

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu





Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





“Quando penso no que fiz, no que aprendi, como fiz e como cheguei ao que fiz e aprendi, sendo capaz de explicar, então verdadeiramente aprendi”.

(Lima, 2011, p. 60).



## **Agradecimentos**

Em tempo de conclusão deste trabalho, que foi sobretudo um longo processo de aprendizagem com reflexos diretos no meu desenvolvimento pessoal e profissional, não posso deixar de agradecer a algumas pessoas sem as quais provavelmente o mesmo não teria sido concretizado.

Agradeço o empenho da minha orientadora, Professora Doutora Madalena Cunha, que foi fundamental para o meu percurso, com as suas orientações, partilha de conhecimentos e suporte científico, mas, acima de tudo, pela motivação que me foi fomentando. Sempre me foi sendo dito que, para o sucesso desta etapa, seria fulcral a dedicação daqueles que são peritos e, agora, com certeza absoluta, reforço esta afirmação.

Ao professor Doutor João Duarte, que contribuiu para o desenvolvimento deste estudo através da prestimosa ajuda no tratamento estatístico.

À Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCISE) da ESSV, instituição que se constitui como unidade de acolhimento do Projeto de Investigação *“Evidências para Não Arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta”* (Código de Referência/Identificação: PROJ/UniCISE /2017/0001), no qual este estudo se integra.

Aos meus pais que sempre foram o meu porto de abrigo e me fomentaram o espírito de perseverança, desenvolvendo o meu crescimento enquanto pessoa e profissional.

E, por último, agradeço afincadamente aos meus pilares de vida, as pessoas que viveram comigo todas as etapas deste processo e que estão sempre presentes para me ouvir, apoiar, motivar, cuidar e amar. Os meus filhos.

A todos, muito obrigada.



## Resumo

**Enquadramento:** As taxas de abandono do serviço de urgência constituem, na atualidade, um indicador clínico de qualidade, pelo que o seu estudo se assume como pertinente.

**Objetivo:** Avaliar o perfil dos clientes que abandonam o serviço de urgência.

**Metodologia:** Estudo de análise quantitativa e de coorte retrospectivo, com uma amostra de 2599 clientes que abandonaram o Serviço de Urgência de um Hospital central da zona centro de Portugal, em 2018. O estudo insere-se no Projeto de investigação “Evidências para Não arriscar Vidas: do pré hospitalar ao serviço de urgência e à alta”, desenvolvido em parceria entre a Escola Superior de Saúde de Viseu e o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, autorizado pelo Conselho de Administração e com parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da instituição selecionada como participante. Os dados foram recolhidos com base na informação administrativa, com registo numa grelha de recolha de dados.

**Resultados:** Tendo em conta a totalidade da população que ocorreu ao serviço de urgência geral em 2018, num total de 85596 clientes, constatou-se uma taxa de abandono do serviço de urgência de cerca de 3,04% (n=2599 em n=85596), sendo 3,20% do género masculino (n=1315 em n=41052) e 2,88% do género feminino (n=1284 em n=44544). O estudo patenteia que o perfil dos clientes que abandonaram o Serviço de Urgência tem como características ser 50,60% mulheres e 49,40% homens, possuir uma média de idades de 48,21 anos, com um predomínio dos pertencentes à faixa etária dos 36-65 anos (46,4%). O distrito de pertença é maioritariamente o de Viseu (91,2%), com 80,2% a pertencem ao Sistema Nacional de Saúde. A origem da maioria dos clientes foi o exterior (72,9%), tendo sido 39,6% classificados com a prioridade clínica de urgente (amarela) e 37,9% com prioridade pouco urgente (verde); 78,7% dos clientes 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.

**Conclusão:** Percentagem ligeiramente superior de clientes do género feminino, tendo a maioria 36-65 anos de idade, representatividade dos oriundos do exterior, pertencentes ao Distrito de Viseu, afetos ao Sistema Nacional de Saúde, com classificação de prioridade clínica de urgente e avaliados pela triagem médica.

**Palavras-chave:** Pessoa; Serviço de urgência; Abandono; Alta contra o parecer médico; Perfil.



## Abstract

**Background:** Emergency service abandonment rates are currently a clinical indicator of quality, and their study is therefore considered pertinent.

**Objective:** To evaluate the profile of customers who leave the emergency service.

**Methodology:** Quantitative and retrospective cohort study, with a sample of 2599 clients who left the Emergency Department of a central hospital in central Portugal in 2018. The study is part of the research project "Evidências Para Não Arriscar Vidas:do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta", developed in partnership between the Viseu School of Health and the Tondela-Viseu Hospital Center, authorized by the Council of Administration and with the agreement of the Ethics Committee for Health of the institution selected as a participant. The data was collected on the basis of administrative information, with registration in a data collection grid.

**Results:** Taking into account the total population that accessed the general emergency service in 2018, in a total of 85596 customers, there was a rate of abandonment of the emergency service of about 3.04% (n=2599 in n=85596) , with 3.20% being male (n=1315 in n=41052) and 2.88% female (n=1284 in n=44544).The study shows that the profile of clients who left the Emergency Service has characteristics such as 50.60% women and 49.40% men, with an average age of 48.21 years, with a predominance of those belonging to the age group. 36-65 years old (46.4%). The district is mostly owned by Viseu (91.2%), with 80.2% belonging to the National Health System. Most clients came from abroad (72.9%), with 39.6 % classified with clinical priority as urgent (yellow) and 37.9% with low priority (green); 78.7% of clients were evaluated by medical screening. Age, gender and origin of the emergency room admission episode are sociodemographic variables with statistically significant interference in the time between screening and abandonment of the emergency service, the time between the first medical observation and the abandonment of the Emergency Service. The month and day of admission to the Emergency Service were revealed as context variables with statistical relevance in the abandonment of the emergency service by the clients admitted to it. There was also influence of clinical variables in the abandonment of the Emergency Service, namely the clinical priority and the specialty of first evaluation.

**Conclusion:** Slightly higher percentage of female clients, most of them 36-65 years old, represented by those from abroad, belonging to the Viseu District, affected by the National Health System, with urgent clinical classification and evaluated by the medical screening.

**Keywords:** Person; Emergency service; Abandonment; Discharged against medical advice; Profile.



## Sumário

Introdução.....	17
1. Métodos.....	23
1.1. Participantes .....	24
1.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra .....	25
1.2. Critérios de operacionalização das variáveis.....	26
1.4. Considerações éticas e formais.....	29
1.5. Análise dos dados .....	29
2. Apresentação dos resultados.....	33
3. Discussão .....	46
Conclusão.....	50
Referências bibliográficas.....	52
Anexo I – Pedido de Parecer à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Tondela-Viseu	
Anexo II - Grelha de Recolha de Dados	



## Lista de figuras e gráficos

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas 24

Figura 2. Tempos alvos previstos de atendimento para 5 prioridades da Triagem de Manchester ..... 28

Gráfico 1. Abandono mensal em função do género ..... 42

Gráfico 2. Abandono mensal em função da idade ..... 42



## Lista de tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade em função do género .....	25
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género .....	26
Tabela 3. Operacionalização das variáveis sociodemográficas .....	26
Tabela 4. Operacionalização das variáveis de contexto.....	27
Tabela 5. Resultados das variáveis de contexto em função do género .....	34
Tabela 6. Prioridade clínica e especialidade em função do género.....	35
Tabela 7. Estatísticas relativas ao tempo de admissão na triagem em função do género	35
Tabela 8. Estatísticas relativas ao tempo entre a triagem e a primeira observação médica em função do género .....	36
Tabela 9. Estatísticas relativas ao tempo entre a triagem e o abandono do serviço de urgência em função do género .....	36
Tabela 10. Estatísticas relativas ao tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência em função do género .....	37
Tabela 11. 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).....	38
Tabela 12. 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 (Kruskal-Wallis).....	38
Tabela 13. Distribuição dos clientes segundo os tempos observados em função do género .....	39
Tabela 14. 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 (Kruskal-Wallis).....	39
Tabela 15. 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 distrito de pertença (Kruskal-Wallis) .....	40
Tabela 16. 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 origem do episódio de admissão no Serviço de Urgência (Kruskal-Wallis)	40
Tabela 17. 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 mês de admissão no Serviço de Urgência (Kruskal-Wallis).....	41

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 período do dia da admissão no Serviço de Urgência (Kruskal-Wallis) ....	43
Tabela 7 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 (Kruskal-Wallis).....	44
Tabela 8 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 (Kruskal-Wallis) .....	44
Tabela 21. Correlações de Spearman's rho entre os tempos de permanência no Serviço de Urgência e o seu abandono .....	45

## Introdução

Recorrer ao serviço de urgência, por norma, representa a experiência inicial da pessoa em relação a um sistema hospitalar e, portanto, uma oportunidade única de estabelecer uma primeira impressão positiva. No entanto, esse recurso ocorre com frequência durante períodos de stresse e de incerteza para a pessoa e num ambiente de cuidados de urgência/emergência onde enfrenta uma miríade de desafios. A superlotação, a comunicação inadequada, a falta de privacidade, uma gestão e controlo inadequados da dor e o desconfortável ambiente de muitos serviços de urgência continuam a ser questões que influenciam a satisfação dos cidadãos face aos cuidados que lhe são prestados no serviço de urgência. Ou seja, esses fatores podem resultar em experiências insatisfatórias para os cidadãos e podem ter efeitos importantes a jusante (Male, Noble, Snape, Dixon & Marson, 2018, p. 2).

Os serviços de urgências têm vindo a ser reestruturados, quer pela despesa que acarretam para o Serviço Nacional de Saúde, quer porque cada vez mais é relevante garantir a acessibilidade aos cuidados urgentes, havendo uma procura pelos serviços de urgência que excede em muitos casos a disponibilidade de recursos, resultando em sobrelotação (Unwin, Kinsman & Rigby, 2016). A sua sobrelotação assume-se como um problema de saúde pública pelo impacto na degradação da qualidade dos cuidados de saúde, com prolongamento dos tempos de espera, atrasos no diagnóstico e tratamento, atrasos no tratamento de clientes graves, aumento dos custos (exames e tratamentos desnecessários) e traduz-se na insatisfação dos clientes e seus familiares (Dixe, Passadouro, Peralta, Ferreira, Lourenço & Sousa, 2018, p. 23).

Em Portugal, os serviços de urgência continuam a ser a principal porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde. Neste contexto, os clientes que, de um modo geral, a eles afluem experienciam circunstâncias de grande fragilidade, sentimentos de insegurança, ansiedade e angústia. Por conseguinte, a presença de um acompanhante pode ter significativa importância na segurança e bem-estar do cliente e pode ter reflexos positivos no trabalho dos profissionais de saúde (Paixão, Campanharo, Lopes, Okuno & Batista, 2015, p.485).

