

ALTA CONTRA PARECER MÉDICO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Discharge against medical advice from emergency department

PAULA BERNARDETE | MSc, Enfermeira especialista no Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal.

MADALENA CUNHA | PhD, Professora coordenadora na Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal. <https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

ANA RITA VICENTE | BSc, Estudante Curso de Enfermagem & INVEST na Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal.

MAURO MOTA | PhD, Professor adjunto convidado na Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal. <https://orcid.org/0000-0001-8188-6533> [maurolopesmota@gmail.com]

Introdução: A prevalência de abandono do serviço de urgência constitui um indicador clínico de gestão da qualidade, pelo que o seu estudo se assume como pertinente. O objetivo da presente investigação foi avaliar o perfil dos clientes que abandonam o serviço de urgência.

Métodos: Estudo de análise quantitativa e de coorte retrospectivo. Foram incluídos todos os clientes que que abandonaram o serviço de urgência de um hospital central no centro de Portugal em 2018. Os dados foram recolhidos com base na informação administrativa, com registo numa grelha clínica ad hoc para recolha de dados.

Resultados: No ano de 2018 acorreram ao serviço de urgência objeto do presente estudo, 85596 clientes, tendo-se verificado uma taxa de abandono de 3,04% (n=2599). Do total da amostra, observou-se que 1315 clientes (50,6%) são do género masculino e 1284 (49,4%) são do género feminino. A idade média dos clientes é 48,21 anos e 46,4% encontra-se na faixa etária dos 36-65 anos. Os meses em que houve mais registos de abandono do serviço de urgência foram agosto (n=11,6%) e fevereiro (n=10,4%), e foi durante o período da manhã que se registaram mais episódios de abandono (51,3%). Os clientes com a prioridade clínica classificada de urgente foram os que apresentam uma maior prevalência de abandono (39,6%). A prioridade clínica de pouco urgente apresenta 37,9% de abandonos. A maioria dos clientes que abandonou o serviço de urgência após ser avaliado pela triagem médica (78,7%).

Conclusão: O perfil do cliente que abandona o Serviço de urgência é predominantemente do sexo feminino, na faixa etária dos 35-65 anos (com uma média de idades de 48,21 anos), na sua maioria já com prioridade clínica definida e classificada como urgente (amarela). A resolução desta problemática deve ser assumida como uma prioridade pelas entidades reguladoras, para otimizar a qualidade dos cuidados e diminuir o impacto direto e indireto nos clientes que abandonam os serviços.

Palavras-chave: : Alta do Paciente; Serviço Hospitalar de Emergência; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

Introduction: The prevalence of discharge against medical advice from the emergency department is a clinical indicator of quality management and its study is therefore relevant. The aim of this research was to assess the profile of clients leaving the emergency department.

Methods: Quantitative Analysis and retrospective cohort study. All clients who left the emergency department of a central hospital in central Portugal in 2018 were included. The data was collected on the basis of administrative information, with registration on a specific clinical data collection table.

Results: In 2018, 85596 patients came to the emergency service, with a abandonment rate of 3.04% (n=2599). Of the total sample, 1315 patients (50.6%) were male and 1284 (49.4%) female. The average age of customers is 48.21 years old and 46.4% are in the 36-65 age group. The months in which there were the most abandonment records were August (n=11.6%) and February (n=10.4%), and it was during the morning that there were the most abandonment episodes (51.3%). The patients with the clinical priority classified as urgent were those with the highest prevalence of abandonment (39.6%). The clinical priority of non-urgent patients shows 37.9% of abandonments. The majority of patients who left the emergency service after being evaluated by medical screening (78.7%).

Conclusion: The profile of the patients leaving the emergency service is predominantly female, aged 35-65 (with an average age of 48.21), most of whom already have a defined clinical priority and are classified as urgent (yellow). The resolution of this problem should be assumed as a priority by the regulatory authorities, in order to optimize the quality of care and reduce the direct and indirect impact on patients who leave the services.

Keywords: Patient Discharge; Emergency Service, Hospital; Quality Indicators, Health Care

INTRODUÇÃO

Urgência pode ser definida como qualquer situação clínica que se instale de forma súbita e implique risco de compromisso das funções vitais (Despacho Normativo nº18459/2006, 2006). Os serviços de urgência têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde a todas as situações que se enquadram na definição acima descrita (Despacho Normativo nº 11/2002, 2002).

