços (2 em ACES BV I, 1 serviço no ACES BV II e BV III) referiram uma vez por mês, seguidos de 30.0% (2 serviços no ACES BV II e 1 no BV III) que a accionavam duas a três vezes por ano.

Tabela 17 – Periodicidade de accionamento da VMER

ACES	BV I		BV II		BV III		Totais	
Tamanho da amostra	4		4		2		10	
Variável	n	%	n	&	n	%	n	%
Acionamento da Viatura de emergência Médica								
Uma vez por mês	2	50.0	1	25.0	1	50.0	4	40.0
Duas a três vezes por ano	-	-	2	50.0	1	50.0	3	30.0
Uma vez por ano	1	25.0	1	25.0	-	-	2	20.0
Nunca	1	25.0	-	-	-	-	1	10.0

Terminada a apresentação e análise dos resultados obtidos, onde se procurou apresentar os dados mais relevantes. Irá proceder-se no próximo capítulo a uma síntese e apreciação crítica desses resultados, tentando-os confrontar com o quadro teórico da primária parte deste trabalho.

CAPITULO 5 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este estudo teve como principal objetivo caracterizar os locais de consulta aguda dos ACES de BV I, II e III. Pretendeu-se conhecer as características dos doentes desta consulta, bem como a capacidade de resposta destes serviços às situações de PCR, no que diz respeito às condições de material e equipamento e da formação dos profissionais de saúde.

Neste capítulo vão-se discutir os resultados, dando assim resposta aos objetivos inicialmente traçados.

Devido ao elevado número de resultados encontrados, e de modo a clarificar esta discussão, ela será apresentada de acordo com as fontes de dados. Serão analisados primeiramente os resultados relativos aos locais de consulta aguda, depois os resultados que dizem respeito aos profissionais e, por fim, os dos serviços.

Caracterização dos utilizadores

Os resultados da utilização da consulta aguda relativamente ao número dos utilizadores foram bastante diferentes entre os ACES, para um total de 70 488 episódios. O ACES que obteve um maior número de doentes foi o ACES BV I com 32 318 doentes (46% do total da amostra), seguido do ACES BV III (36% do total da amostra) e, por último, o ACES BV II (19% do total da amostra). Se compararmos este resultado com o número de inscritos em cada ACES, verifica-se que este valor não é coincidente, ou seja, o ACES que abrange maior número de população e tem maior número de inscritos é o ACES BV II, precisamente aquele que teve menor utilização desta consulta. Saliente-se, no entanto, que este ACES tem o período horário mais reduzido das consultas agudas, e

que só funciona aos fins de semana. Relativamente ao ACES BV I, aquele que obteve maior número de utilizadores, tem quatro locais de consulta aguda em funcionamento, sendo também este o ACES com maior percentagem de utentes sem médico de família, com 15%, comparando com os 6% do ACES BV II e 4% dos ACES BV III (ARSC, 2012).

Em relação ao género, verificou-se que em todos os ACES existiu um predomínio do número de mulheres face ao dos homens. Este resultado vai de encontro aos resultados apurados no último CENSOS 2011 para Portugal, em que existem mais mulheres que homens, com 47,8% de homens para 51,7% de mulheres (INE, 2011). Ainda de acordo com esta variável responde à Hipótese 1: **«Existe diferença entre os ACES ao nível dos utilizadores da consulta aguda»** relativamente ao género, o resultado do teste estatístico permitiu afirmar que existem diferenças entre os ACES no que diz respeito ao género, assim os ACES BV I e o ACESB VIII têm maior proporção de mulheres que recorrem a esta consulta que o ACES BV II.

No que concerne ao grupo etário, verificou-se que o mais representado em todos os ACES foi o dos 25 aos 64 anos, e o grupo menos representado foi o dos 15 aos 24 anos. Isto vai de encontro às características da população residente em todos ACES, em que esta representatividade de grupos etários é coincidente.

Relativamente ao grupo etário dos 65 ou mais anos, apresentou uma maior percentagem no ACES BV I com 24,4% de doentes relativamente aos outros ACES, com o ACES BV II com 20% e o BV III com 20,9%. Esta tendência vai de encontro à população residente, em que os resultados do CENSOS 2011 são no grupo etário dos 65 ou mais anos 21,35% para o ACES BV I, e 17,52% e 17,95% respetivamente para o ACES BV II e ACES BV III. O resultado da aplicação do teste estatístico para Hipótese 1: **«Existe**

diferença entre os ACES ao nível dos utilizadores da consulta aguda» relativo à variável idade, permitiu concluir que os ACES BV I e BV III, servem populações tendencialmente mais velhas.

Relativamente à freguesia de residência dos doentes, verificou-se que a maioria reside em freguesias que pertencem aos CS dos ACES. No entanto o ACES BV III apresentou uma percentagem maior de doentes que não residiam no concelho do CS, fato também confirmado pelo resultado do teste estatístico e esperado, pois este ACES abrange uma grande faixa do litoral com zonas de veraneio, como é o caso da praia da Torreira que na época balnear duplica a sua população, com veraneantes de outras zonas do país potenciais utilizadores desta consulta. O resultado do teste estatístico para testar a hipótese 1 «**existe diferença entre os ACES ao nível da utilização da consulta aguda**» relativa à variável freguesia de residência, permitiu concluir que os ACES BV I e ACES BV II são frequentados por uma maior percentagem de doentes que pertencem ao concelho.

A razão da ida à consulta foi, para quase todos os doentes dos ACES, a doença. Esta razão vai de encontro ao esperado, pois estas consultas foram criadas para responder a situações de doença aguda, fazendo assim sentido que a maioria destes doentes recorram aos cuidados por motivo de doença. Mas também aqui surgiram diferenças entre os ACES, em resposta à hipótese 1 «**existe diferença entre os ACES ao nível da utilização da consulta aguda**» relativa causa da consulta, o resultado permite afirmar que os utilizadores das consultas agudas do ACES BV II recorreram em maior proporção à consulta por motivo de doença.

