



6.º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Sobrelotação do Serviço de Urgência:
Estratégias de Redução**

Ana Margarida Paiva Antunes de Carvalho

Leiria, setembro de 2019



6.º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Sobrelotação do Serviço de Urgência - Estratégias de
Redução Percecionadas por Enfermeiros**

Dissertação para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Ana Margarida Paiva Antunes de Carvalho
(Estudante n.º 5170024)

Unidade Curricular: Dissertação

Professora Orientadora: Professora Doutora Saudade Lopes

Leiria, setembro de 2019

Pensamento

“O único homem que está isento de erros é aquele que não arrisca acertar.”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Saudade Lopes, pela incansável disponibilidade e sabedoria demonstradas, que possibilitaram a chegada a esta etapa.

Aos amigos, a família que escolhemos: Sofia, André, Carolina e Francisco, por estarem sempre lá. À Sílvia e ao Tiago, pela racionalidade e companheirismo. À Maria João, a *Boss*.

À minha mãe, o pilar da minha existência.

Aos que direta e/ou indiretamente contribuíram para alcançar esta meta.

O meu obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACP – Análise em Componentes Principais

ANOVA – Análise de Variância

CRRNEU - Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

DP – Desvio Padrão

EERSSU – Escala de Estratégias de Redução da Sobrelotação dos Serviços de Urgência

ESPMC – Especialidade e/ou Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESPMENF – Especialidade e/ou Mestrado em outras áreas de Enfermagem

ERI - Equipa de Reanimação Interna

ISO – *International Standards Organization*

JCAHCO - *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization*

KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin*

Máx. – Máximo

Min. - Mínimo

OCDE - Organização para o Crescimento e Desenvolvimento Económico

PG – Pós-Graduação

RICCR - Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SU's – Serviços de Urgência

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TM – Triagem de Manchester

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

Enquadramento: A sobrelotação nos serviços de urgência hospitalar é um problema existente nos hospitais portugueses. Os SU são um dos maiores pilares dos hospitais, dotados de uma grande carga de complexidade, com o objetivo major de prestar cuidados imediatos, urgentes e emergentes a todo o tipo de indivíduos. Os Enfermeiros lidam com esta realidade diariamente, necessitando de estratégias de redução da sobrelotação para melhorar os cuidados prestados.

Objetivos: Identificar as estratégias que possam ser consideradas válidas e aplicáveis nos SU portugueses, na redução da sobrelotação. Validar a escala das estratégias de redução de sobrelotação do serviço de urgência (EERSSU). Relacionar as estratégias encontradas com a idade, sexo, formação académica/profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional em SU e formação em TM dos participantes.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, correlacional, com uma amostra de 228 enfermeiros a exercerem funções em serviços de urgência portugueses. Foi aplicada uma escala previamente existente acerca das estratégias de redução da sobrelotação, para avaliação do nível de concordância, com limites de 1 a 5, (1-discordo totalmente, 5-concordo plenamente. Foi avaliada a existência de diferenças estatisticamente significativas e correlações entre a variável principal em estudo (sobrelotação) e as variáveis independentes.

Resultados: A EERSSU apresenta boas características psicométricas, com α de *Cronbach* de 0.911 e KMO,851. A validade fatorial levou a 5 fatores: Gestão de Processos Clínicos, Gestão de Competências, Práticas de Controlo da Qualidade, Gestão de Recursos Físicos e Humanos e Controlo de Acesso de Doentes, que explicam 51.9% da variância total. As estratégias de redução que obtiveram maiores níveis de concordância foram: criação de protocolos institucionais para a transferência de doentes (M=4.30, DP=0.74), planeamento precoce da alta (M=4.21, DP=0.78), agilização dos tempos de resposta de testes laboratoriais e imagiológicos (M=4.12, DP=0.89) e criação de uma equipa de coordenação para tratar e avaliar doentes, evitando readmissões (M=4.09, DP=0.88).

Conclusão: As estratégias percecionadas podem contribuir para a redução da sobrelotação, com o propósito da melhoria da qualidade dos cuidados, da segurança do doente, sendo ferramentas disponíveis para implementação nos serviços de urgência portugueses.