Em Portugal determinou-se que a rede de serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde integra três níveis de resposta que se diferenciam pela capacidade técnica (Despacho Normativo nº18 459/2006, 2006): Serviço de Urgência Básica (SUB), o primeiro nível de acolhimento do cliente e será para a abordagem e solução de situações mais simples e comuns de saúde; Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), segundo nível de situações de urgência, dispondo de várias valências médicas obrigatórias e com apoio de especialidades; Serviço de Urgência Polivalente (SUP), o serviço mais diferenciado de urgência e emergência, agrega as valências e recursos das SUB E SUMC tendo disponível mais valências específicas.

Segundo os dados de 2018, disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), 82,4% dos atendimentos nos serviços de urgência foram motivados por doença e 10,4% por lesões provocadas por acidentes, perfazendo um total de 7,8 milhões de atendimentos nos serviços de urgência hospitalares, 74,3% em hospitais públicos (Instituto Nacional de Estatística, 2018). Assim, no sentido de otimizar o atendimento e minimizar os danos causados pela sobrelotação, através da identificação dos doentes que necessitam de cuidados imediatos surgiu a necessidade de se introduzirem mecanismos de triagem nos serviços de urgência, nomeadamente, o Sistema de Triagem de Manchester (Azeredo et al., 2015). O Sistema de Triagem de Manchester foi criado em 1994 em Manchester, Reino Unido, sendo utilizado como um protocolo válido, seguro e confiável em unidades de emergência (Franco, et al., 2018). Este método permite ao profissional de saúde definir uma prioridade clínica de um cliente com base na queixa que este apresenta, ou seja, com base no principal sinal ou sintoma que o profissional de saúde ou o cliente identifica e que o levou ao serviço de urgência (Grupo Português de Triagem, 2009).

Para a definição da prioridade clínica de cada cliente existe uma lista de 50 fluxogramas baseados nas queixas de apresentação mais comuns e que abrangem quase todas as situações apresentadas nos serviços de urgência. Assim, o profissional de saúde seleciona o fluxograma que seja o mais

específico possível em relação à situação, e percorre a lista de discriminadores até encontrar um que seja positivo ou não se consiga negar. A escolha dos discriminadores permitem ao profissional de saúde incluir cada cliente numa das 5 prioridades clínicas seguintes, cada uma com uma cor correspondente (Grupo Português de Triagem, 2009): Emergente, definido com a cor vermelho, correspondente a 0 minutos de espera; Muito urgente, definido com a cor laranja, com um tempo de espera até 10 minutos; Urgente, apresentado como amarelo, sendo os 10 minutos, o tempo limite de espera; Pouco urgente, verde e até 120 minutos de espera; Não urgente, definido com a cor azul e com recomendação para 240 de tempo limite de espera. A correta operacionalização desta metodologia de triagem contribui para evitar a sobrelotação dos serviços de urgência, que muitas vezes têm outros problemas organizacionais, tais como a assistência aos clientes com base na ordem de chegada, por oposição à gravidade da sua condição médica (Azeredo et al., 2015). Por outro lado, a prevalência de abandono do serviço de urgência constitui um indicador clínico de gestão da qualidade, pelo que o seu estudo se assume como pertinente (Male et al., 2018).

No âmbito da investigação foram definidos como objetivos avaliar o perfil dos clientes que abandonam o serviço de urgência e verificar a associação entre as diferentes variáveis e as altas contra parecer médico no Serviço de Urgência

METODOLOGIA

Estudo de análise quantitativa, descrito e de coorte retrospectivo. A amostra foi constituída por 2599 clientes que abandonaram o Serviço de Urgência de um hospital central da zona centro de Portugal em 2018. Os dados foram recolhidos com base na informação administrativa, com registo numa grelha clínica ad hoc para recolha de dados.

Para compreender o perfil dos clientes que abandonam o serviço de urgência foram definidos três tipos de variáveis independentes: variáveis sociodemográficas; variáveis de contexto; e variáveis clínicas. Foram consideradas como variáveis sociodemográficas, a idade, o género, o sistema de saúde e o distrito. Por outro lado, como variáveis de contexto, foram tidas em conta o mês, período do dia da admissão, origem do episódio de admissão no Serviço de Urgência, tempo decorrido desde a admissão até à triagem, tempo decorrido entre a triagem e a 1ª observação médica, tempo decorrido entre a triagem e o abandono e tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono. Por último, as variáveis clínicas incluídas foram a prioridade e a especificidade da primeira avaliação.