O destino dos doentes após a consulta foi maioritariamente o domicílio, com valores de 95, 7% para o ACES BV I, 98, 6% para o ACES BV II e 95, 5% para o ACES BV III. O ACES BV III foi o que mais enviou doentes para os cuidados hospitalares, seguido do ACES BV II. Relativamente ao resultado do teste estatístico e respondendo à hipótese 1 «**existe diferença entre os ACES ao nível da utilização da consulta aguda**» relativo aos destino do doente, existe diferença em que o ACES BV II teve proporcionalmente maior percentagem de doentes que tiveram alta relativamente aos outros ACES.

No que diz respeito ao período horário praticado na consulta aguda dos ACES, não é homogéneo entre os ACES, o que seria de esperar, pois as consultas agudas devem ser constituídas de modo a dar resposta às necessidades da população. Verifica-se que só o ACES BV III funciona no período noturno. O ACES BV II só funciona ao fim de semana e das 08h às 20h. É de salientar que na área de abrangência deste ACES, em Aveiro, localiza-se o Hospital de referência para os três ACES, com uma urgência médico-cirúrgica.

Caracterização dos Profissionais de Saúde da consulta aguda dos ACES BV I, BV II e BV III

A hipótese inicialmente colocada «**existe diferença entre os ACES ao nível das características dos profissionais**» não foi confirmada, o que permite afirmar que as características dos profissionais que exercem funções nos serviços de consulta aguda dos ACES BV I, II e III são semelhantes no que diz respeito ao género, idade, tempo de exercício profissional, de exercício em CSP e no atual serviço, bem como nos aspetos

relativos à formação em SBV, SIV, SAV e curso de trauma e aos tempos que detêm essa formação.

Pelo apresentado anteriormente, podemos então discutir alguns resultados de uma forma global como se de uma única amostra se tratasse, porque os resultados dos testes estatísticos permitem afirmar que as características dos profissionais que exercem funções nos ACES são equivalentes relativamente a algumas variáveis .

Em relação à profissão dos inquiridos, maioritariamente foram enfermeiros (58.7%), no entanto, verificou-se que nos ACES BV II e BV III responderam mais médicos que enfermeiros, em relação ao ACES BV I.

A grande maioria dos profissionais eram do sexo feminino (82%), a média de idades foi de 43,50 anos para um máximo de 64 anos e um mínimo de 27 anos.

Analisando os resultados relativos ao tempo de exercício profissional, tempo de exercício na profissão, tempo de exercício nos CSP e tempo de exercício no atual serviço, verifica-se que os profissionais possuem larga experiência profissional e nos CSP, isto também se comprova pelo facto de deterem um contrato profissional estável, pois 88.7% pertencem ao quadro do agrupamento, é só 0.7% têm um contrato individual inferior a 6 meses. Convém também referir que nenhum dos inquiridos tinha como contrato de trabalho prestação de serviços, o que reforça as características estáveis destas equipas.

Relativamente à especialidade dos médicos verificou-se como o esperado, que a quase totalidade dos médicos eram especialistas em Medicina Geral e Familiar, existindo também um médico interno desta especialidade. Os enfermeiros detinham

uma maior diversidade de especialidades, saliente-se, no entanto que dos enfermeiros especialistas a maioria (51.4%) detinha a especialidade de Enfermagem Comunitária.

Nos aspetos relacionados com a formação dos profissionais, conforme já referido, os resultados dos testes estatísticos para dar resposta à hipótese 2, permitiram concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da formação em SBV, SIV, SAV e Trauma e do tempo que os profissionais detêm estas formações. Analisando a percentagem de inquiridos com estas formações e o tempo que as detêm, verificou-se que em relação ao SBV 79.3% dos inquiridos detinham esta formação, e o tempo da mesma distou entre 1 e 25 anos, sendo a média de 7.23 anos. Relativamente à formação em SIV apenas 26% dos profissionais a detinham e com tempos entre 1 e 7 anos. Em relação ao SAV também se verificou que só 40.7% dos profissionais tinham esta formação e apresentaram tempos de 1 a 21 anos.

As percentagens de formações e tempos de formação relacionados com a formação em suporte de vida, encontrados nesta amostra, não vão ao encontro do preconizado pelo Conselho Europeu de Ressuscitação. Salienta este organismo que a sobrevivência em caso de PCR depende da qualidade da formação e a prontidão com que as recomendações das *guidelines* são aplicadas na prática clínica. O objectivo destas formações é que os formandos adquiram e retenham competências que lhes permitam actuar correctamente em caso de PCR melhorando a sobrevivência dos doentes. Por outro lado, refere também a mesma entidade que esta formação deve ser ajustada às necessidades dos formandos, salientando que, os que têm a missão de reanimar regularmente, necessitam de treino mais complexo. Pelo facto dos conhecimentos e competências em reanimação se deteriorarem, principalmente se não são colocadas em

prática quotidianamente, devem ser feitas recertificações pelo menos com a mesma periodicidade em que as *guidelines* são revistas, atualmente esta revisão acontece em períodos de 5 anos (CPR, 2010).

Pelo exposto anteriormente, todos os profissionais de saúde deveriam ter, pelo menos, SBV e muitos deles, com formações que distam de há largos anos, deveriam ser sujeitos a recertificações.

Relativamente à frequência com que ocorrem situações de paragem/peri/paragem na consulta aguda, a periodicidade desta ocorrência foi baixa em todos os ACES, 6 profissionais (4%) referiram que ocorre uma vez por mês, 33 (22%) duas a três vezes por ano, 48 (32%) ocorria uma vez por ano e 63 profissionais (42%) referiram que nunca assistiram a situações de paragem/peri/paragem cardiorrespiratória. Devido à tipologia de doentes que acorrem a esta consulta, estes valores fazem todo o sentido, de facto estamos perante serviços que têm o propósito de atender doentes em situações de doença aguda e não situações urgentes/emergentes, onde seguramente a casuística destes casos será muito maior, como é o caso dos serviços de urgência. .