O facto de os serviços de urgência estarem abertos 24 horas por dia, acessíveis à maioria da população e apresentarem-se como uma alternativa economicamente viável é um dado adquirido. São igualmente o único espaço capaz de dar resposta aos mais variados problemas de ordem social, nomeadamente: “situações de idosos abandonados, sem abrigo, alcoólicos, toxicod dependentes, doentes terminais, doentes crónicos, mulheres

agredidas, crianças maltratadas e até de pessoas agitadas e agressivas trazidas pelas autoridades” (Chambel, 2012, p. 36).

As urgências são serviços geradores de grande stresse, onde o cliente e a família vivenciam um conjunto variado de sentimentos e onde o enfermeiro tem um papel crucial na identificação das prioridades, na tomada de decisão, gestão dos cuidados emergentes e urgentes e no controlo das emoções. A satisfação do utente deverá, por isso, ser uma preocupação do enfermeiro nomeadamente no hospital, uma vez que esta constitui o primeiro contacto com o utente, é aqui que o enfermeiro identifica a queixa principal e toma a decisão do respetivo fluxograma, de forma a estabelecer uma prioridade de atuação, permitindo um encaminhamento precoce e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, assegurando maior qualidade e segurança (Storm-Versloot, Vermeulen, van Lammeren, Luitse & Goslings, 2014).

A insatisfação com a assistência, no serviço de urgência, poderá ser um motivo explicativo do abandono, pelo que a literatura científica documenta o interesse dos investigadores sobre esta problemática, destacando-se os seguintes estudos.

Moller, Fridlund e Goransson (2010) realizaram um estudo descritivo, qualitativo e fenomenológico, com uma amostra de 20 utentes em contexto de triagem, os quais foram entrevistados sobre as suas perceções relacionadas com a triagem um ano após a sua implementação. Os autores verificaram que, numa primeira abordagem, o enfermeiro deve focar-se num atendimento global, tendo em conta as diferentes dimensões, sem que se foque unicamente nos aspetos técnicos, percebendo as necessidades específicas de cada utente e para que transmita todas as informações necessárias. A falta de informação sobre o sistema de triagem e o tempo de espera assumiram-se como variáveis com impacto negativo na avaliação da satisfação. Os utentes narraram a necessidade de uma boa logística em relação a todo o meio envolvente, para reduzir os tempos de espera e transmitir aos utentes uma sensação de bem-estar, independentemente da experiência vivida. Os autores, com base nos seus resultados, referem que o enfermeiro da triagem desempenha um importante papel na satisfação dos cidadãos quando recorrem ao serviço de urgência, local do primeiro contacto com este serviço.

Storm-Versloot et al. (2014), num estudo prospetivo, compararam o tempo de espera, o tempo de tratamento, o tempo de permanência no serviço de urgência, a satisfação do utente e a distribuição dos tempos de espera em relação aos níveis de urgência antes e depois da implementação do Sistema de Triagem de Manchester num serviço de urgência. A amostra era constituída por 1808 utentes, distribuídos por 2 grupos: um grupo de avaliação antes da aplicação do Sistema de Triagem de Manchester e o outro

após a aplicação do Sistema de Triagem de Manchester. Os doentes foram triados entre as 12:00h e as 22:00h. Os dados foram extraídos dos registos dos utentes. Os tempos registados foram: tempo de registo, tempo de início da triagem, tempo de tratamento e momento da alta. Estes foram emitidos com tempo a partir da chegada ao serviço de urgência e o tempo em que saíram da sala de triagem. Os utentes deram informações adicionais através de um formulário. Para medir a satisfação do utente, foram feitas quatro perguntas que refletiam os fatores relacionados com o serviço de urgência identificados durante a permanência. Solicitou-se aos utentes que avaliassem: (1) as informações transmitidas que receberam antes da primeira observação médica; (2) a oportunidade que lhes foi dada para explicar os seus problemas, (3) a duração do tempo de espera e (4) a sensação de que a sua queixa ou problema tinha sido resolvido. Esta avaliação foi feita numa escala do tipo Likert de cinco pontos; muito satisfeito, satisfeito, razoavelmente satisfeito, bastante satisfeito e não satisfeito. O estudo revela que, após a implementação do Sistema de Triagem de Manchester, a satisfação dos utentes foi significativamente mais baixa quanto à transmissão de informações e oportunidade de esclarecer os seus problemas. Contudo, o tempo de espera e a sensação de que o seu problema foi resolvido obteve melhor classificação, sem diferença estatisticamente significativa entre os utentes triados e não triados. Todavia, os utentes com atribuição de níveis de urgência mais baixos revelaram-se mais satisfeitos comparativamente aos utentes com níveis de urgência mais elevados. Na generalidade, os utentes com a prioridade verde foram os que se revelaram mais satisfeitos. Ficou demonstrado que, no locus de estudo, a implementação do Sistema de Triagem de Manchester por si só não foi suficiente para otimizar a eficiência e a qualidade do serviço de urgência.

Anualmente, milhões de pessoas recorrem ao serviço de urgência, sendo muito significativo o número de utentes não urgentes o que resulta a superlotação do serviço, que se torna num problema complexo, levando a longos períodos de espera, insatisfação do utente e coloca os utentes a um risco de resultados negativos. Embora o tempo de espera real seja importante, este é percebido como um tempo de espera fortemente correlacionado com a satisfação do utente, que pode parecer um desfecho secundário, mas é importante, pois os utentes satisfeitos têm maior probabilidade de cumprir o tratamento e, portanto obtêm melhores desfechos clínicos do que os utentes insatisfeitos e não revelam intenção de abandono (Storm-Versloot, Ubbink, Kappelhof et al., 2011).

No seu estudo descritivo transversal, Buchanan, Dawkins e Lindo (2015) objetivaram determinar o nível de satisfação do cidadão com os cuidados de enfermagem no serviço de urgência de um hospital da Jamaica. Este estudo utilizou uma técnica de amostragem por conveniência para recrutar 142 cidadãos adultos que recorreram ao serviço de urgência,

tendo sido utilizado o *Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire*. A taxa de resposta foi de 77,6%; a maioria dos participantes era do sexo feminino (62%) e com escolaridade equivalente ensino secundário (42,3%). O score médio de satisfação foi de 32,60 ( $\pm 7,11$ ). A maioria dos cidadãos (59,9%) relatou estar muito satisfeita com os cuidados de enfermagem no serviço de urgência. A satisfação com o cuidado de enfermagem foi associada à escolaridade dos cidadãos. O estado de saúde percebido e os cuidados empáticos de enfermagem foram associados à satisfação do cidadão ( $p=0,05$ ). Os cidadãos revelaram-se muito satisfeitos face aos cuidados de enfermagem prestados no serviço de urgência estudado.

Um estudo sueco, cujo objetivo consistiu em comparar o desempenho de diferentes modelos de triagem utilizados em três serviços de urgência, através de indicadores de eficiência e qualidade, com o grupo etário mais velho a ter maior tempo de espera até à primeira avaliação médica, tendo todos os dados dos clientes que chegaram aos três serviços de urgência em estudo às 8:00h e às 21:00h, ao longo de 2008, sido recolhidos numa base de dados. Foram medidos os seguintes indicadores de eficiência: tempo de permanência, incluindo o tempo para a observação médica, tempo da observação médica até à alta e taxa de rotatividade de 4 horas. Os dados de 147.579 clientes que constituíram a amostra revelam uma mediana de tempo de permanência de 158 minutos para a triagem. O estudo mostrou que 38% dos clientes passam mais de 4 horas no serviço de urgência, com uma taxa de abandono a rondar os 3,1% (Burström, Nordberg, Ornung, Castren, Wiklund, Engstrom & Enlund, 2012).

O uso inadequado dos serviços de urgência, particularmente o uso abusivo, é um dos mais graves problemas a nível mundial ao nível do setor dos cuidados de saúde. De fato, este uso abusivo é apontado como grande responsável pela afluência desmedida e cada vez maior a este tipo de serviços (Carret, Fassa & Domingues, 2009). Ainda segundo os mesmos autores, este fenómeno compromete o atendimento considerado efetivamente urgente, os próprios cuidados de saúde e resulta em custos dispensáveis. Um dos fatos que melhor expressa esta situação, como referido pelos mesmos autores, consiste no número crescente de utilizadores que abandona o serviço de urgência sem atendimento médico. Carrete et al. (2009) acrescentam que, quando é comprometido o fluxo normal destes serviços, igualmente está comprometida a sua eficiência e equidade, acarretando custos acrescidos os quais podem ser minimizados, se estes episódios forem direcionados e tratados pelas entidades competentes.

O estudo de Fragata (2017), sobre a monitorização de indicadores de qualidade no serviço de urgência, revela que o número de clientes que abandonaram o serviço de urgências do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, antes e após a observação médica

durante o 1.º trimestre de 2017, foi: 4 clientes na prioridade laranja com ato médico, 98 clientes sem ato médico, 339 sem ato médico com prioridade verde, 68 clientes com prioridade azul e sem ato médico e abandono por parte de 3 clientes com prioridade branca e com ato médico. Estes dados sugerem que existe maior abandono sem ato médico na cor verde e que o maior abandono após acto médico se regista na cor amarela.

No estudo de Silva (2017), realizado no serviço de urgência do Hospital de Braga, ficou documentada uma prevalência de 0,24% de clientes que abandoaram o serviço de urgência antes da triagem, 0,11% após observação médica e 1,75% abandoam o serviço de urgência após a triagem. Dixe, Peralta, Pereira, Ferreira, Lourenço e Sousa (2018), ao avaliarem as características sociodemográficas e o acesso ao serviço de urgência por clientes não urgentes e identificarem os fatores que motivam a sua procura, numa amostra de 357 clientes triados como não urgentes num serviço de urgência de um hospital português, constaram uma incidência de 2,6% de clientes com alta contra parecer médico e abandono.

Um outro fator importante refere-se ao atendimento à solicitação pelo cliente de alta a pedido contra indicação médica, sem que haja risco iminente de morte, o que se constituiu, de acordo com Cano e Barbosa (2016, p. 147), “nada mais do que garantir a autonomia desse paciente”. Todavia, ainda em conformidade com os mesmos autores, este não é um “tema pacífico”. Decorrente do seu estudo, os autores citados consideram ser importante esclarecer o cliente sobre os riscos da sua decisão, que terá de ser respeitada caso a mantenha, reconhecendo igualmente a importância da documentação da alta e a impossibilidade de emitir receita em casos nos quais não existe alternativa cientificamente reconhecida.

Face ao exposto, delineou-se o presente estudo e a seguinte questão de investigação:

- Qual o perfil dos clientes que abandonam o serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro de Portugal?