Para a realização da estatística inferencial recorreu-se a testes paramétricos e não paramétricos. A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as suas condições de aplicação não se verificaram, nomeadamente os testes de normalidade (Marôco, 2018). Recorremos ainda a estes testes quando os grupos em estudo não são homogéneos, ou dito de outra forma, quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor for superior a 1.5 (Pestana & Gagueiro, 2014). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Assim, o Teste t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW) foi utilizado para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais; a Análise de variância a um fator (ANOVA) para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa). Quando

não foi possível aplicar o teste ANOVA, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. O tratamento de dados, foi realizado com recurso ao software SPSS®, v. 23 (IBM, Armonk NY, USA). Os dados foram explorados através de estatística descritiva (medidas de tendência central) e inferencial.

A presente investigação teve parecer favorável pelo Conselho de Administração do respetivo Centro Hospitalar e foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde correspondente. Este estudo respeitou e preservou a confidencialidade de todos os dados e informações recolhidos. Todas as informações relativas aos indivíduos incluídos na investigação foram codificadas, tornado impossível a identificação dos mesmos. A isenção da obrigação para obter o consentimento dos doentes foi concedido.

RESULTADOS

No ano de 2018, ano de estudo, acorreram ao serviço de urgência 85596 clientes, tendo-se verificado uma taxa de abandono de 3,04% (n=2599). Do total da amostra, observou-se que 1315 clientes (50,6%) são do género masculino e 1284 (49,4%) são do género feminino. A média de idade dos clientes é 48,21 anos e 46,4% encontra-se na faixa etária dos 36-65 anos. Importa frisar que 91,2% dos clientes pertencem ao distrito afeto ao serviço de urgência e 80,2% são afetos ao Sistema Nacional de Saúde. Os meses em que houve mais registos de abandono do serviço de urgência foram agosto (n=11,6%) e fevereiro (n=10,4%), e foi durante o período da manhã que se registaram mais episódios de abandono (51,3%). Do total dos clientes que abandonaram o serviço de urgência, 72,9% vinham do exterior. Os clientes com a prioridade clínica classificada de urgente foram os que apresentam uma maior prevalência de abandono (39,6%), correspondendo a 41,0% dos homens e 38,1% nas mulheres. A prioridade clínica de pouco urgente apresenta 37,9% de abandonos. A maioria dos clientes que abandonou o serviço de urgência após ser avaliado pela triagem médica (78,7%). Na tabela 1 verificamos que o tempo mínimo de admissão na triagem foi de zero minutos e o máximo de 9:28 minutos. Verificamos também que em média as mulheres têm um tempo de admissão na triagem maior (M=0:16±30minutos) do que os homens (M=0:13±23minutos).

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	1315	0:00	9:28	0:13	0:23	176,92%	2128,71	23,56
Feminino	1284	0:00	9:16	0:16	0:30	187,5	191,76	1622,41
Total	2599	0:00	9:28	0:15	0:26	173,33	288,48	2758,25

Tabela 1 - Tempos de admissão na triagem

Os dados recolhidos relativos ao tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação indicam que em média as mulheres têm um tempo de espera superior (M=3:25±2,16) ao dos homens (M=2:59±2:21). Verifica-se também que o tempo mínimo decorrido foi de zero minutos e o tempo máximo de 17:55 minutos, com uma média de 3:11±2:19 (Tabela 2).

Género	n	Min	Max	M	DP	CV(%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	1315	0:00	17:55	2:59	2:21	85,32	19,03	16,91
Feminino	1284	0:00	13:16	3:25	2:16	66,46	6,89	11,74
Total	2599	0:00	17:55	3:11	2:19	70,41	18,04	19,86

Tabela 2 - Tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação

O tempo mínimo decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência é de zero minutos e o tempo máximo é de 59:04 minutos, enquanto que a média se situa nos 5:55 ($\pm 4:38$). Os homens apresentam um tempo médio entre a triagem e o abandono do serviço de urgência superior ($M=5:59\pm 4:54$) do que as mulheres ($M=5:52\pm 4:20$) (Tabela 3).

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	1315	0:06	59:04	5:59	4:54	81,21	223,83	0,03
Feminino	1284	0:00	47:01	5:52	4:20	76,08	170,72	0,03
Total	2599	0:00	59:04	5:55	4:38	78,91	291,13	0,02

Tabela 3 – Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência

As mulheres permaneceram mais tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência ($OM=1221,80$), já os homens apresentam um tempo entre a primeira observação médica e o abandono superior ($OM=1300,11$). Existe diferença estatisticamente significativa no tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência ($p=0,001$) (Tabela 4).