Palavras-chave: Sobrelotação, estratégias, redução, urgências, enfermeiros.

ABSTRACT

Introduction: The emergency department (ED) is a key pillar of the hospital organization, implying high complexity and entailing the need to provide immediate emergency care to all patients. Overcrowding in such department is a reality in many Portuguese hospitals. Nursing staff dealing with this issue need strategies to cope with the reduction of overcrowding to improve patient care.

Objectives: To identify valid and applicable strategies to reduce overcrowding in the Portuguese EDs. To validate a score of strategies to reduce overcrowding in the ED. To relate identified strategies with the studied population characteristics namely, age, gender, professional abilities, time of practice as a nurse and as an ED nurse and triage competencies.

Methodology: We carried out a quantitative correlational study using an existing score as means of query applied to nurses working in Portuguese EDs. The applied score concerning strategies to reduce overcrowding, evaluates the level of agreement from one (totally disagree) through five (totally agree). We carried out statistical analysis between the main variable of the study (overcrowding) and the independent variables.

Results: The Scale of Overcrowding Reduction Strategies in the Emergency Department revealed good psychometric characteristics: Cronbach α 0.911 and KMO 0,851. Its factor validity points to five factors: clinical file management, skill management, quality control management, human resources management and patient access control accounting for 51.9% of the total variance. The choice of strategies revealed higher levels of agreement in the creation of institutional protocols for patient transfer (M=4.30, SD=0.74), discharge planning (M=4.21, SD=0.78), expedite laboratory tests and imagological exams (M=4.12, SD=0.89) and creation of a dedicated coordination team for patient assessment, avoiding readmissions (M=4.09, SD=0.88).

Conclusion: The perceived strategies may contribute to the reduction of overcrowding, with the intention of improving quality of care and patient safety, as available tools to implement on Portuguese EDs.

Keywords: overcrowding, strategies, reduction, emergency services, nurses.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 15

1. SOBRELOTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA, PARADIGMA ATUAL 18

1.1 ASPETOS ETIOLÓGICOS DA SOBRELOTAÇÃO 18

1.2 ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DA SOBRELOTAÇÃO 23

2. METODOLOGIA 26

2.1 CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS 26

2.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 27

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 28

2.4 VARIÁVEIS 29

2.5 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS 30

2.6 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 31

2.7 TRATAMENTO DE DADOS 32

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS 36

3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA 36

3.2 CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DA SOBRELOTAÇÃO 37

3.3 RELAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DA SOBRELOTAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS DOS PARTICPANTES 44

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS 51

5. CONCLUSÃO 63

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 66

APÊNDICES

APÊNDICE I – ESCALA DE ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DA SOBRELOTAÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

ANEXOS

ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DA SOBRELOTAÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

ANEXO III – PEDIDO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e profissionais da amostra

Tabela 2 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de *Cronbach*) da EERSSU

Tabela 3 - Testes de KMO e *Bartlett* sobre EERSSU

Tabela 4 - Análise fatorial da EERSSU pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação *varimax*

Tabela 5 - Resumo dos Resultados da análise em Componentes Principais da EERSSU

Tabela 6 - Matriz de Correlação de *Pearson* entre os 5 fatores e o total da EERSSU

Tabela 7 - Teste de *Kruskal-Wallis* entre os factores da escala e os grupos de formação académica/profissional dos enfermeiros

Tabela 8 - Teste de ANOVA *one-way* com a transformação do factor 2 entre os grupos de formação académica/profissional dos enfermeiros

Tabela 9 - Teste de *Kruskal-Wallis* da relação entre as estratégias de redução e a sobrelotação enquanto problema

Tabela 10 - Correlação de *Spearman* entre a EERSSU (factores e total) e o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício em SU dos enfermeiros

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Valores de Interpretação do Alfa de *Cronbach*

Quadro 2 – Valores de Referência de KMO

Quadro 3 – Interpretação dos Coeficientes de Correlação

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sobrelotação do SU

Gráfico 2 – Gráfico de escarpa da análise factorial

Gráfico 3 – Teste U de *Mann-Whitney* de amostras independentes de enfermeiros com ou sem formação em TM para o factor 1 da EERSSU