Para se poder dar resposta à questão de investigação, foi definido como objetivo geral: avaliar o perfil dos clientes que abandonam o serviço de urgência.

Estruturalmente, este trabalho consta de uma introdução, na qual se apresenta do estado de arte do fenómeno em estudo, seguindo-se a investigação empírica, onde se apresenta a estratégia metodológica adotada, seguindo-se a apresentação e a discussão dos resultados obtidos. Por fim, ocorrem as principais conclusões, tendo em conta os dados obtidos, a partir dos quais se tecem algumas sugestões.



## 1. Métodos

A investigação em ciências de enfermagem abarca o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, resultando, assim, na descoberta e no desenvolvimento de saberes próprios da disciplina. Nesta perspetiva e com base na revisão da literatura, procurou-se contextualizar a problemática do abandono dos clientes admitidos no serviço de urgência. Assim, nesta segunda parte da presente investigação descrevem-se os processos metodológicos utilizados, identificando a questão orientadora do estudo e respetivos objetivos, as variáveis e sua operacionalização, apresentam-se os participantes, o instrumento e processos de recolha de dados, fazendo-se referência aos procedimentos estatísticos adotados e às considerações éticas e formais.

A sobrelotação do serviço de urgência é, de acordo com a literatura específica, um importante problema das intuições hospitalares, resultando em alguns casos no abandono do serviço de urgência por parte dos clientes. De acordo com Morley, Unwin, Peterson, Stankovich e Kinsman (2018), os atrasos na avaliação médica, o tempo de espera prolongado para realizar os exames complementares de diagnóstico e/ou a espera do seu resultado, a sobrelotação do serviço são fatores que podem explicar o abandono do serviço por parte dos clientes.

Neste contexto emergem questões às quais procuraremos dar resposta que fundamentem a definição de boas práticas, pelo que partimos, como já referido, da seguinte questão geral de investigação:

- Qual o perfil dos clientes que abandonam o serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro de Portugal?

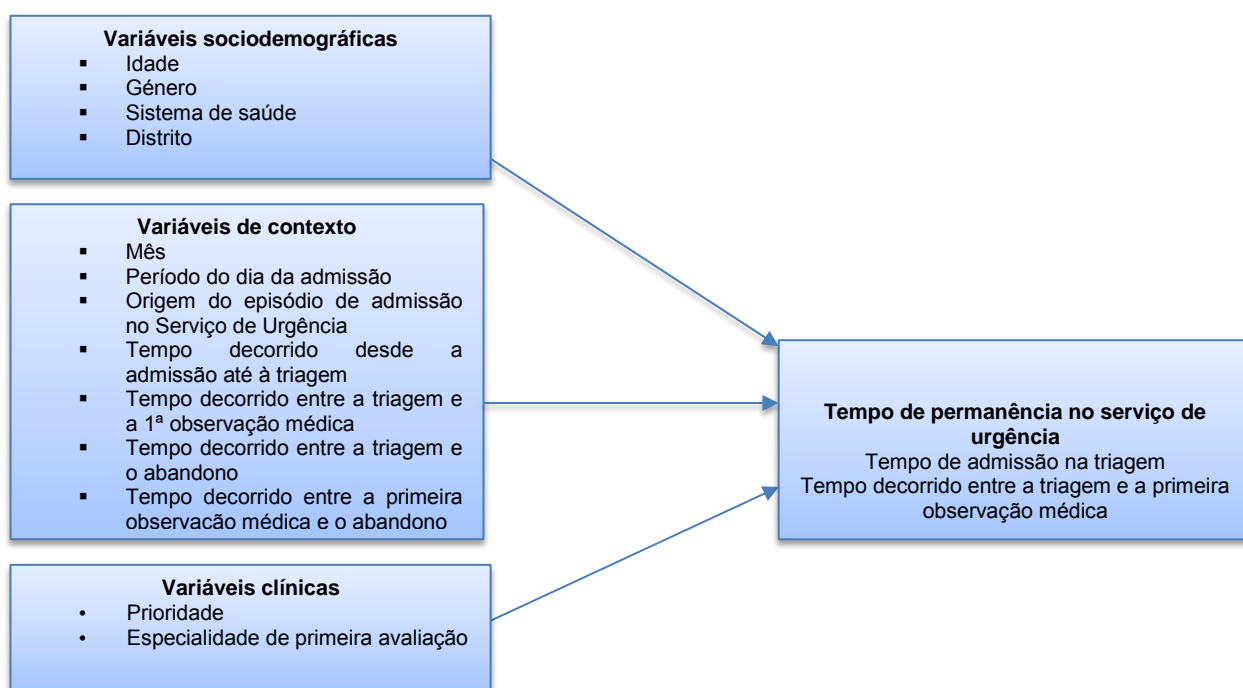
De modo a poder-se dar resposta à questão orientadora deste estudo, foi definido o seguinte objetivo geral: avaliar o perfil dos clientes que abandonam o serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro de Portugal.

O presente estudo de análise quantitativa, de coorte retrospectivo, descritivo e correlacional tem como objetivos específicos:

- Determinar o perfil dos clientes que abandonam o serviço de urgência;
- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas no abandono do serviço de urgência por parte dos cliente nele admitidos;
- Analisar a relação entre as variáveis clínicas e variáveis de contexto e o abandono do serviço de urgência por parte dos cliente nele admitidos.

Deste modo, tendo presente a revisão bibliográfica realizada, bem como as variáveis selecionadas e a sua relação, elaborou-se uma representação esquemática que representa o tipo de relação prevista entre as variáveis sociodemográficas, de contexto, clínicas e de saúde (variáveis independentes) com a prevalência do abandono do serviço de urgência que, no presente estudo, é a variável dependente.

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas.



### 1.1. Participantes

A população definida para este estudo incluiu todos os clientes adultos com idade  $\geq 18$  anos que, durante o ano de 2018, recorreram ao Serviço de Urgência de um Hospital central da zona centro de Portugal, num total de 85596 clientes. De modo a delimitar-se a amostra, foi previamente definido que o período de tempo em análise seria de 1 ano, tendo-se aplicado a técnica de amostragem não aleatória por conveniência, tendo como critérios de inclusão: pessoas adultas ( $\geq 18$  anos); admissão no serviço de urgência; ter abandonado o serviço de urgência. Como critérios de exclusão, considerou-se ser cliente com idade  $< 18$  anos e que permaneceu no serviço de urgência até à alta. A amostra ficou constituída por 2599 clientes que abandonaram o Serviço de Urgência de um Hospital central da zona centro de Portugal. Constatou-se uma taxa de abandono de cerca de 3,04% ( $n=2599$  em  $n=85596$ ), sendo 3,20% do género masculino ( $n=1315$  em  $n=41052$ ) e 2,88% do género feminino ( $n=1284$  em  $n=44544$ ).

### 1.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Na globalidade da amostra, a idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 100 anos, ao que corresponde uma média de idades de 48,21 anos ( $\pm 19,53$  anos). Para ambos os géneros, a idade mínima é 18 anos e a máxima de 100 anos. Os homens são, em média, mais velhos ( $M=48,58 \pm 18,74$  anos), do que as mulheres ( $M=47,82 \pm 20,31$  anos). Os coeficientes de variação indiciam uma dispersão elevada face às idades médias encontradas (cf. tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade em função do género

	n	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Masculino</b>	1315	18	100	48,58	18,74	38,57	-6,31	3,38
<b>Feminino</b>	1284	18	100	47,82	20,31	42,47	-7,62	4,16
<b>Total</b>	<b>2599</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>48,21</b>	<b>19,53</b>	<b>40,51</b>	<b>-9,88</b>	<b>5,29</b>

Ainda em relação à idade, como exposto na tabela 2, verifica-se que prevalecem, para a totalidade da amostra, os clientes com idade compreendida entre os 36-65 anos (46,4%), nos homens, esta faixa etária representa 50,4% e nas mulheres 42,2%. É de salientar a percentagem de clientes com idade compreendida entre os 18-35 anos 31,1%, dos quais 28,4% são do género masculino e 33,7% do feminino, com relevância estatisticamente significativa ( $X^2=18,818$ ;  $p=0,000$ ), situando-se as diferenças entre os clientes na faixa etária dos 18-35 anos, os que possuem idade entre os 36-65 anos e os que têm idade superior aos 80 anos (cf. tabela 2).

O distrito de pertença é maioritariamente (91,2%) o de Viseu, dos quais 90,6% são homens e 91,7% mulheres (cf. tabela 2).

Quanto ao sistema de saúde, prevalecem os clientes que pertencem ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) (80,2%), com uma representatividade de 79,3% no género masculino e 81,2% no género feminino, com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=20,035$ ;  $p=0,000$ ), situadas entre os clientes com sistema de saúde do Instituto de Proteção e Assistência na Doença (ADSE), os que possuem um sistema de saúde das Forças armadas/Guarda Nacional Republicana/Polícia de Segurança Pública e os que têm outros sistemas de saúde (cf. tabela 2).

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais			
	Nº (1315)	% (50.60)	Nº (1284)	% (49.40)	Nº (2599)	% (100.0)	1	2	X <sup>2</sup>	p
<b>Idade</b>										
18-35 anos	374	28,4	433	33,7	807	31,1	-2,9	<b>2,9</b>		
36-65 anos	663	50,4	542	42,2	1205	46,4	<b>4,2</b>	-4,2	18,818	0,000
66-80 anos	212	16,1	224	17,4	436	16,8	-,9	,9		
>80 anos	66	5,0	85	6,6	151	5,8	-1,7	<b>1,7</b>		
<b>Distrito de pertença</b>										
Viseu	1192	90,6	1178	91,7	2370	91,2	-1,0	1,0		
Fora de Viseu	119	9,0	102	7,9	221	8,5	1,0	-1,0	1,021	0,600
Sem referência ao distrito	4	0,3	4	0,3	8	0,3	,0	,0		
<b>Sistema de saúde</b>										
ADSE	54	4,1	84	6,5	138	5,3	-2,8	<b>2,8</b>		
SNS	1043	79,3	1042	81,2	2085	80,2	-1,2	1,2		
Seguros	13	1,0	12	0,9	25	1,0	,1	-,1	20,035	<b>0,000</b>
Forças armadas/GNR/PSP	26	2,0	9	0,7	35	1,3	<b>2,8</b>	-2,8		
Outros										
<b>Total</b>	<b>1315</b>	<b>100.0</b>	<b>1284</b>	<b>100.0</b>	<b>2599</b>	<b>100.0</b>				

## 1.2. Critérios de operacionalização das variáveis

### Variáveis sociodemográficas

Procedeu-se à operacionalização concetual das variáveis em estudo. Deste modo, apresenta-se na tabela 3, a operacionalização das variáveis sociodemográficas.