Género	Masculino	Feminino	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência	1218,33	1221,8	0,903
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	1300,11	1202,68	0,001

Tabela 4 – Relação entre o tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência, tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência e o género (Teste de U de Mann-Whitney)

Os clientes com idade superior a 80 anos permanecem mais tempo desde a triagem até ao abandono do Serviço de Urgência ($OM=1439,30$). É na faixa etária dos 36-65 anos que se encontra o maior tempo entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência ($OM=1272,57$), com diferenças estatisticamente significativas no tempo entre a triagem e o abandono do serviço de Urgência ($p=0,000$) (Tabela 5).

Idade	18-35 anos	36-65 anos	68-80 anos	> 80 anos	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência	1104,25	1228,62	1325,02	1439,30	0,000
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	1220,76	1272,57	1249,40	1260,98	0,490

Tabela 5 - Relação entre o tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência, tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência e a idade (Teste de Kruskal-Wallis)

Os clientes provenientes da ARS/Centro de Saúde são os que aguardam mais tempo após a primeira observação e o abandono do serviço de urgência (OM=1602,23). Os clientes provenientes da Saúde 24, têm um menor tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência (OM=935,20), e também um menor tempo entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência (OM=1073,88), com diferenças estatisticamente significativas nas duas situações ($p=0,000$) (Tabela 6).

Origem do episódio de admissão no Serviço de urgência	ARS/ Centro de Saú- de	Exterior	INEM	Saúde 24	Outra	p
	Ordena- ção Mé- dia	Ordena- ção Mé- dia	Ordena- ção Mé- dia	Ordena- ção Mé- dia	Ordena- ção Mé- dia	
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência	1486,60	1193,85	1263,54	935,20	1604,96	0,000
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	1602,23	1177,06	1465,55	1073,88	1396,48	0,000

Tabela 6 - Relação entre o tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência, tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência e o sistema de saúde e a origem do episódio de admissão no Serviço de Urgência (Teste de Kruskal-Wallis)

Durante o período da manhã verifica-se um aumento do tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência (OM=1330,51) em relação ao turno da noite que apresentam menor tempo (OM=1092,73), com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$). Já no tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência, verifica-se um tempo maior no turno da noite (OM=1406,68) e um tempo menor no período da tarde (OM=1203,73), com relevância estatística ($p=0,000$) (Tabela 7).

Período do dia da admissão no Serviço de Urgência	Noite	Manhã	Tarde	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência	1092,73	1330,51	1110,60	0,000
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	1406,68	1251,38	1203,73	0,000

Tabela 7 - Relação entre o tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência, tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência e o período do dia da admissão no Serviço de Urgência (Teste de Kruskal-Wallis)

Os clientes que permanecem mais tempo quer após a triagem (OM=1570,00), quer após a primeira observação médica (OM=2252,00), são os que têm uma prioridade clínica classificada como emergente. Os clientes com a prioridade clínica não urgente ou com atividade “programada” esperam menos tempo entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência (OM=911,12), com diferenças estatisticamente significativas para os dois tempos em análise ($p=0,000$, respetivamente) (Tabela 8).

Prioridade Clínica	Atividade "programada" ou não urgente (branca)	Não Urgente (azul)	Pouco urgente (verde)	Urgente (amarela)	Muito urgente (laranja)	Emergente (vermelho)	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de Urgência	660,22	1581,43	1211,29	1151,13	1229,05	1570,00	0,000
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de Urgência	911,02	1027,57	1142,15	1404,56	1807,78	2252,00	0,000

Tabela 8 - Relação entre o tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência, o abandono do serviço de urgência e a prioridade clínica (Teste de Kruskal-Wallis)

Os clientes cuja primeira avaliação médica é feita pela ginecologia têm mais tempo entre a triagem e o abandono do serviço de urgência (OM=2136,00), e menor tempo entre a primeira avaliação médica e o abandono (OM=1507,58). A especialidade de Medicina Geral e Familiar aquando da primeira avaliação tem os menores tempos até ao abandono (OM=933,32; OM=953,65), com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$) (Tabela 9).