Caracterização dos locais da consulta aguda dos ACES BV I, BV II e BV III

Foram analisados dez locais de consulta aguda, pertencendo quatro ao ACES BV I, quatro ao ACES BV II e dois ao ACES BV III.

O horário praticado é correspondente ao horário dos utilizadores. O número de profissionais varia entre 2 e 1. O ACES BV II apenas apresenta um médico e um enfermeiro em cada consulta aguda. O ACES BV I, aos fins de semana e num dos local de

consulta aguda apresenta 2 médicos e 2 enfermeiros, nos restantes três serviços apresenta 1 médico e 1 enfermeiro. O ACES BV III é aquele que tem maior número de profissionais médicos por consulta. Também é este o único ACES que funciona no período noturno e na época balnear. Efetivamente, dois dos concelhos deste ACES têm zonas balneares que aumentam muito a sua afluência nesta época, por isso faz sentido que este horário seja alargado de modo a responder às necessidades sazonais da população. Verifica-se, contudo, que neste período acorreram à consulta 371 doentes, o que perfaz 4 doentes por noite, assim para uma afluência tão baixa não se compreende a razão do reforço da equipe com dois médicos.

Relativamente aos recursos materiais e equipamentos, verificou-se que dos 10 serviços apenas 4 possuíam carro de emergência com drogas e material de uso clínico, destes, 3 no ACES BV I e 1 no ACES BV III. Não está assim cumprida, em 6 locais de consulta aguda, a orientação da DGS sobre a organização do material de emergência nos serviços de saúde, onde é apontado que este material deve ser organizado num carro de emergência, como resposta nos serviços de saúde que lidam com doenças crónicas que possam agudizar.

Para aplicar o algoritmo do SBV devem ser utilizados diversos materiais conhecidos como adjuvantes da via aérea, importantes para desenvolver técnicas de via aérea básica. Por exemplo, os tubos orofaríngeos e nasofaríngeos são acessórios essenciais para manter a permeabilidade da via aérea, principalmente quando a reanimação é prolongada, e evitam o deslocamento do palato mole e da língua para trás num doente inconsciente (INEM 2010).

Relativamente à existência dos adjuvantes da via aérea nos locais de consulta aguda, verificou-se que todos os locais têm equipamento que permite aplicar o algoritmo de SBV.

Quando ocorre um ritmo cardíaco denominado fibrilhação ventricular, o fluxo cardíaco cessa imediatamente, como consequência a circulação cerebral é interrompida surgindo lesões por hipoxia em apenas dois minutos. Deste modo, a instauração do tratamento denominado desfibrilhação deve ser imediato. Em relação ao equipamento necessário para efetuar a desfibrilhação, o desfibrilhador, verificou-se que dos 10 locais da consulta aguda 4 não possuem este equipamento. Em Portugal, em 2004, deu-se início ao Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa promovido INEM, com o objetivo de dotar locais de acesso público com este equipamento, como, por exemplo estádios e centros comerciais. Não é deste modo compreensível que locais como os serviços de saúde não detenham este equipamento. No entanto, pelo apresentado no plano de ação da ARSC para o ano 2012, são propostas a aquisição de DAE e a instituição de formação nesta área conjuntamente com o INEM. Esta pretensão pode assim colmatar as falhas encontradas nos locais de consulta aguda nesta área.

Relativamente ao material existente nos locais relacionado com a necessidade de efetuar técnicas de abordagem avançada da via aérea, verifica-se que só 8 serviços possuem laringoscópio e laminas, mas só 6 têm tubos endotraqueais, significa isto que só 6 serviços possuem equipamento necessário para executar a técnica da via área avançada. Verifica-se também que só três serviços possuem ventiladores.

A máscara laríngea é um recurso que permite ventilar um doente, que pode ser facilmente introduzida após um período curto de treino, e assim considera-se que é um

recurso a ser utilizado por pessoal médico que não tenha tanta experiência em reanimação. Dos locais de consulta aguda apenas 2 possuem este equipamento.

Relativamente ao equipamento necessário para monitorização cardíaca, verificou-se que dos 10 serviços, só dois têm monitor cardíaco e três têm oximetria de pulso, no entanto, 9 possuem eletrocardiógrafos, um recurso que também permite avaliar o ritmo cardíaco.

Todos os serviços estão equipados com material para soroterapia e possuem adrenalina, atropina e amiodarona, três dos medicamentos essenciais no SAV.

Quanto à possibilidade dos locais de consulta aguda poderem executar exames complementares de diagnóstico, de uma forma global é baixa, pois só 1 serviço possui laboratório de análises clínicas e 4 serviços de radiologia. Salienta-se que, no ACES BV III, um dos seus dois locais de consulta aguda possui serviço de laboratório e radiologia e o outro, tem serviço de radiologia.

Dos aspetos relacionados com as normas técnicas, verifica-se que os 7 locais de consulta aguda apresentam normas técnicas em caso de paragem cardiorrespiratória, o que é muito importante, pois, devido à baixa frequência com que estas situações ocorrem, a normalização da atuação é determinante para o sucesso da mesma.

Relativamente às normas técnicas relacionadas com a utilização do desfibrilhador, dos 6 locais de consulta que possuem desfibrilhadores apenas 3 têm normas técnicas para utilização deste equipamento. Estes aparelhos de desfibrilhação, devido ao reduzido número de vezes que são utilizados, devem ter normas que facilitem a sua operacionalização, nomeadamente para a sua manutenção, que na maioria das marcas habitualmente é diária.