Tabela 3. Operacionalização das variáveis sociodemográficas

Variáveis	Operacionalização	Critérios
<b>Idade</b>		Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos (INE, 2018). Pergunta aberta
<b>Género</b>	Masculino Feminino	Número dos efetivos populacionais do sexo masculino e os do sexo feminino (INE, 2018). Pergunta dicotómica: masculino e feminino.
<b>Zona de residência</b>		Distrito de residência.
<b>Sistema de Saúde</b>	ADSE SNS Seguros Forças armadas/GNR/PSP Outros	Sistema de saúde associado ao episódio clínico.

## Variáveis de Contexto

Na tabela 4 encontra-se a operacionalização das variáveis de contexto.

Tabela 4. Operacionalização das variáveis de contexto.

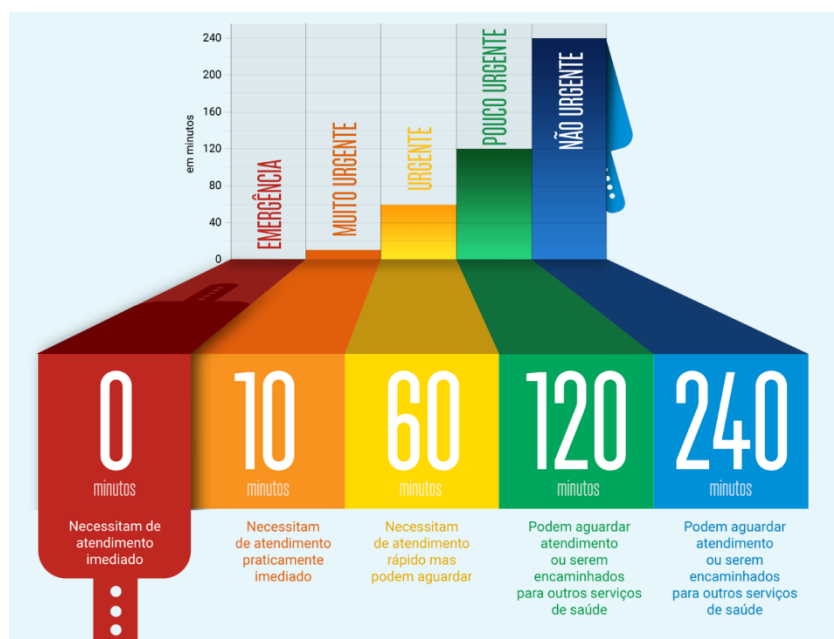
Variáveis	Operacionalização	Critérios
<b>Origem</b>	INEM Exterior não especificado Centro de Saúde Hospital Outros	
<b>Data de admissão</b> (dd/mm/aaaa)	Dia da semana Mês	
<b>Hora de admissão</b> (hh:min)		Manhã Tarde Noite
<b>Hora da Triagem</b> (hh:min)		Cálculo do tempo que decorre entre a hora de admissão e a triagem
<b>Hora da 1ª observação médica</b> (hh:min)		Cálculo do tempo que decorre entre a hora da triagem e a primeira avaliação médica
<b>Tempo decorrido desde a admissão até à triagem</b> (hh:min)		Cálculo do tempo decorrido entre a admissão até à triagem.
<b>Tempo decorrido entre a triagem e o abandono</b> (hh:min)		Cálculo do tempo decorrido entre a triagem e o abandono
<b>Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono</b> (hh:min)		Cálculo do tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono

## Variáveis clínicas

### Prioridade

Os discriminadores permitem a inclusão dos clientes numa das cinco prioridades clínicas (cf. figura 2).

Figura 2. Tempos alvos previstos de atendimento para 5 prioridades da Triagem de Manchester.



Fonte: Grupo Português de Triagem de Manchester. Acedido em [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110)

De acordo com o Grupo Português de Triagem (s.d.), a utilização incorreta dos serviços de urgência e o seu uso “para execução de atividade “programada” ou não urgente, agrava a pressão sobre os serviços e estimula a incorreta utilização dos serviços pelos profissionais e utentes”. Após a identificação deste problema e devido à diferença de cultura e postura no Reino Unido em relação a estas situações (que não são autorizadas), o Grupo Português de Triagem propôs aos autores Ingleses uma cor que identificasse esses casos – *cor branca*, que possibilita a identificação da dimensão do problema em cada serviço de urgência a fim de serem identificadas e sistematizadas soluções que potenciem uma correcta utilização dos recursos disponíveis. Ainda em conformidade com o mesmo organismo, os critérios para atribuição de cor branca são:

Razões administrativas: cliente de outro Hospital que precisa de inscrição para execução de exame complementar de diagnóstico por acordo entre instituições. (No caso de não ser aberta inscrição para esta finalidade, o doente não é triado e não é atribuída cor de prioridade.); cadáver que necessita de registo administrativo para admissão na casa mortuária; cliente chamado para terapêutica não programada (Transplante); cliente admitido para o internamento para actividade programada e que utiliza o posto administrativo da urgência para admissão;

Razões clínicas: cliente referenciado por médico (independentemente do local de referência ou da especialidade) sem situação aguda ou de urgência, seja para a realização de técnica, exame complementar ou acto médico não urgente (por exemplo, doente enviado para reavaliação clínica, remoção ou renovação de imobilizações, etc.); cliente referenciado por médico para inclusão em protocolo científico sem situação aguda ou de urgência; cliente que recorre ao Serviço de Urgência ao abrigo do programa de interrupção voluntária de gravidez;

Outras razões: clientes admitidos para reavaliação por referência médica, tendo sido observados anteriormente na Urgência e que atualmente não apresentam situação aguda ou urgente; colheita de sangue para contra prova – Polícia (Grupo Português de Triagem, s.d.).

#### 1.4. Considerações éticas e formais

O estudo integra o Projeto de investigação “Evidências para Não arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta” que obteve autorização do Conselho de Administração da Instituição de Saúde - um Centro Hospitalar da zona centro de Portugal Continental - e parecer favorável da Comissão de Ética da instituição seleccionada como participante (cf. Anexo 1). O acesso aos dados pela equipa de investigação teve como compromisso: respeitar os princípios de confidencialidade e privacidade inerentes à utilização de uma base de dados administrativa.

#### 1.5. Análise dos dados

A análise de dados foi efectuada com recurso à estatística descritiva e analítica. Com a estatística descritiva, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização, mais concretamente médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de assimetria e achatamento e medidas de associação como correlação de Pearson.

Enfatizando o coeficiente de variação pela sua natureza dir-se-á que compara a dispersão em torno da média de uma variável de natureza quantitativa. Os valores de referência são:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

A outra medida a enfatizar é o coeficiente de correlação de Pearson que é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. Os valores oscilam entre -1 e +1 podendo assim ocorrer entre as variáveis em estudo uma associação em sentido inverso se o valor for negativo ou sentido directo se for positivo. Contudo, a comparação do coeficiente deve ser feita elevando o valor correlacional ao quadrado o que é designado por coeficiente de determinação ( $r^2$ ). O índice assim obtido indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra. Tanto  $r$  como  $r^2$  não exprimem relações de causalidade. Por convenção (Pestana & Gageiro, 2014) os valores de  $r$  devem ser interpretados do seguinte modo:

- $r < 0.2$  – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$  – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$  – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$  – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta

Quanto à **estatística inferencial**, recorreu-se à estatística paramétrica, e à estatística não paramétrica.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as suas condições de aplicação, não se verificaram (Marôco, 2018) nomeadamente os testes de normalidade. 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 & Gageiro, 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 **Testes 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). Este teste é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo (Pestana & Gageiro, 2014). Se se verificarem diferenças estatísticas significativas deve usar-se os testes pós hoc para localizar os grupos onde se verificam

essas diferenças; o **Teste de qui quadrado ( $\chi^2$ )** permitiu comparar proporções entre duas variáveis nominais. Quando há relação entre as variáveis devem usar-se os resíduos ajustados estandardizados para localizar as diferenças. O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de  $\chi^2$ , isto porque os resíduos ajustados, na forma estandardizada, fornecem informações acerca das células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou por outras palavras os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis.

Na análise estatística, utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 para Windows.

Após estas considerações metodológicas, no capítulo seguinte, far-se-á a apresentação e análise dos resultados.



## 2. Apresentação dos resultados

Após caracterização da amostra utilizada no estudo, apresentam-se neste capítulo os resultados alcançados após tratamento dos dados. Deste modo, procede-se à apresentação dos resultados da estatística descritiva, seguindo-se os dados referentes à estatística inferencial, objetivando responder às questões de investigação e dar resposta aos objetivos inicialmente delineados.

- **Variáveis de contexto em função do género**

Constata-se que os meses nos quais se registaram mais abandono do serviço de urgência foram agosto (11,6%) e fevereiro (n=10,4%). No mês de agosto há um registo de 11,0% de clientes do género masculino e 12,2% do género feminino. Já no mês de fevereiro verifica-se uma taxa de abandono de 10,6% de homens e 10,1% de mulheres. Não se verifica relevância estatisticamente significativa entre os grupos (cf. tabela 5).

O período do dia com maior abandono do serviço de urgência foi o da manhã (51,3%), com 48,8% de clientes do género masculino e 53,7% do género feminino, seguindo-se o período da tarde (37,3%), onde se regista 37,6% de clientes do género masculino e 37,0% do género feminino, com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=13,815$ ;  $p=0,001$ ), situadas entre os clientes do género masculino que abandonarem o serviço de urgência à noite e os do género feminino que abandonaram o serviço de urgência de manhã (cf. tabela 5).

A origem da maioria dos clientes que abandonaram o serviço de urgência foi o exterior (72,9%), com 67,8% homens e 78,0% mulheres, seguindo-se os transportados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (18,0%), com uma percentagem de 23,1% homens e 12,8% mulheres, com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=57,836$ ;  $p=0,000$ ), situadas entre as mulheres cujo destino é o exterior, os homens transportados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica e as mulheres proveniente da Saúde 24 (cf. tabela 5).