Especialidade de primeira observação	Ginecologia	MGF	Obstetrícia	Triagem Médica	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência	2136,00	933,31	2044,00	1289,97	0,000
Tempo decorrido entre a primeira avaliação médica e o abandono do serviço de urgência	1507,58	953,65	14400,43	1319,96	0,000

Tabela 9 - Relação entre o tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência, tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência e a especialidade de primeira avaliação (Teste de Kruskal-Wallis)

Os resultados da presente investigação mostram que a maioria (68,8%) dos clientes teve um tempo de admissão inferior a 15 minutos, sendo 71,7% homens e 65,6% mulheres. Já em relação ao tempo decorrido entre a triagem e a primeira observação médica, em mais de metade da amostra (80,0%) regista-se um tempo superior aos 60 minutos (homens 75,2% vs. mulheres 85,2%). Consta-se que em 97,3% dos clientes decorreu mais de 60 minutos entre a triagem e o abandono do serviço de urgência (homens 97,2% vs. mulheres 97,4%). Observa-se ainda que em 57,8% dos clientes decorreram mais de 60 minutos entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência (homens 59,7% vs. mulheres 55,8%), sendo de referir que 22,2% dos clientes esperam menos de 15 minutos entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência (Tabela 10).

Tempos	Masculino (n=1315)		Feminino (n=1284)		Total (n=2599)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tempo de admissão na triagem						
<15 min.	907	71,7	770	65,6	1677	68,8
16-30 min.	235	18,6	257	21,9	492	20,2
31-60 min.	105	8,3	124	10,6	229	9,4
>60 min.	18	1,4	23	2,0	41	1,7
Tempo decorrido entre a triagem e a primeira observação médica						
<15 min.	113	8,9	53	4,5	166	6,8
16-30 min.	79	6,2	55	4,7	134	5,5
31-60 min.	122	9,7	66	5,6	188	7,7
>60 min.	950	75,2	1000	85,2	1950	80,0
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência						
<15 min.	7	0,6	8	0,7	15	0,6
16-30 min.	10	0,8	10	0,9	20	0,8
31-60 min.	18	1,4	13	1,1	31	1,3
>60 min.	1230	97,2	1143	97,4	2373	97,3
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência						
<15 min.	258	20,4	297	24,0	555	22,2
16-30 min.	101	8,0	101	8,2	202	8,1
31-60 min.	151	11,9	148	12,0	299	11,9
>60 min.	757	59,7	690	55,8	1447	57,8

Tabela 10 - Distribuição dos clientes segundo os tempos observados em função do género

DISCUSSÃO

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), a alta clínica consiste no fim da permanência de um cliente no estabelecimento, podendo esta decorrer da decisão do cliente e contra a decisão do profissional de saúde responsável (Direção Geral da Saúde, 2017). Em Portugal, no ano de 2019, na ARS Centro, foram registados 1 124 496 episódios de urgência e destes houve 19 mil (1,7%) episódios de alta por abandono. Este percentual representa

aproximadamente metade daqueles que foram observados na presente investigação, cuja taxa de abandono se situa nos 3,04%. Assim, na globalidade da nossa amostra, 2599 clientes que abandonaram o Serviço de Urgência de um Hospital central da zona centro de Portugal no ano de 2018, a média de idades foi de 48,21 anos, sendo 50,60% mulheres. Do total de episódios de urgência verificados no ano de 2019 em todo o território português, 337860 (30,0%) foram triados como episódios não urgentes (cor azul). A triagem é uma breve avaliação que deve ocorrer idealmente em 15 minutos após a chegada do doente ao SU (Jarvis, 2016). A DGS reporta também que o tempo médio decorrido entre a admissão e a realização da triagem de Manchester é de 7 minutos, contudo, na presente investigação verificou-se que, em média, cada cliente esperou cerca de 36 minutos até à primeira observação médica. Isto permite-nos verificar que o tempo médio de espera até à triagem no centro hospitalar referente ao estudo é maior do que o valor nacional de referência, mas não superior ao referidos por Jarvis (2016).