A ARSC para o ano de 2012, como já referido, propôs a aquisição de DEA e o alargamento e consolidação de ações de formação em SBV. No que diz respeito à formação, observou-se que dos 10 locais de consulta aguda, 6 têm programado no seu plano de formação o SBV e o SAV e apenas um tem programado a formação SIV. O facto da ARSC ter contemplado estes aspetos no seu plano de ação pode, deste modo, colmatar esta necessidade nos locais de consulta em que isto não está previsto.

A VMER é um veículo pré-hospitalar destinado a transportar rapidamente uma equipa médica ao local onde o doente se encontra. A equipa é constituída por um médico e um enfermeiro e possui equipamento de Suporte Avançado de Vida. O objetivo de atuação deste meio é a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico no transporte de doentes vítimas de acidente ou doença súbita. Este meio atua na dependência do INEM e é dirigido pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes. Muitas vezes, serviços menos diferenciados recorrem a este meio mais diferenciado, para apoio na estabilização e no transporte de doentes a meios hospitalares mais diferenciados (INEM, 2012).

Dos locais de consulta aguda observados verificou-se que apenas 1 nunca acionou este meio pré-hospitalar e os outros 9 locais de um modo muito pouco frequente acionaram o meio. Este meio pode ter sido acionado de modo a colmatar as falhas de equipamento encontradas nos serviços.

Terminada a discussão dos resultados, surge a necessidade de finalizar este trabalho deixando algumas sugestões, que se apresentam de seguida.

CONCLUSÃO

No âmbito desta investigação procurou-se caracterizar os locais de consulta aguda do ACES BV I, BV II e BV III, no que diz respeito às características dos utilizadores, dos profissionais de saúde e aos meios técnicos e materiais.

O facto de não ter sido encontrado nenhum estudo semelhante, serviu como estímulo, para que os resultados encontrados nesta investigação possam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes na consulta aguda dos CSP.

Na primeira parte deste trabalho, de modo a contextualizar a temática em estudo, foi apresentada a evolução dos CSP no nosso país. Esta apresentação recaiu principalmente nas soluções que foram sendo criadas nos CSP para dar resposta aos doentes com doença aguda. Abordou-se também a evolução da rede dos serviços de urgência, porque estas duas realidades foram evoluindo em simultâneo e estão relacionadas. Considerou-se também importante, abordar os aspectos da dotação dos serviços relacionados com o material, equipamento e formação dos profissionais de modo a dar resposta às situações de paragem/peri/paragem cardiorrespiratória.

De entre os resultados já apresentados, salientam-se em seguida aqueles que foram considerados mais importantes.

Caracterização dos utilizadores

Foram analisados 70 488 episódios respeitantes ao ano de 2011, de 10 locais de consulta aguda dos ACES BV I (32 318 episódios), BV II (13 040 episódios) e BV III (25 130 episódios).

Relativamente à hipótese 1 «**existe diferença entre os ACES ao nível da utilização da consulta aguda**» concluiu-se através da aplicação dos testes estatísticos, que existem diferenças entre os ACES nos utilizadores, no que diz respeito ao género, idade, concelho de residência, causa e destino após consulta.

O ACES BV I obteve maior percentagem de utilizadores, é também o que possui mais horas disponíveis desta consulta e maior percentagem de utentes sem médico de família.

Relativamente ao género, houve predomínio das mulheres face aos homens em todos os ACES. Foi possível concluir que os ACES BV I e BV III têm maior proporção de mulheres em relação ao ACES BV II.

O grupo etário mais representado em todos os ACES, foi o dos 25 aos 64 anos e o menos representado foi o dos 15 aos 24 anos. O teste estatístico permitiu concluir que os ACES BV I e BV III servem populações mais velhas.

Relativamente à variável freguesia de residência dos utilizadores, foi possível verificar que a maioria dos doentes residia em freguesias que pertencem aos concelhos dos ACES, no entanto o ACES BV III apresentou uma maior percentagem de doentes que não reside no concelho. Isto é explicado, pelo fato de pertencerem à zona de abrangência deste ACES áreas de veraneio, que na época balnear duplicam a sua população com indivíduos de outras zonas do país.

A razão da ida à consulta foi em larga maioria a doença, era esperado, pois estas consultas foram criadas para atender doentes em situação de doença aguda. Relativamente a esta variável, os utilizadores do ACES BV II recorrem em maior proporção à consulta por motivo de doença, do que os utilizadores dos outros ACES.

Caracterização dos profissionais de saúde

A amostra dos profissionais de saúde que exercem funções nos locais de consulta aguda, correspondeu a 150 médicos e enfermeiros dos três ACES.

Relativamente à hipótese 2 «**existe diferença entre os ACES ao nível das características dos profissionais**», concluiu-se através da aplicação dos testes estatísticos, que os três ACES são semelhantes quanto às características dos profissionais que neles desenvolvem a sua atividade nas variáveis género, idade, tempo de exercício profissional, de exercício em CSP e no atual serviço, bem como nos aspetos relativos à formação em SBV, SIV, SAV e curso de trauma e aos tempos que detêm essa formação.

O grupo profissional mais representado foram os enfermeiros com 58%, esta profissão é também a mais representada nos serviços de saúde.

A maioria dos profissionais eram do sexo feminino (82%), a media de idades situou-se nos 43.50 anos.

Pela análise das características dos tempos de exercício na profissão, nos CSP e no atual serviço, constatou-se que as equipas apresentaram larga experiência na profissão e nos CSP. A maioria dos profissionais também apresentou vínculo laboral estável, reforçando a estabilidade destas equipas.

Os médicos eram quase todos especialistas em Medicina Geral e Familiar, exceto um que era interno desta especialidade. A especialidade mais representada entre os enfermeiros especialistas foi a especialidade de Enfermagem Comunitária,

salienta-se no entanto que a maioria dos enfermeiros não tinham nenhuma especialidade.