Tabela 5. Resultados das variáveis de contexto em função do género

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais			
	Nº (1315)	% (50.60)	Nº (1284)	% (49.40)	Nº (2599)	% (100.0)	1	2	X <sup>2</sup>	p
<b>Mês</b>										
Janeiro	141	10,7	115	9,0	256	9,8	1,5	-1,5		
Fevereiro	140	10,6	130	10,1	270	10,4	,4	-,4		
Março	100	7,6	115	9,0	215	8,3	-1,3	1,3		
Abril	92	7,0	102	7,9	194	7,5	-,9	,9		
Maió	123	9,4	116	9,0	239	9,2	,3	-,3		
Junho	92	7,0	91	7,1	183	7,0	-,1	,1	12,025	0,362
Julho	106	8,1	103	8,0	209	8,0	,0	,0		
Agosto	145	11,0	157	12,2	302	11,6	-1,0	1,0		
Setembro	101	7,7	100	7,8	201	7,7	-,1	,1		
Outubro	110	8,4	76	5,9	186	7,2	2,4	-2,4		
Novembro	79	6,0	91	7,1	170	6,5	-1,1	1,1		
Dezembro	86	6,5	88	6,9	174	6,7	-,3	,3		
<b>Período do dia</b>										
Noite	179	13,6	119	9,3	298	11,5	<b>3,5</b>	-3,5		
Manhã	642	48,8	690	53,7	1332	51,3	-2,5	<b>2,5</b>	13,815	<b>0,001</b>
Tarde	494	37,6	475	37,0	969	37,3	,3	-,3		
<b>Origem</b>										
Administração Regional de Saúde do Centro, de Saúde Exterior	78	5,9	59	4,6	137	5,3	1,5	-1,5		
Instituto Nacional de Emergência Médica	892	67,8	1002	78,0	1894	72,9	-5,9	<b>5,9</b>	57,836	<b>0,000</b>
Saúde 24	304	23,1	164	12,8	468	18,0	<b>6,9</b>	-6,9		
Outra	25	1,9	47	3,7	72	2,8	-2,7	<b>2,7</b>		
	16	1,2	12	0,9	28	1,1	,7	-,7		
<b>Total</b>	<b>1315</b>	<b>100,0</b>	<b>1284</b>	<b>100,0</b>	<b>2599</b>	<b>100,0</b>				

- **Variáveis clínicas em função do género**

A prioridade clínica mais prevalecente é a classificada de urgente (39,6%), correspondendo a 41,0% dos homens e a 38,1% das mulheres, seguindo-se a atribuição da prioridade pouco urgente (37,9%), fazendo parte deste grupo 37,2% dos homens e 38,6% das mulheres. Em 11,8% dos casos a prioridade atribuída foi não urgente (homens 12,2 vs. mulheres 11,4%), apenas foi atribuída a um homem a prioridade emergente, com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=36,717$ ;  $p=0,000$ ), situadas entre as mulheres sem triagem e os homens com prioridade muito urgente (cf. tabela 6).

No que diz respeito à área clínica, a grande maioria dos doentes foi avaliada pela triagem médica (78,7%), dos quais 79,8% são clientes do género masculino e 77,6% do género feminino (cf. tabela 6).

Tabela 6. Prioridade clínica e especialidade em função do género

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais			
	Nº (1315)	% (50,60)	Nº (1284)	% (49,40)	Nº (2599)	% (100,0)	1	2	$\chi^2$	p
<b>Prioridade clínica</b>										
Sem Triagem	50	3,8	110	8,6	160	6,2	-5,1	5,1		
Atividade "programada" ou não urgente (branca)	35	2,7	23	1,8	58	2,2	1,5	-1,5		
Não urgente (azul)	160	12,2	147	11,4	307	11,8	,6	-,6		
Pouco urgente (verde)	489	37,2	496	38,6	985	37,9	-,8	,8	36,717	0,000
Urgente (amarela)	539	41,0	489	38,1	1028	39,6	1,5	-1,5		
Muito urgente (laranja)	41	3,1	19	1,5	60	2,3	2,8	-2,8		
Emergente (vermelho)	1	0,1	0	0,0	1	0,0	1,0	-1,0		
<b>Especialidade médica</b>										
Ginecologia	0	0,0	27	2,1	27	1,0	-5,3	5,3		
Medicina Geral e Familiar (MGF)	265	20,2	225	17,5	490	18,9	1,7	-1,7		Não se aplica
Obstetrícia	0	0,0	36	2,8	36	1,4	-6,1	6,1		
Triagem médica	1050	79,8	996	77,6	2046	78,7	1,4	-1,4		
<b>Total</b>	<b>1315</b>	<b>100,0</b>	<b>1284</b>	<b>100,0</b>	<b>2599</b>	<b>100,0</b>				

- **Tempo de admissão na triagem**

As estatísticas do tempo de admissão na triagem revelam, para o total da amostra, um mínimo de 0 (zero minutos) e um máximo de 9:28 minutos, com uma média de 0:15±0:26 minutos. Para o género masculino, um mínimo de 0 (zero) minutos e um máximo de 9:28 minutos e para o género feminino um mínimo e um máximo a oscilarem entre 0 (zero) minutos e 9:16 minutos. Em média, as mulheres (M=0:16±0:30 minutos) tiveram um tempo de admissão na triagem ligeiramente superior ao dos homens (M=0:13±0:23 minutos), com coeficientes de variação a indicar elevada dispersão entre as médias encontradas (cf. tabela 7).

Tabela 7. Estatísticas relativas ao tempo de admissão na triagem em função do género

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Masculino</b>	1315	0:00	9:28	0:13	0:23	176,92	218,71	23,56
<b>Feminino</b>	1284	0:00	9:16	0:16	0:30	187,5	191,76	1622,41
<b>Total</b>	<b>2599</b>	<b>0:00</b>	<b>9:28</b>	<b>0:15</b>	<b>0:26</b>	<b>173,33</b>	<b>288,48</b>	<b>2758,45</b>

- **Tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica**

As estatísticas relativas ao tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica indicam, para o total da amostra, um mínimo de 0 (zero minutos) e um máximo de 17:55 minutos, com uma média de 3:11±2:19. Para o género masculino, um mínimo de 0 (zero) minutos e um máximo de 17:55 minutos, e para o género feminino um mínimo e um máximo a oscilarem entre 0 (zero) minutos e 13:16 minutos. Em média, as mulheres (M=3:25±2:16 minutos) tiveram um tempo de espera superior ao dos homens (M=2:59±2:21 minutos), verificando-se uma dispersão elevada em torno das médias (CV=85,32% vs. 66,46%) (cf. tabela 8).

Tabela 8. Estatísticas relativas ao tempo decorrido entre a triagem e a primeira observação médica em função do género

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

- **Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência**

A análise descritiva do tempo decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência em função do género indica, para o total da amostra, um tempo mínimo de 0:00 minutos e um máximo de 59:04 minutos, apresentando como média 5:55 minutos (±4:38) e um coeficiente de variação de 78,91%, o que indica uma dispersão elevada em torno da média do tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência. Em relação ao género, constata-se, para os homens, um tempo mínimo de 0:06 minutos e um máximo de 59:04 minutos, para as mulheres o mínimo é 0:00 e o máximo 47:01 minutos. Em média, os homens (M=5:59±4:54 minutos) apresentam um tempo que medeia a triagem até abandonarem o Serviço de Urgência ligeiramente superior ao das mulheres (M=5:52±4:20 minutos), constatando-se uma dispersão elevada em torno das médias (CV=81,21% vs. 76,08%) (cf. tabela 9).

Tabela 9. Estatísticas relativas ao tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência em função do gênero

Gênero	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

- **Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência**

O tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência para o total da amostra revela um mínimo de 0:00 minutos e um máximo de 56:57 minutos, correspondendo-lhe uma média de tempo decorrido de 2:40 minutos ( $\pm 4:32$ ) e um coeficiente de variação de 180,0%, o que indica uma dispersão elevada em torno da média de tempo que medeia a primeira observação médica e abandonar o Serviço de Urgência. Para o gênero masculino, um mínimo de 0 (zero) minutos e um máximo de 56:57 minutos e para o gênero feminino um mínimo e um máximo a oscilarem entre 0 (zero) minutos e 46:57 minutos. Em média, os homens ( $M=2:56\pm 4:55$  minutos) apresentam um tempo que medeia entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência superior ao das mulheres ( $M=2:23\pm 4:05$  minutos), com coeficientes de variação a indicarem uma dispersão elevada em torno do valor médio (177,73% vs. 168,75%) (cf. tabela 10).

Tabela 10. Estatísticas relativas ao tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência em função do gênero

Gênero	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	1315	0:00	56:57	2:56	4:55	177,73	264,74	73,10
Feminino	1284	0:00	46:57	2:23	4:05	168,75	279,56	74,62
Total	2599	0:00	56:57	2:40	4:32	180,0	391,82	105,61

- **Influência das variáveis sociodemográficas no abandono do serviço de urgência por parte dos cliente nele admitidos**

Constata-se que as mulheres permaneceram mais tempo entre a triagem e o seu abandono do Serviço de Urgência ( $OM=1221,80$ ), os homens apresentam um tempo entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência superior ( $OM=1300,11$ ).

Regista-se diferença estatisticamente significativa no tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência ( $p=0,001$ ) (cf. tabela 11).

Tabela 11. 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)

Género	Masculino	Feminino	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência	1218,33	1221,80	740442,000	0,903
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	1300,11	1202,68	722052,000	<b>0,001</b>

Verifica-se que os clientes mais velhos (>80 anos) permaneceram mais tempo após a triagem antes do seu abandono do Serviço de Urgência (OM=1439,30). Os clientes na faixa etária dos 36-65 anos esperaram mais tempo entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência (OM=1272,57), com diferença estatisticamente significativa no tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência ( $p=0,000$ ) (cf. tabela 12).

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 idade (Kruskal-Wallis)

Idade	18-35 anos	36-65 anos	68-80 anos	>80 anos	X <sup>2</sup>	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	42,968	<b>0,000</b>
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	1220,76	1272,57	1249,40	1260,98	2,422	0,490

No que diz respeito ao tempo de admissão dos clientes na triagem, no total da amostra, a maioria (68,8%) 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 (cf. tabela 13).

Tabela 13. Distribuição dos clientes segundo os tempos observados em função do género

Tempos	Masculino (n=1315)		Feminino (n=1284)		Total (n=2599)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Tempo de admissão na triagem</b>						
<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
<b>Tempo decorrido entre a triagem e a primeira observação médica</b>						
<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
<b>Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência</b>						
<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
<b>Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência</b>						
<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

Os clientes com afiliação aos seguros mantiveram-se mais tempo após a primeira observação médica no Serviço de Urgência (OM=1476,66), optando pelo abandono mais tarde. Os clientes afiliados a outros sistemas de saúde patenteiam maior tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência (OM=1256,68). No entanto, sem relevância estatisticamente significativa (cf. tabela 14).

Tabela 10 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 (Kruskal-Wallis)

Sistema de saúde	ADSE	SNS	Seguros	Forças armadas/GNR/PSP	Outros	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência	1226,20	1217,29	1256,08	1080,70	1256,68	2,013	0,733
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	1184,98	1258,88	1476,66	955,71	1247,81	9,337	0,053

Os clientes com mais tempo entre a triagem e o abandono do serviço de urgência são os que não estava discriminado o distrito de pertença (OM=1685,86) e os que são fora do distrito de Viseu permaneceram mais tempo no Serviço de Urgência desde a primeira observação médica e o seu abandono (OM=1364,18). Com menor tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência encontram-se os clientes do distrito de Viseu e os que não têm discriminado o distrito de pertença menor tempo decorrido entre a primeira

observação médica e o abandono do serviço de urgência. Todavia, sem registo de relevância estatisticamente significativa (cf. tabela 15).