Importa frisar que a maioria dos clientes que abandona o serviço de urgência são aqueles triados como sendo urgentes, assumindo uma dimensão amostral de 78,7%. Estes valores são preocupantes na medida em que o não atendimento pode implicar o atraso no início do tratamento e/ou diagnóstico de patologias, que podem carecer de intervenção ou monitorização imediata. A ausência de informação sobre estes clientes quanto ao seu destino após o abandono não nos permite inferir sobre o impacto que esta decisão pode ter tido na sua saúde. De notar que o tempo médio da 1ª observação médica após a triagem foi de 3 minutos e 11 segundos, sendo que, o tempo médio que levou ao abandono após a triagem foi de 5 minutos e 55 segundos. A prioridade urgente, classificada com a cor amarela contempla um tempo máximo de espera de 60 minutos, podendo, contudo, o cliente ter necessidade de ser re-triado. Acreditamos que, na impossibilidade de existir uma primeira observação médica, a implementação de pequenas medidas e/ou abordagens por parte dos enfermeiros, poderá reduzir a taxa de abandono observada, monitorizar o agravamento ou não da sintomatologia apresentada e com isso reduzir as taxas observadas, superiores ao observado em 2019 a nível nacional. Ainda assim, foi possível observar também que o tempo médio decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência, para o total da amostra, revelou uma média de 5 minutos e 55 segundos.

Na Administração Regional de Saúde do Centro, os meses em que se registaram mais atendimentos nos serviços de urgência reportam para os meses de janeiro e maio de 2019, com cerca de 102 mil episódios, tendo-se registado o maior aumento da variação mensal de atendimentos em valor absoluto no mês de maio (Direção Geral da Saúde, s.d.). Apesar do maior número de atendimentos se verificar nos meses de janeiro e maio, no centro hospitalar em questão, isso não se verifica para o número de abandonos, que registaram números mais altos nos meses de fevereiro e agosto. Uma das consequências do uso inapropriado do Serviço de Urgência é o seu abandono por parte dos clientes, sendo este um problema cujas causas e soluções se tornam específicas face a cada país e região. As circunstâncias socioeconómicas criam motivações específicas suscetíveis de influenciar o acesso adequado ao Serviço de Urgência (Read, Varughese, & Cameron, 2019). De salientar que os clientes que abandonaram o Serviço de Urgência em fevereiro foram aqueles que esperaram mais tempo após a triagem (OM=1436,70; p=0,000), sendo os clientes admitidos no Serviço de Urgência em novembro aqueles que esperaram menos tempo após a triagem e o abandono do Serviço de Urgência (OM=1095,19). Os clientes que esperaram mais tempo desde a primeira observação médica até abandonarem o Serviço de Urgência foram admitidos no mês de dezembro (OM=1340,00) e os admitidos em outubro permaneceram menos tempo (OM=1196,51) desde a primeira observação médica até abandonarem o Serviço de Urgência. O aumento dos tempos de espera contribuem para uma sobrelotação dos

serviços de emergência, fazendo com que os clientes sejam submetidos a um ambiente de elevado stress. (Bittencourt & Hortale, 2009). Os efeitos comuns da sobrelotação é, entre outros, o aumento do abandono do serviço de urgência antes ou após o processo de triagem (Silva, 2017).

O estudo, desenvolvimento e implementação de novas estratégias/intervenções dos enfermeiros e outros profissionais poderão assumir-se como importantes na diminuição da taxa de abandono hospitalar. Os serviços de urgência são, em grande parte, a primeira e última resposta do Serviço Nacional de Saúde, e a otimização da resposta das diferentes estruturas existentes em Portugal, poderão ter influência direta na gestão clínica dos doentes dos serviços de urgência. A diminuição da taxa de abandono destes serviços poderá estar dependente do desenvolvimento da resposta de todo o Serviço Nacional de Saúde, e não com uma gestão pontual e isolada para cada um dos seus constituintes.

LIMITAÇÕES

A presente investigação não está isenta de limitações. Uma limitação do presente estudo prende-se com o facto da amostra ser não probabilística e de conveniência, e por outro lado, estar circunscrita a uma região específica de Portugal. A escassez de bibliografia sobre o abandonam o Serviço de Urgência não permitiu uma análise mais criteriosa do tema. De salientar ainda, que a análise do perfil dos clientes que abandona o Serviço de Urgência assume-se tão importante quanto a capacidade se estudarmos o impacto que esse abandono teve no diagnóstico e tratamento dos clientes. Não foi, todavia, objetivo deste estudo investigar esta matéria, ficando como sugestão para investigações futuras o estudo destes clientes.