Relativamente à formação que os profissionais possuem relacionada com a reanimação, verificou-se que 79.3% dos profissionais referiram ter SBV, 26% SIV e 40.7% referiram ter SAV. Em relação ao tempo que a detinham distou no SBV e SAV de 1 e 25 anos, e no SIV entre 1 a 7 anos.

A área da formação em reanimação é um dos aspetos que pode ser melhorado nos três ACES, tanto a nível da formação inicial, como também da necessária recertificação dos profissionais já formados. É um factor positivo o facto da ARSC possuir no seu plano de acção para o ano 2012, intenção de dinamizar estes aspetos nas organizações de saúde da sua área de abrangência.

Caracterização dos locais de consulta aguda

Os locais de consulta aguda devem ter horários adequados às necessidades da população que os utiliza. Será seguramente esta a razão, porque os horários praticados nos 10 serviços de consulta aguda apresentam alguma diversidade. Reforça-se este aspecto, com o caso do ACES BV III que nos meses que se prevê maior afluência de utilizadores, alargou o horário do funcionamento para o período noturno

Verificou-se que o rácio de profissionais também não é igual entre os locais da consulta aguda, varia entre 1 e 2 nos ACES BV I e BV III, no ACES BV II apenas existe em cada local da consulta 1 médico e 1 enfermeiro.

Os resultados encontrados neste estudo, relativos ao material e equipamento, permitem concluir, que relativamente ao algoritmo SBV, todos os locais de consulta aguda possuem equipamento que permite executar esta técnica correctamente.

Existem no entanto algumas falhas ao nível do material e equipamento, relacionadas com os algoritmos SAV e SIV. Estas devem-se ao facto de alguns serviços não possuírem material para a via aérea avançada, para a desfibrilhação e para a monitorização cardíaca.

Todos os serviços possuem material para a soroterapia, e os principais medicamentos usados no SAV existem também em todos os locais de consulta.

Relativamente aos meios complementares de diagnóstico, 9 locais possuem eletrocardiógrafos, mas apenas 1 local possui laboratório de análises e 4 locais possuem serviço de radiologia. O ACES BV III é aquele que possui mais recursos a este nível, nos seus locais de consulta aguda, um possui serviço de radiologia, e o outro local possui serviço de laboratório e de radiologia.

As áreas passíveis de melhoria nos locais de consulta aguda, como já referido, dizem respeito à sua dotação de recursos materiais e equipamentos, para à reanimação avançada de um doente. Uma hipótese que poderá ser considerada para colmatar estas falhas, é a aquisição de carros de emergência com DAE, efectivamente este recurso permite localizar num pequeno espaço, o material necessário para a reanimação.

Termina-se esta conclusão salientando que os objectivos propostos inicialmente foram atingidos, este estudo permitiu fazer um levantamento exaustivo da capacidade de resposta dos locais de consulta aguda, quer em termos de formação de recursos humanos quer em termos materiais, bem como fazer a caracterização dos utilizadores.

Sugere-se em estudos futuros, que relativamente às causas da ida à consulta, estas devam ser estudadas sob o ponto de vista clínico, para melhor compreender as reais necessidades de cuidados de saúde dos utilizadores.

Os dados deste estudo não podem ser generalizáveis para a população portuguesa, o ideal seria, que estudos semelhantes fossem desenvolvidos noutras áreas do país para se puderm fazer comparações.

BIBLIOGRAFIA

- ACES BV I. Plano de Desempenho de 2011. [Internet] Disponível em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20Interna/Plano%20de%20Desempenho/BV1%20PD%202011.pdf> [acedido em 15 de Abril de 2012]
- ACES BV II. Plano de Desempenho de 2011. [Internet] Disponível em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20Interna/Plano%20de%20Desempenho/BV2%20PD%202011.pdf> [acedido em 15 de Abril de 2012]
- ACES BV III. Plano de Desempenho de 2011. [Internet] Disponível em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20Interna/Plano%20de%20Desempenho/BV3%20PD%202011.pdf> [acedido em 15 de Abril de 2012]
- ARSC (2012) Plano de Acção 2012 [Internet] Disponível em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/PLANO%20ACAO%202012.pdf> [acedido em 15 de Abril de 2012]
- Barros, P.P; Simões J.A. (2007) *Health Systems in Transition- Portugal Health System Review. World Health Organization: Denmark.* [Internet] Disponível em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf [acedido em 12 de Dezembro de 2011]
- Branco, A. e Ramos V. (2001) *Cuidados de Saúde de Saúde Primários em Portugal.* Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. Temático 2, 2001. p. 5-12

-Brunner, L. S. e Suddarth, D. S. (2005) – Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

-Bradburry, N., (2002) – *Resuscitation Trolley Contents* [Internet] Royal United Hospital Disponível em WWW [http://www.ruh-bath.swest.nhs.uk/departments/resus/ResusTrolleyContents\(picture\).html..](http://www.ruh-bath.swest.nhs.uk/departments/resus/ResusTrolleyContents(picture).html..) [acedido em 10/05/2012]

-Campos, A. C., Simões, J.(2011) O percurso da saúde: Portugal na Europa, Coimbra: Almedina.