Tabela 11 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 distrito de pertença (Kruskal-Wallis)

Distrito de pertença	Viseu	Fora de Viseu	Sem distrito	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência	1214,63	1262,90	1685,86	3,946	0,139
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	1242,19	1364,18	1108,29	5,734	0,057

Os clientes com mais tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência são os que a origem do episódio de admissão no Serviço de Urgência é outra para além das discriminadas (OM=1604,96) e os com mais tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência são os provenientes da ARS/Centro de Saúde (OM=1602,23). Com menor tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência encontram-se os provenientes da Saúde 24 (OM= 935,20), sendo estes também os que têm menor tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência (OM=1073,88), com diferenças estatisticamente significativas em ambas as situações (p=0,000) (cf. tabela 16).

Tabela 12 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 origem do episódio de admissão no Serviço de Urgência (Kruskal-Wallis)

Origem do episódio de admissão no Serviço de Urgência	ARS/Centro de Saúde	Exterior	INEM	Saúde 24	Outra	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência	1486,60	1193,85	1263,54	935,20	<b>1604,96</b>	41,530	<b>0,000</b>
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	1602,23	1177,06	1465,55	1073,88	1396,48	95,557	<b>0,000</b>

- **Influência das variáveis de contexto no tempo de permanência no serviço de urgência por parte dos clientes nele admitidos**

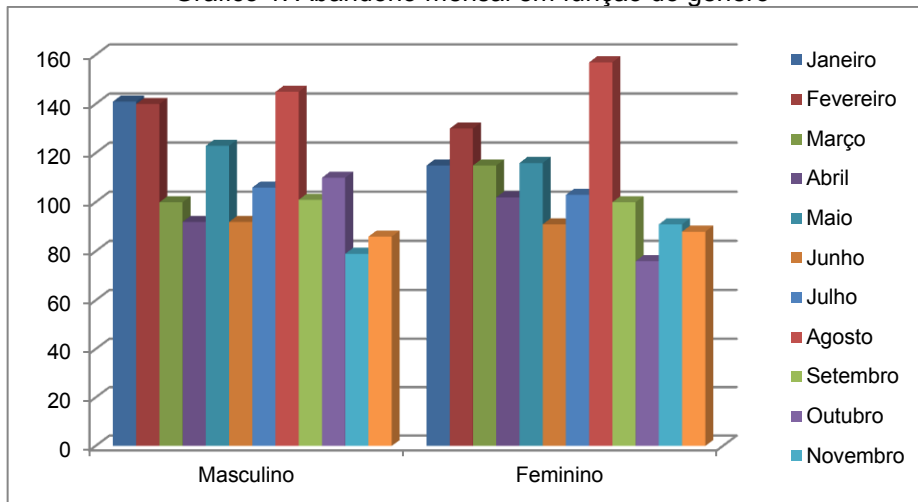
Os clientes que foram admitidos no Serviço de Urgência em fevereiro são os que apresentam mais tempo decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência (OM=1436,70), sendo os clientes que foram admitidos no Serviço de Urgência em novembro os que tiveram menos tempo decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência (OM=1095,19). Verifica-se que os clientes com mais tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência são os admitidos no mês de dezembro (OM=1340,00) e os admitidos em outubro menos tempo (OM=1196,51) entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência, com diferença estatisticamente significativa entre no tempo decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência ( $p=0,000$ ) (cf. tabela 17).

Tabela 13 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 mês de admissão no Serviço de Urgência (Kruskal-Wallis)

Mês de admissão no Serviço de Urgência	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	x <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência	1204,83	1436,70	1175,24	1215,46	1228,37	1134,56	1159,41	1306,19	1167,48	1133,39	1095,19	1253,24	41,866	<b>0,000</b>
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	1170,39	1280,89	1275,13	1232,82	1232,07	1293,22	1316,02	1268,81	1197,64	1196,51	1234,67	1340,00	11,194	0,427

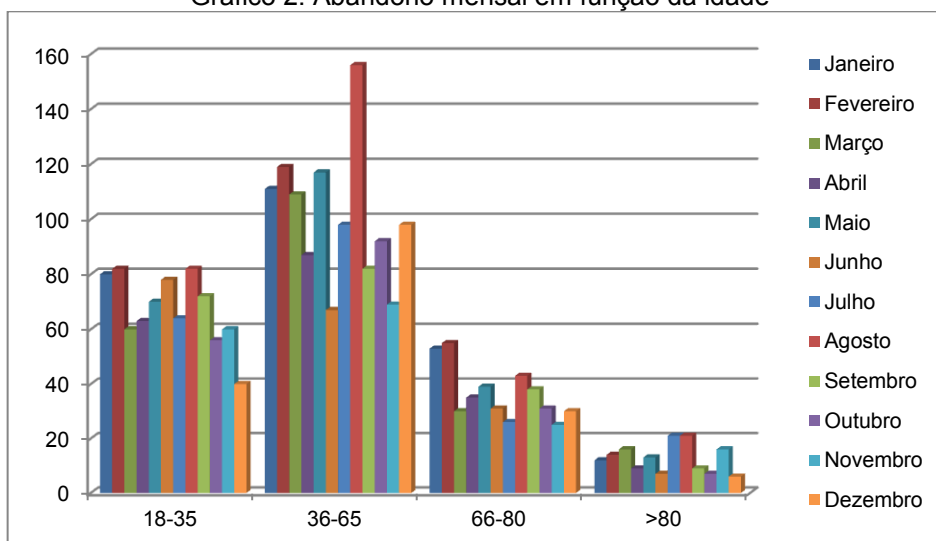
Em ambos os gêneros houve registo de maior taxa de abandono do serviço de urgência no mês de agosto, seguindo-se os meses de fevereiro e de maio, sendo também expressivo o mês de janeiro (cf. gráfico 1).

Gráfico 1. Abandono mensal em função do género



Constata-se que no grupo etário dos 18-35 anos, há maior taxa de abandono em agosto e fevereiro, sendo esta situação análoga à dos clientes com idade compreendida entre os 36-65 anos. No caso dos clientes com idade entre os 66-80 anos há mais casos de abandono do serviço de urgência em fevereiro e janeiro. Nos clientes com idade superior aos 80 anos verifica-se uma taxa de abandono do serviço de urgência idêntica em julho e agosto (cf. gráfico 2).

Gráfico 2. Abandono mensal em função da idade



Os clientes com admissão no Serviço de Urgência no período da manhã têm mais tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência (OM=1330,51) e os que foram admitidos no turno da noite são os que apresentam menor tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência (OM=1092,73), com diferença estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ). Os clientes admitidos no Serviço de Urgência no turno da noite têm mais tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência (OM=1406,68), enquanto os que foram admitidos no período da tarde revelam menor tempo decorrido (OM=1203,73), com relevância estatística ( $p=0,000$ ) (cf. tabela 18).

Tabela 14 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 (Kruskal-Wallis)

Período do dia da admissão no Serviço de Urgência	Noite	Manhã	Tarde	$\chi^2$	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	61,948	<b>0,000</b>
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	1406,68	1251,38	1203,73	17,720	<b>0,000</b>

- **Influência das variáveis clínicas no abandono do serviço de urgência por parte dos cliente nele admitidos**

Os clientes com prioridade clínica emergente revelam permanecer mais tempo quer após a triagem (OM=1570,00), quer após a primeira observação médica, desde logo, influenciando o abandono do Serviço de Urgência (OM=2252,00), sendo os clientes com atividade “programada” ou não urgente os que ficaram menos tempo no Serviço de Urgência (OM=660,22) e esperaram menos tempo entre a primeira observação médica e a opção de abandonarem o Serviço de Urgência (OM=911,12), com diferenças estatisticamente significativas para os dois tempos em análise ( $p=0,000$ , respetivamente) (cf. tabela 19).

Tabela 15 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 (Kruskal-Wallis)

Prioridade clínica	Atividade "programada" ou não urgente (branca)	Não urgente (azul)	Pouco urgente (verde)	Urgente (amarela)	Muito urgente (laranja)	Emergente (vermelho)	X <sup>2</sup>	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	127,756	<b>0,000</b>
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	149,380	<b>0,000</b>

Constata-se que os clientes cuja especialidade de primeira avaliação foi a ginecologia têm mais tempo mais tardio entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência (OM=2136,00), o mesmo se verifica após a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência (OM=1507,58), sendo os que a especialidade de primeira avaliação foi a Medicina Geral e Familiar os que têm menores tempos até ao abandono (OM=933,31; OM=953,65), com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ) (cf. tabela 20).

Tabela 16 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 (Kruskal-Wallis)

Especialidade de primeira avaliação	Ginecologia	MGF	Obstetrícia	Triagem médica	X <sup>2</sup>	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	102,400	<b>0,000</b>
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	1507,58	953,65	1440,43	1319,96	106,181	<b>0,000</b>

Constatam-se correlações positivas em quase todos os tempos até ao abandono do Serviço de Urgência, à exceção do tempo entre a triagem e a primeira observação médica com o tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência e entre o tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência e o tempo entre a triagem e a primeira observação médica, onde as correlações são negativas (cf. tabela 21).

Tabela 21. Correlações de Spearman's rho entre os tempos de permanência no Serviço de Urgência e o seu abandono

	Tempo de admissão na triagem	Tempo decorrido entre a triagem e a primeira observação médica	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
Tempo de admissão na triagem	-	0,215**	0,169**	0,006
Tempo decorrido entre a triagem e a primeira observação médica	0,215**	-	0,471**	-0,310**
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência	0,169**	0,471**	-	0,548**
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	0,006	-0,310**	0,548**	-

### 3. Discussão dos resultados

No presente capítulo faz-se a discussão dos resultados, tendo-se como linha orientadora as questões de investigação e os respetivos objetivos.