Sugere-se, também, que se replique este estudo numa perspetiva temporal e espacial mais alargada, o que contribuiria para o aprofundamento do tema em análise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação incluiu uma amostra de 2599 clientes que abandonaram o serviço de urgência de um Hospital Central da Zona centro de Portugal, em 2018, cujo perfil patenteia mais mulheres, com uma média de idades de 48,21 anos, predomínio dos pertencentes à faixa etária dos 36-65 anos. O distrito de pertença é maioritariamente o de Viseu, com uma grande parte afeta ao Sistema Nacional de Saúde. A origem da maioria dos clientes foi o exterior, tendo-se registado, em maior percentagem, os clientes classificados com a prioridade clínica de urgente (amarela), seguindo-se a prioridade pouco urgente (verde) e, maioritariamente, foram avaliados pela triagem médica.

A idade, o género e a origem do episódio de admissão no Serviço de Urgência são variáveis sociodemográficas com interferência estatisticamente significativa no tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência, o tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência. O mês e o dia de admissão no Serviço de Urgência revelaram-se como variáveis de contexto com relevância estatística no abandono do serviço de urgência por parte dos clientes nele admitidos. Registou-se também influência das variáveis clínicas no abandono do Serviço de Urgência, nomeadamente a prioridade clínica e a especialidade de primeira avaliação.

O conhecimento criterioso do perfil do cliente que abandona o Serviço de Urgência assume-se como o primeiro elemento basilar para a correção deste fenómeno, pelo que consideramos que futuras investigações deverão consolidar os dados apresentados e potenciar as respostas para a sua gestão.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia do Governo Português, instituição pública que se constitui como fonte de financiamento do Projeto de INVEST (código de identificação: Ref^a: fab8899e-5c94-4c33-9807-f54cdc93b053), onde este trabalho se integra.

ALTA CONTRA
PARECER
MÉDICO NO
SERVIÇO DE
URGÊNCIA

BIBLIOGRAFIA

- Azeredo, T. R. M., Guedes, H. M., Rebelo de Almeida, R. A., Chianca, T. C. M., & Martins, J. C. A. (2015). Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *International Emergency Nursing*, 23(2), 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.001>
- Bittencourt, R. J., & Hortale, V. A. (2009). Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1439–1454. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002>
- Franco, B., Busin, L., Chianca, T. C. M., Moraes, V. M., Pires, A. U. B., & Lucena, A. de F. (2018). Associações entre discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester e diagnósticos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(0). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0131>
- Grupo Português de Triagem. (2009). Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando (2^a ed.). (G. P. Triagem, Ed.) Amadora, Portugal. Obtido em Agosto de 2020.
- Grupo Português de Triagem. (2015). Sistema de Triagem de Manchester. Obtido em Agosto de 2020, de Grupo Português de Triagem: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). Estatísticas da Saúde . Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Obtido em Agosto de 2020.
- Jarvis, P. R. E. (2016). Improving emergency department patient flow. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 3(2), 63–68. <https://doi.org/10.15441/ceem.16.127>
- Male, L. R., Noble, A., Snape, D. A., Dixon, P., & Marson, T. (2018). Perceptions of emergency care using a seizure care pathway for patients presenting to emergency departments in the North West of England following a seizure: a qualitative study. *BMJ Open*, 8(9), e021246. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021246>
- Marôco, J. (2018). Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7^a edição. In *Google Books*. ReportNumber, Lda. <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=Ki5gDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Mar%C3%B4co>
- Martins, J., & Nogueira, P. (2017, December 1). *Semântica da Informação em Saúde 2017*. Comum.rcaap.pt. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/22501>
- Ministério da Saúde. (12 de Setembro de 2006). DR n.º 176/2006, Série II de 2006-09-12. Diário da República (18459/2006), pp. 18611 - 18612. Obtido em Setembro de 2020, de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/1518280/details/normal?q=despacho+18459%2F2006>.
- Ministério da Saúde. (31 de Janeiro de 2002). DR n.º 55/2002, Série I-B de 2002-03-06. Diário da República (11/2002), 1865-1866. Portugal. Obtido em Agosto de 2020, de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/252420/details/maximized>.
- Pestana, M., & Gagueiro, J. N. (2014). Análise de Ddos para Ciências Sociais (6^a edição ed.). Edições Sílabo. Obtido em Setembro de 2020.

Silva, M. (2017). Comparação de modelos de previsão da chegada de utentes ao Serviço de Urgência. *Uminho.pt*. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/1822/46536>.

ALTA CONTRA
PARECER
MÉDICO NO
SERVIÇO DE
URGÊNCIA