-Campos, C. (2007). SAP perverteram cuidados primários [Internet] Portal da Saúde Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/sap.htm> [acedido em 15 de Abril de 2012]

-CTAPRU (2007 a) Proposta de requalificação das urgências - Esclarecimentos adicionais - Comunicado nº 1 Ministério da Saúde. [Internet] Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/31F11DDF-509C-43D2-8255-B36C85408015/0/CTAPRUcomunicado012007.pdf> [acedido em 12 de Dezembro de 2011]

-CTAPRU (2007 b) Requalificação das urgências e alegado encerramento de serviços - Comunicado nº 2 Ministério da Saúde. [Internet] Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/6240899C-3A55-4B78-93B9-69E037D953C2/0/CTAPRUcomunicado022007.pdf> [acedido em 12 de Fevereiro de 2012]

-CRRNEU (2012) Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência – Relatório CRRNEU [Internet] Disponível em <http://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf> [acedido em 12 de Maio de 2012]

-Cuidados de saúde Primários(2012) Agora mais que nunca Internet] Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=180&area=0> [acedido em 06 de Maio de 2012]

-Declaração de Alma-Ata (1978) *Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários*. Cazaquistão. ([Internet] Disponível em www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm [acedido em 18 de Fevereiro de 2012]

-Decreto-Lei nº 413/71. D.R.I Série. 228 (27- 09-1971) 1406.

- Decreto-Lei nº 157/99. D.R.I Série. 108 (10-05-199) 2424

-Decreto-Lei n.º 60/03 D.R. I Série. 77 (01-04-2003) 2118

-Decreto-Lei n.º 88/05 D.R. I Série. 107 (03-06-2005) 3060

- Decreto-Lei n.º 298/07. D.R. I Série. 162 (22-08-2007) 5587

- Decreto-Lei nº 28/08. D.R.I Série. 38 (22-02-2008)

- Decreto Lei nº 188/09 D.R.I Série 155 (12-08-2009)

- Decreto Lei nº 184/12 D.R. I Série 153 (08-08-2012)

-Despacho Normativo n.º 97/83 D.R.I Série. 93 (22-04-1983) 1439

-Despacho n.º 9/06 D.R.I Série 34 (16-02-2006) 1256

-Despacho n.º 18 456/06. D.R. I Série 176 (12-09-2006) 18611

-Despacho n.º 17736/06. D.R. I Série. 168 (31-08-06) 17179

- Despacho n.º 13377/11. D.R. I Série. 192 (06-10-2011)

-DGS (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência, Lisboa, Direcção de Serviços de Planeamento. [Internet] Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf> [acedido em 18 de Fevereiro de 2012]

-DGS (2002). Unidades Básicas de Urgência [Internet] Disponível em <http://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/rede-referenciacao-hospitalar.pdf> [acedido em 18 de Fevereiro de 2012]

-DGS (2011). Organização do material de emergência nos serviços de saúde. Orientação Técnica. Publicada em 28/03/2011 [Internet] disponível em <http://www.dgs.pt/> [acedido em 18 de Fevereiro de 2012]

-DGS (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa: Direcção de Serviços de Planeamento. [Internet] Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIAÇÃO%20DE%20URGÊNCIA%20EMERGÊNCIA.pdf> [acedido em 18 de Maio de 2012]

-DGS (2002). Unidades Básicas de Urgência (UBU) . Lisboa: Direcção de Serviços de Planeamento. [Internet] Disponível em: <http://servicosociaisau.de.files.wordpress.com/2007/11/rede-referenciacao-hospitalar.pdf> [acedido em 18 de Maio de 2012]

-DGS (2007). Centros de saúde e Hospitais – Recursos e Produção do SNS 2006 [Internet] Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Cuid_Primaryos/Centros_Saude_2006.pdf

-CPR (2010). Recomendações 2010 para a Reanimação do *European Resuscitain Council* da responsabilidade do Conselho Português de Ressuscitação. Porto, CPR

-INE (2010). Inquérito aos Centros de Saúde – Documento Metodológico [Internet] Disponível em http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=551&cnc_ini=26-11-2002 [acedido em 26 de Fevereiro de 2012]

-INE (2011). Censos 2011- Resultados Provisórios [Internet] Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122103956&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554 [acedido em 10 de Agosto de 2012]

-INEM (2011). Manual de Suporte de Vida- Segunda Edição 2011. Lisboa INEM

-INEM (2012).INEM-Site oficial. [Internet] Disponível <http://www.inem.pt/> [acedido em 2 de Setembro de 2012]

-Lei nº 47/1990. DR I Série. 195 (24-8-90) 3453 p. 3445

-Ministério da Saúde (2010) Progresso da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Relatório 1 [Internet] Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/relatorio_de_progressoversao03dez.pdf [acedido em 26 de Fevereiro de 2012]

-Ministério da Saúde (2011) Reforma dos cuidados de Saúde Primários – Relatório de Progresso 2 [Internet] Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/article_7111/relatorio_de_progresso_2_versao2011.05.04.pdf [acedido em 26 de Fevereiro de 2012]

-MCSP (2006) Linhas de Acção Prioritária para o -Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Grupo Técnico para os Cuidados de Saúde Primários, [Internet] Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/C684F798-4B8D-4DA4-B110-4DE427CE162A/2822/linhas_acção.pdf [acedido em 10 de Maio de 2012]

- MCSP (2008) Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) Linhas de Acção para a sua implementação e Desenvolvimento – Documento de Trabalho. Ministério da Saúde,[Internet] Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_125/3_ACES_Como_implementar.pdf [acedido em 18 de Setembro de 2012]

-Nolan J. P., *et al* (2006)– Advanced Life Suport. European Ressuscitacion Council. 5ª ed. Antwerp, Lindestraat

-OPSS (2007) Relatório da Primavera – Luzes e Sombras – A governação da saúde. Centro de Estudos e Investigação da Universidade de Coimbra: Coimbra.

-OPSS (2008) Relatório da Primavera - Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas. Centro de Estudos e Investigação da Universidade de Coimbra: Coimbra.