Na globalidade da 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. No estudo de Oliveira, Frutuoso, Veríssimo e Agripino (2017) também ficou registado que a maioria dos clientes que recorreu ao Serviço de Urgência era maioritariamente do género feminino, com uma média de idade de 53.9 anos. No entanto, em relação à idade, na amostra estudada registou-se uma média inferior ( $M=47,82$ ). Já no estudo de Netto, Kitadai, Salles, Vilas Boas, e Carvalho (2015), a sua amostra era maioritariamente constituída por clientes muito idosos ( $\geq 80$  anos). No estudo de Carvalho (2016) a maior procura do Serviço de Urgência foi por parte de clientes com idades compreendidas entre os 18 e os 96 anos, correspondendo-lhe uma média de 50,88 anos, com predominância das faixas etárias dos 36-41 anos, tendo-se registado no presente estudo que há um predomínio de clientes com idade compreendida entre os 36-65 anos (46,4%). O distrito de pertença é maioritariamente (91,2%) o de Viseu, prevalecendo os clientes que pertencem ao SNS (80,2%). A prioridade clínica mais prevalecte foi a classificada de urgente (amarela) (39,6%), seguindo-se a atribuição da prioridade pouco urgente (verde) (37,9%). No estudo de Gonçalves, Pinto Júnior, Salgado e Chianca (2015) foram admitidos 147 167 clientes no Serviço de Urgência, sendo a maioria do sexo feminino (55,9%), cuja prioridade clínica mais frequente foi a amarela (47,4%), seguida da verde (36,5%), estando os resultados apurados no presente estudo em conformidade, o que também é análogo ao estudo de Silva (2012), onde a maioria dos clientes (47,7%) foram classificados com a prioridade amarela, estando em menor representatividade (9,3%) a prioridade vermelha. Apurou-se igualmente que, na amostra estudada, os meses com mais casos de abandono foram agosto (11,6%) e fevereiro ( $n=10,4\%$ ). O período do dia com maior taxa de abandono do Serviço de Urgência foi o da manhã (51,3%), seguindo-se o período da tarde (37,3%), estes resultados corroboram os apurados por Justo (2015), onde houve uma maior afluência de clientes ao Serviço de Urgência no período da manhã e menor no período da noite. Os resultados do estudo de Silva (2012) mostram que o mês de agosto foi o de maior afluência, mas com registo de menor afluência no mês de fevereiro.

A maioria dos clientes que abandonaram o Serviço de Urgência era proveniente do exterior (72,9%) e foram avaliados pela triagem médica (78,7%). No estudo de Dixe, Passadouro, Peralta, Ferreira, Lourenço e Sousa (2018), com uma taxa de abandono do Serviço de Urgência de 2,6%, os clientes eram maioritariamente do sexo feminino e de

meia-idade, tendo recorrido ao Serviço de Urgência principalmente no período diurno, por iniciativa própria e a avaliação foi a triagem médica.

As estatísticas do tempo de admissão na triagem revelam uma média de 0:15±0:26 minutos. Os resultados do tempo de triagem e a primeira avaliação médica indicam, para o total da amostra, uma média de 3:11. Carvalho (2016), relativamente ao tempo de duração da triagem, registou que este demorou, em média, 2,02 minutos, com um tempo mínimo de 0 minutos e um máximo de 7 minutos. Em relação ao tempo de espera para a primeira observação médica, os clientes esperaram, em média, 98,04 minutos, com um tempo mínimo de espera de 2 minutos e um tempo máximo de 1091 minutos, o que difere dos resultados encontrados no presente estudo, onde o tempo de espera para a primeira observação médica foi menor. Oliveira et al. (2017), no seu estudo, constatou que o tempo de permanência no serviço de urgência foi de 215 minutos. A este propósito, Santos, Cardoso, Queirós, Cunha, Rodrigues e Apóstolo (2016) salientam que algumas das causas implícitas aos tempos de permanência prolongados no Serviço de Urgência são a sobrelotação do serviço e a escassez de profissionais de saúde. Assim, alegam que a causa da sobrelotação do Serviço de Urgência é multifatorial, estando subjacentes fatores que contribuem para tal, originando a redução da resposta da capacidade hospitalar.

Constatou-se, em relação ao tempo decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência, para o total da amostra, uma média de 5:55 minutos. O tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência, para o total da amostra, revelou uma média de 2:40 minutos. No estudo de Fragata (2017) o número de clientes que abandonaram o Serviço de Urgências do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, antes e após a observação médica durante o 1.º trimestre de 2017, foi: 4 clientes na prioridade laranja com ato médico, 98 clientes sem ato médico, 339 sem ato médico com prioridade verde, 68 clientes com prioridade azul e sem ato médico e abandono por parte de 3 clientes com prioridade branca e com ato médico. No estudo de Silva (2017), realizado no serviço de urgência do Hospital de Braga, registou-se uma prevalência de 0,24% de clientes que abandonaram o Serviço de Urgência antes da triagem, 0,11% após observação médica e 1,75% abandonaram-no após a triagem. É importante ressaltar que, segundo Campos (2017), não se registou em 2017 uma diminuição do número de admissões nos Serviços de Urgência nas regiões portuguesas com mais Unidades de Saúde Familiares. O mesmo autor refere que mesmo quando se alargam os horários nos centros de saúde, nas denominadas alturas de crise, como aconteceu no inverno do mesmo ano, os centros de saúde continuam a revelar pouca procura e os clientes continuam a recorrer ao Serviço de Urgência. Tendo em conta estes factos, o mesmo autor concluiu que quer a falta de médicos de família, quer as questões relativas ao acesso não são fatores explicativos *per se* do recurso excessivo

Aos Serviços de Urgência, sendo, inclusive, “legítimo inferir se o problema não estará mais na falta de resolubilidade dos cuidados primários” (p. 7). Campos (2017) salienta que a sobrelotação dos Serviços de Urgência e os longos tempos de espera não se justificam unicamente com o excesso de recurso às urgências, referindo a existência de “problemas no funcionamento das equipas de urgência” e “o problema da acumulação de doentes na urgência por falta de vagas nas enfermarias”, resultando na mobilização de uma “grande parte de capacidade da equipa que está na urgência” (Campos, 2017, p. 7).

Constatou-se que as mulheres permaneceram mais tempo após a triagem e a opção pelo abandono do Serviço de Urgência (OM=1221,80), os homens esperam mais tempo desde a primeira observação médica até à opção de abandonarem o Serviço de Urgência (OM=1300,11;  $p=0,001$ ). Os clientes mais velhos (>80 anos) permaneceram mais tempo desde a triagem e ao abandono do Serviço de Urgência (OM=1439,30;  $p=0,000$ ), tendo os com idade entre os 36 e os 65 anos permanecido mais tempo no Serviço de Urgência desde a primeira observação médica até optarem pelo abandono (OM=1272,57). Os clientes que permaneçam no Serviço de Urgência mais tempo após a triagem e a opção pelo seu abandono foram os que a origem do episódio de admissão foi outra para além das discriminadas (OM=1604,96), tendo esperado mais tempo entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência os provenientes da ARS/Centro de Saúde (OM=1602,23). Com menor tempo de espera entre a triagem e abandonar o Serviço de Urgência registaram-se os clientes provenientes da Saúde 24 (OM= 935,20), sendo estes também os que esperaram menos tempo entre a primeira observação médica e a opção pelo abandono do Serviço de Urgência (OM=1073,88), com diferenças estatisticamente significativas em ambas as situações ( $p=0,000$ ). Os clientes que abandonaram o Serviço de Urgência em fevereiro são os que esperam mais tempo após a triagem (OM=1436,70;  $p=0,000$ ), sendo os clientes admitidos no Serviço de Urgência em novembro que esperam 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. A investigação de Elder, Johnston e Crilly (2015) demonstrou que uma forma para diminuir os tempos de permanência no Serviço de Urgência, melhorar o fluxo dos clientes e reduzir as taxas de abandono pode passar pela agilização do tempo após a triagem e a primeira observação médica. No entanto, Sayah, Lai-Becker, Kingsley-Rocker, Scott-Long, O'Connor e Lobon (2016), no seu estudo, constataram que esta estratégia não resultou num impacto positivo no fluxo de doentes, verificando-se casos de abandono do Serviço de Urgência. Segundo Read, Varughese e

Cameron (2014), 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. Os autores acrescentam que as circunstâncias socioeconómicas criam motivações específicas suscetíveis de influenciar o acesso adequado ao Serviço de Urgência. Wiler, Griffey e Olsen (2011) associam a superlotação do Serviço de Urgência com possíveis efeitos nas taxas de abandono. Billings, Georghiou, Blunt e Bardsley (2013) mencionam que os clientes não urgentes podem chegar a esperar largas horas por atendimento, dos quais 15% optam mesmo pelo abandono do Serviço de Urgência, tendo estes uma significativa probabilidade de em 1-2 semanas após a passagem inicial regressarem ao Serviço de Urgência. De igual modo, Tai, Lee, Shih e Chen (2007) referenciam também como um dos efeitos da superlotação do Serviço de Urgência o abandono por parte dos clientes quer antes, quer após a triagem e a primeira avaliação médica.

## Conclusão

É chegado o momento de apresentar uma reflexão final acerca dos aspetos inerentes ao desenvolvimento desta investigação, realçando-se os resultados alcançados que se consideraram serem os mais pertinentes e abordam-se algumas implicações práticas destes resultantes.

O estudo refere-se a 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.

As estatísticas do tempo de admissão na triagem revelam, para o total da amostra, uma média de 0:15 minutos, com um tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação médica de 3:11 minutos.

Registou-se uma média de 5:55 minutos de tempo decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência, com um tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência de 2:40 minutos.

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.

As mulheres, os clientes mais velhos (>80 anos), admitidos em fevereiro os que a origem do episódio de admissão no Serviço de Urgência foi outra para além das discriminadas esperaram mais entre a triagem e a opção de abandonarem o Serviço de Urgência; os homens, os clientes na faixa etária dos 36-65, provenientes da ARS/Centro de Saúde e admitidos no mês de dezembro esperam mais tempo entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência. Concluiu-se também que os clientes que esperaram menos tempo entre a triagem e a opção pelo abandono do Serviço de Urgência

eram provenientes da Saúde 24 e os admitidos em outubro, sendo estes também os que têm menor tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência.

Este estudo comporta algumas limitações metodológicas, como sejam o facto de a amostra ser não probabilística e de conveniência. Outra limitação encontrada foi a lacuna ao nível dos registos, nomeadamente os registos de parâmetros vitais, o que inviabilizou o seu estudo. Assim, sendo, sugere-se que se replique este estudo com um espaço temporal mais alargado, o que contribuiria para o aprofundamento do tema em análise. Seria igualmente pertinente verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre Serviços de Urgência gerais de outras regiões portuguesas, tendo em conta a sazonalidade. Assumiu-se também como limitação deste estudo a escassez de bibliografia sobre o perfil dos clientes que abandonam o Serviço de Urgência, o que não permitiu uma explanação mais aprofundada do tema, de modo a discutir e comparar os resultados.

Por fim, refere-se que o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica contribuiu para o desenvolvimento profissional, ampliando conhecimentos, competências, raciocínio crítico e a melhoria na resolução de problemas e na tomada de decisão. Tendo-se como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa em situação crítica, os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação. O avanço no conhecimento requer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização.