-OMS (2008) *Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de Saúde Primários – Agora mais que nunca*. Alto Comissário da saúde: Lisboa. [Internet] Disponível em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf [acedido em 18 de Fevereiro de 2012]

-Oliveira, A. (2008). Requalificação da rede de urgência/emergência: mudança certa ou errada. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 15 (4) outubro/dezembro 2008, pp. 237-244 [Internet] Disponível em http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_237_244.pdf [acedido em 18 de Fevereiro de 2012]

-Ordem dos Médicos (2001). Serviço de urgência e Serviço de Atendimento Permanente Definição e requisitos Mínimos. *Revista da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos*, 7 abril/Junho, pp.36-38. [Internet] Disponível em <http://www.nortemedico.pt/publicacoes/?imr=1&fmo=pa&edicao=221&publicacao=41> [acedido em 12 de Dezembro de 2011]

-Ordem dos Médicos (2008). Transporte de doentes críticos – Recomendações 2008. Centro Editor Livreiro da Ordem dos médicos: Lisboa

-Portal da Saúde (2012) Prestadores [Internet] Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/?http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/=undefined&tab=2&drop1-value=12&drop1-selec=5&drop2-value=2&drop2-selec=2&element=drop2> [acedido em 10 de Agosto de 2012]

-Portugal Gentes e Locais. (2012) Mapa Administrativo do Distrito de Aveiro [Internet] Disponível em <http://portugal-verdegaio.blogspot.pt/2008/09/distrito-de-aveiro.html> [acedido em 12 de Setembro de 2012]

-Pisco L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência e Saúde Colectiva*, 16(6) P.2841-2852. [Internet] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/22.pdf> [acedido em 12 de Dezembro de 2011]

-SaKellarides, C. (2006) *De Alma a Harry – Crónica da Democratização da Saúde*. Almedina: Coimbra

-Simões, J. (2009) *Retrato Político da Saúde – Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. 2ª ed. Almedina: Coimbra.

-Programa do XVII Governo Constitucional . [Internet] Disponível em: <http://www.unic.pt/images/stories/publicacoes/ProgramaGovernoXVII.pdf> [acedido a 3 de Maio de 2012]

- Portaria nº 1368/2007. D.R.I Série 201 (18-10-207) 7655

-Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005.D.R. I Série 196 (12-10-2005) 5981

ANEXOS

ANEXO I – Questionário aplicado aos locais de consulta aguda

Universidade de Coimbra
Faculdade de Economia

Mestrado de Gestão e Economia da Saúde

Chamo-me Maria da Piedade Dias Fernandes Pinto, sou aluna do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Coimbra da Universidade de Coimbra, encontro-me a desenvolver a Tese de Mestrado, sob orientação do Prof. Doutor Pedro Ferreira. Optei por efectuar investigação na área dos cuidados de saúde primários e na região centro. A temática da investigação diz respeito à **“Caracterização dos locais de consulta aguda nos ACES do Baixo Vouga”** . Nesse sentido peço a vossa Exa. que responda a este questionário, sua colaboração é muito importante, pois só assim será possível a realização deste estudo, pelo que desde já agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Todos os dados são absolutamente confidenciais e apenas para utilização estatística. Garanto-lhe o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

Este questionário está relacionado com as características do serviço no que diz respeito aos recursos humanos e materiais/técnicos.

Desde já me disponibilizo se revelar interesse, para a divulgação dos resultados deste estudo.

O meu muito obrigada pela sua colaboração

Maria da Piedade Dias Fernandes Pinto
(bapipinto@gmail.com)

Nota Inicial: Este questionário foi construído com o objetivo de conhecer algumas características no que diz respeito aos recursos humanos e materiais.

1 -ACES: _____

2- Nome do Serviço: _____

Aspectos relacionados com o horário de funcionamento e número de profissionais

3 - Horário da consulta aguda: _____

4 - Numero de profissionais por turno:

Médicos: _____

Enfermeiros: _____

5 -Recursos Materiais e Equipamentos

O serviço possui:

. Carro de Emergência com drogas e material de uso clínico - sim não

. Ventilador - sim não

Ventilador portátil- sim não

. Monitor com Desfibrilhador - sim não

. Monitor com Desfibrilhador automático externo - sim não

. Monitor cardíaco - sim não

. Oximetria de pulso - sim não

. Electrocardiógrafo - sim não

. Ambu/insuflador manual - sim não

- . Máscaras faciais - - sim não
- . Tubos Nasofaríngeos - - sim não
- . Tubos de Mayo (Guedel) - sim não
- . Laringóscopio e laminas - sim não
- . Tubos endotraqueais -sim não
- . Máscaras laríngeas - sim não
- . Garrafas de oxigénio - sim não
- . Rampas de oxigénio- sim não
- . Aspirador de secreções portátil - sim não
- . Rampas de vácuo - - sim não
- . Material para soroterapia (soros, sistemas soro, cateteres ev) - sim não
- . Drogas usadas em contexto de reanimação cardiorrespiratória.
 - Adrenalina - sim não
 - Atropina- sim não
 - Amiodarona- sim não
 - Digoxina- sim não
 - Bicarbonato de sódio- sim não
 - Dopamina- sim não
 - Flumazenil- sim não

6 - Outros serviços prestados

Laboratório de Análises Clínicas - sim não

Se não possui laboratório, tem convenção com laboratório que permite dar resposta .dentro do horário de atendimento - sim não

Serviço de radiologia - sim não

.Se não serviço de radiologia, tem convenção com serviço externo que permite dar resposta .dentro do horário de atendimento - sim não

7 - Organização dos cuidados

.Existe manual de integração para enfermeiros - sim não

.Existe manual de integração para médicos - sim não

.Estão definidas normas técnicas para assistência no caso de doente em paragem cardiorrespiratória - sim não

.Se tem carro de emergência tem normas de utilização e manutenção instituídas - sim não

.Se tem Desfibrilhador existem normas de utilização e manutenção instituídas - sim não

. É aplicado avaliação de risco para o acompanhamento de doentes quando são transferidos para unidade mais diferenciada sim não

. Está contemplado no plano de formação do serviço a formação em SBV- sim não

.Está contemplado no plano de formação do serviço a formação em SAV - sim não

.Está contemplado no plano de formação do serviço a formação em SIV - sim não

Com que frequência é accionada a Viatura médica de emergência (VMER), dando resposta a situações emergentes no serviço

Mais de uma vez por semana

Uma vez por semana

De quinze em quinze dias

Uma vez por mês

Duas a três vezes por ano

Uma vez por ano

Nunca

ANEXO II – Questionário aplicado aos médicos e enfermeiros que prestam cuidados na
Consulta aguda

Universidade de Coimbra
Faculdade de Economia

Mestrado de Gestão e Economia da Saúde

Chamo-me Maria da Piedade Dias Fernandes Pinto, sou aluna do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Coimbra da Universidade de Coimbra, encontro-me a desenvolver a Tese de Mestrado, sob orientação do Prof. Doutor Pedro Ferreira. Optei por efectuar investigação na área dos cuidados de saúde primários e na região centro. A temática da investigação diz respeito à **“Caracterização dos locais de consulta aguda nos ACES do Baixo Vouga”** . Nesse sentido peço a vossa Exa. que responda a este questionário, a sua colaboração é muito importante, pois só assim será possível a realização deste estudo, pelo que desde já agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Todos os dados são absolutamente confidenciais e apenas para utilização estatística. Garanto-lhe o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

Desde já me disponibilizo se revelar interesse, para a divulgação dos resultados deste estudo.

O meu muito obrigada pela sua colaboração

Maria da Piedade Dias Fernandes Pinto
(bapipinto@gmail.com)

1 - Instituição onde exerce

funções _____

2 - Denominação da Consulta aguda/não

programada: _____

3- Alguns dados Demográficos

- Profissão : Médico Enfermeiro
- Género – Masculino - Feminino - Idade ____anos
- Categoria Profissional
- Tempo de exercício na Profissão : _____anos e _____ meses
- Tempo de exercício nos cuidados de saúde Primários: : _____anos e _____ meses
- Tempo de exercício no actual serviço : _____anos e _____ meses
- Contrato Profissional:
 - Prestador de serviços
 - Pertence ao mapa de pessoal do Agrupamento
 - Contrato Individual de trabalho sem termo
 - Contrato Individual de trabalho a termo certo:
 - Mais de seis meses Menos de seis meses

4- Se é Enfermeiro preencha os seguintes itens:

Habilitações Académicas

Curso Geral de Enfermagem ou equivalente -

Bacharel em enfermagem -

Licenciatura em enfermagem -

Curso de Especialização em Enfermagem _____

5 – Se é médico preencha os seguintes itens

Especialista em : _____

Interno da Especialidade: _____

Outro: _____

6 - Formação relacionada com situações médicas urgentes/emergentes

Suporte Básico de Vida – sim há ____ anos

não

Suporte Imediato de Vida – Sim há ____ anos

não

Suporte Avançado de vida – Sim há ____ anos

não

Curso de VMER - Sim há ____ anos

não

Curso de trauma - Sim há ____ anos

não

Pós-graduação em emergência - Sim há ____ anos

não

Outro _____ há _____ anos

7 - Assinale aproximadamente o período em que ocorrem emergências relacionadas com situações de paragem/peri – paragem no serviço onde exerce funções.

Mais de uma vez por semana

Uma vez por semana

De quinze em quinze dias

Uma vez por mês

Duas a três vezes por ano

Uma vez por ano

Nunca

8 - Assinale aproximadamente o número de vezes que acompanhou um doente numa transferência para um serviço mais diferenciado

- Mais de uma vez por semana
- Uma vez por semana
- De quinze em quinze dias
- Uma vez por mês
- Duas a três vezes por ano
- Uma vez por ano
- Nunca

8 . a) Se acompanhou doentes numa transferência, refira à quanto tempo efectuou este acompanhamento

- Há seis meses
- Há um ano
- Há dois anos

ANEXO III – Pedido de autorização entregue na Administração Regional de Saúde do Centro

Ex. ^{mo} Senhor Presidente do Conselho Directivo

da Administração Regional de Saúde do Centro Dr. José Manuel Azenha Tereso

Maria da Piedade Dias Fernandes Pinto, aluna do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Coimbra da Universidade de Coimbra, a desenvolver a Tese de Mestrado, sob orientação do Prof. Doutor Pedro Ferreira. Propôs-se efectuar investigação na área dos cuidados de saúde primários e na Região Centro. A temática da investigação diz respeito à **“Caracterização dos locais de consulta aguda nos ACES do Baixo Vouga”**.

Assim, solicito a vossa Exa., que sejam fornecidos os dados da vossa base referentes aos ACES do Baixo Vouga, respeitantes ao ano de 2011, relacionados com:

- Idade , Género e número da População que acede à consulta aguda;
- Causa do atendimento;
- Horário de utilização da consulta aguda aguda;
- Destino dos doentes após a consulta.

Solicito também que vossa Exa. autorize a aplicação de dois questionários nos ACES de Baixo Vouga (em anexo):

- Aos responsáveis dos serviços de consulta aguda no sentido de conhecer os recursos técnicos e humanos dos serviços que efectuam consulta aguda aguda, (em anexo);
- Aos profissionais (médicos e enfermeiros) que exercem funções nestes serviços, (em anexo).

Os dados colhidos serão tratados informaticamente através de uma abordagem quantitativa, com o objetivo de caracterizar a utilização e características dos locais de consulta aguda dos ACES do Baixo Vouga. Os resultados serão analisados na globalidade pelo que será assegurada a confidencialidade das respostas. Mais se acrescenta que os dados fornecidos/recolhidos serão utilizados apenas neste trabalho. No final desta investigação e após discussão publica será fornecido um exemplar deste estudo à direcção da ARS Centro.

Pede deferimento Atenciosamente

Piedade Pinto