## Referências bibliográficas

- Billings, J., Georghiou, T., Blunt, I., & Bardsley, M. (2013). Choosing a model to predict hospital admission: An observational study of new variants of predictive models for case finding. *BMJ Open*; 3(8), e003352. doi:10.1136/bmjopen-2013-003352.
- Buchanan, J., Dawkins, P., & Lindo, J.L. (2015). Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing world: A pilot study. *Int Emerg Nurs.*; 23(3), 218-24. doi: 10.1016/j.ienj.2015.01.001.
- Burström, L., Nordberg, M., Ornung, G., Castren, M., Wiklund, T., Engstrom, M.L., & Enlund, M. (2012). Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.*;20:57.
- Campos, L. (2017). As Mistificações à Volta das Urgências. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*; 7-8. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v24n1/v24n1a02.pdf>
- Cano, M.V., & Barbosa, H.F. (2016). Alta a pedido contra indicação médica sem iminente risco de morte. *Rev. bioét.*; 24(1), 147-55. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/1983-8034-bioet-24-1-0147.pdf>
- Carret, M.L., Fassa, A.C., & Domingues, M.R. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*, 25, 7-28.
- Carvalho, M.M.C. de (2016). O Sistema de Triagem de Manchester e a avaliação da pessoa com dor. (Dissertação de Mestrado). *Escola superior de Enfermagem de Coimbra*. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=44075>
- Chambel, É. (2012). *Cuidar no serviço de urgência na presença de acompanhantes*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24228>
- Dixe, M. dos A.R.C., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C, Lourenço, G., & Sousa, P.M.L. (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - n.º 16 - JAN./FEV./MAR. 2018, 41-52. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283. <https://doi.org/10.12707/RIV17095>

- Dixe, M.A.C.R., Peralta, R., Pereira, T., Ferreira, C., Lourenço, G. & Sousa, P.M.L. (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, 16, 41-52. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn16/serIVn16a05.pdf>
- Elder, E., Johnston, A., & Crilly, J. (2015). Review article: systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department. *Emergency Medicine Australasia : EMA*; 27(5), 394-404. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12446>.
- Fragata, R. (2017). *Qualidade em saúde “Os Indicadores de Qualidade no Serviço de Urgência Geral do CHLO”*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Atlântica. Acedido em <https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1128/1/Trabalho%20Est%C3%A1gio%20Rosaria%20Fraga%20-%203%C2%BA%20Ano%20Gest%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde.pdf>
- Gonçalves, P. C., Pinto Júnior, D., Salgado, P. O., & Chianca, T. C. M. (2015). Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a Emergency Hospital. *Invest Educ Enferm.*; 33(3), 425-431. Acedido em <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n3/v33n3a05.pdf>
- Grupo de Trabalho das Urgências (2011). *Reorganização das Urgências Hospitalares*. Hospitais EPE. Acedido em [http://www.hospitalsepe.minsaude.pt/Downloads\\_HEPE/producao\\_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf](http://www.hospitalsepe.minsaude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf)
- Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no serviço de urgência. Manual do Formando*. 2.ª edição. Amadora: Grupo Português de Triagem.
- Justo, A.R.M. (2015). *Caracterização e Análise das Admissões Hospitalares na Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. Um estudo com os utentes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central*. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/16278/1/RUN%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Raquel%20Justo.pdf>
- Lima, E.S. (2011). *O diretor e as avaliações praticadas na escola*. (Tese de doutoramento). Universidade de Brasília, Brasília. Acedido em [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10108/1/2011\\_EriseveltonSilvaLima.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10108/1/2011_EriseveltonSilvaLima.pdf)

- 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:e021246. doi:10.1136/bmjopen-2017-021246
- Möller, M., Fridlund, B., & Göransson, K. (2010). Patients' perceptions of encountering triage at an Emergency Department. *Scand J Caring Sci.*, 24, 746-754. 10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x.
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G.M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLOS ONE*, 30, 1-42. Acedido EM <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0203316&type=printable>
- Mumma, B.E., McCue, J.Y., Li, C.S., & Holmes, J.F. (2014). Effects of emergency department expansion on emergency department patient flow. *Academic Emergency Medicine*, 21(5), 504-509. <https://doi.org/10.1111/acem.12366>
- Netto, M.P. Kitadai, F. T., Salles, R. F. N., Vilas Boas, C. M. & Carvalho, M. C. G. (2015). *A quarta idade: o desafio da longevidade*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Oliveira, P., Frutuoso, B., Veríssimo, R., & Agripino, A. (2017). O Doente Idoso no Serviço de Urgência. *Galicia Clin*; 78 (1), 11-14. Acedido em <https://galiciaclinica.info/PDF/43/1055.pdf>
- Paixão, T.C., Campanharo, C.R., Lopes, M.C., Okuno, M.F., & Batista, R.E. (2015). Dimensionamento de enfermagem em sala de emergência de um hospital-escola. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 486-493.
- Read, J., Varughese, S., & Cameron, P.A. (2014). Determinants of non-urgent emergency department attendance among females in Qatar. *Qatar Medical Journal*; 14(2), 98-105. doi:10.5339/qmj.2014.16
- Santos, E., Cardoso, D., Queirós, P., Cunha, M., Rodrigues, M., & Apóstolo, J. (2016). The effects of emergency department overcrowding on admitted patient outcomes: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*; 14, 5: 96-102. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-002562
- Santos, E., Cardoso, D., Queirós, P., Cunha, M., Rodrigues, M., Apóstolo, J. (2016). The effects of emergency department overcrowding on admitted patient outcomes: a systematic review protocol", *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14, 5: 96-102. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-002562

- Sayah, A., Lai-Becker, M., Kingsley-Rocker, L., Scott-Long, T., O'Connor, K., & Lobon, L.F. (2016). Emergency department expansion versus patient flow improvement: Impact on patient experience of care. *Journal of Emergency Medicine*, 50(2), 339-348. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.06.068>
- Silva, A.C.M. (2012). *Perfil dos utilizadores das urgências um estudo no Centro Hospitalar Cova da Beira*. (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior. Ciências da Saúde. Acedido em <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1063/1/Tese%20de%20Mestrado-%20Ana%20Marques%20da%20Silva.pdf>
- Silva, M.J.S.C. (2017). *Comparação de Modelos de Previsão da Chegada de Utentes ao Serviço de Urgência*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho. Acedido em [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/46536/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Miguel\\_Silva\\_PG29018.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/46536/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Miguel_Silva_PG29018.pdf)
- Soremekun, O. A., Shofer, F. S., Grasso, D., Mills, A. M., Moore, J., & Datner, E. M. (2014). The effect of an emergency department dedicated midtrack area on patient flow. *Academic Emergency Medicine*, 21(4), 434-439. <https://doi.org/10.1111/acem.12345>
- Storm-Versloot, M.N., Ubbink, D.T., Kappelhof, J. et al. (2011). Comparison of an informally structured triage system, the emergency severity index, and the Manchester Triage System to distinguish patient priority in the emergency department. *Acad Emerg Med*; 18, 822-829.
- Storm-Versloot, M.N., Vermeulen, H., van Lammeren, N., Luitse, J.S., & Goslings, J.C. (2014). Influence of the Manchester triage system on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. *Emergency Medicine Journal*, 31(1),13-8. doi: 10.1136/emered-2012-201099. Epub 2013 Jan 8.
- Tai, C.-C., Lee, C.-C., Shih, C.-L., & Chen, S.-C. (2007). Effects of ambient temperature on volume, specialty composition and triage levels of emergency department visits. *Emergency Medicine Journal : EMJ*; 24(9), 641-4. doi:10.1136/emj.2006.045310
- Unwin, M., Kinsman, L., & Rigby, S. (2016). Why are we waiting? Patients' perspectives for accessing emergency department services with non-urgent complaints. *International Emergency Nurse*, 29, 3-8. doi:10.1016/j.ienj.2016.09.003
- Wiler, J.L., Griffey, R.T., & Olsen, T. (2011). Review of modeling approaches for emergency department patient flow and crowding research. *Academic Emergency Medicine*; 18(12), 1371-1379. doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01135.x

## **Anexos**



## Anexo I – Pedido de Parecer à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Tondela-Viseu



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
CHTV

### DELIBERAÇÃO

<b>N/ Referência</b>	<b>02/05/2018</b>
<b>Designação</b>	Pedido de autorização para efetuar recolha de dados de suporte e desenvolver o projeto de investigação subordinado ao tema "Evidências para Não arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta."
<b>Inv. Responsável</b>	Professora Madalena Cunha - ESEV
<b>Outros Colaboradores</b>	Dr. Miguel Sequeira – Diretor Serviço Urgência - HST
<b>Data do documento</b>	05 março 2018
<b>Data de Entrada na CES</b>	23 março 2018
<b>Data de Deliberação CES</b>	1ª deliberação: 16/04/2018 - 2ª deliberação: 21/05/2018

Analisado o pedido de autorização para efetuar recolha de dados de suporte e desenvolver o projeto de investigação subordinado ao tema "Evidências para Não arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta", cuja investigadora responsável é a Professora Madalena Cunha da ESEV com a colaboração do Dr. Miguel Sequeira, Diretor do Serviço Urgência do HST (CHTV), esta CES, deliberou que nada há opor ao mesmo.

**Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 21/05/2018:**

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro

Vice-presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade

Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento

Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Ana Maria Pinto da Costa

Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida

**A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHTV**



## Anexo II - Grelha de Recolha de Dados

### Perfil dos clientes que abandonaram o Serviço de Urgência no ano de 2018

---

Nº Quest: \_\_\_\_\_

#### Variáveis Sociodemográficas

- 1 **Idade:** \_\_\_\_\_ anos
- 2 **Género:**  Masculino  
 Feminino
- 3 **Distrito de Residência**  Viseu  
 Outros \_\_\_\_\_
- 4 **Proveniência:**  ARS/ Centro de saúde  
 Exterior  
 INEM  
 Saúde 24  
 Outra \_\_\_\_\_
- 5 **Sistema de Saúde**  ADSE  
 SNS  
 Outros \_\_\_\_\_

#### Variáveis de Contexto

- 6 **Data de Admissão** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2018
- 7 **Hora de Admissão ao Serviço urgência** \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_
- 8 **Turno** Manhã  Tarde  Noite
- 
- 9 **Dia da semana** \_\_\_\_\_

**10 Transporte**

- INEM
- VMER
- Transporte Próprio

- Ambulância
- Outros

**Variáveis Clínicas**

**11 Prioridades**

- sem triagem
- branco
- azul
- verde
- amarelo
- laranja
- vermelho

**12 Especialidade médica:**

---