Gráfico 4 – Teste U de *Mann-Whitney* de amostras independentes de enfermeiros com ou sem formação em TM para o factor 2 da EERSSU

Gráfico 5 – Teste U de *Mann-Whitney* de amostras independentes de enfermeiros com ou sem formação em TM para o factor 3 da EERSSU

Gráfico 6 – Teste U de *Mann-Whitney* de amostras independentes de enfermeiros com ou sem formação em TM para o factor 4 da EERSSU

Gráfico 7 – Teste U de *Mann-Whitney* de amostras independentes de enfermeiros com ou sem formação em TM para o factor 5 da EERSSU

Gráfico 8 – Teste U de *Mann-Whitney* de amostras independentes de enfermeiros com ou sem formação em TM para o total da EERSSU

INTRODUÇÃO

Nunca em Portugal se abordou tanto a temática alusiva aos Enfermeiros, bem como o desempenho dos serviços hospitalares, em particular aos serviços de Urgência (SU) como de há cerca de dois anos a esta parte, fruto da enfatização dos meios de comunicação social. Os SU's apresentam-se como um dos maiores pilares dos hospitais, dotados de uma grande carga de complexidade e especificidade, que concentram em si o objetivo major de prestar cuidados imediatos, urgentes e emergentes a todo o tipo de indivíduos, de todas as faixas etárias, culturas, raças ou estádios de vida. É o serviço que admite, trata e cuida todos os doentes que a ele se dirijam, não olhando à tipologia da doença súbita, que faz um indivíduo recorrer ao mesmo.

A sobrelotação do mesmo está associada a diversos fatores, entre os quais o reduzido acesso a outros serviços de emergência médica e/ou de cuidados de saúde primários, provocando atrasos nos cuidados a doentes urgentes e aumento da mortalidade (Silva, 2017, citando Hoot et al., 2007).

Um SU está em esforço permanente para lidar com a procura constante e tentar avaliar, diagnosticar e tratar os doentes num curto espaço de tempo (Brazão, 2016).

Nesta perspetiva assume especial importância o presente estudo, enquadrado no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, ministrado pela Escola Superior de Saúde de Leiria. A escolha do tema prende-se com a preocupação acerca da crescente procura de um SU, cuja excessiva afluência coloca em causa a qualidade dos cuidados prestados, e apresenta inconvenientes a vários níveis, com consequências nefastas para os profissionais, os doentes e as famílias/acompanhantes/pessoas de referência.

Surge a urgente necessidade de contribuir para a resolução desta problemática. Na atualidade em que nos encontramos, ocorreram avanços significativos no atendimento das situações de emergência e alterações bastante profundas na tomada de consciência dos cidadãos pelos seus direitos, levando a Enfermagem, enquanto profissão, a reconstruir a sua atividade e a definir o seu papel perante as equipas multiprofissionais, em que está inserida (Nunes, 2010).

Perante a inequívoca necessidade de trabalhar este tema, define-se a seguinte questão de investigação:

- Quais são as estratégias consideradas válidas pelos Enfermeiros dos Serviços de Urgência dos hospitais portugueses, com potencial para reduzir as situações de sobrelotação nos seus serviços?

Neste sentido, surge como linha orientadora a formulação dos seguintes objetivos, numa investigação que se enquadra num estudo quantitativo do tipo correlacional:

- Identificar as estratégias que possam ser consideradas válidas e aplicáveis nos SU portugueses, na melhoria da problemática da sobrelotação.
- Validar a escala das estratégias de redução de sobrelotação do serviço de urgência hospitalar elaborada noutro estudo.
- Relacionar as estratégias encontradas, com a idade, sexo, formação académica/profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional em SU e formação em Triagem de Manchester (TM) dos participantes.

O trabalho será constituído por duas partes, relacionadas entre si. Na primeira, que corresponde à fase conceptual, será desenvolvida a contextualização do estudo, e realizada uma revisão da literatura acerca da sobrelotação de um SU, para uma melhor compreensão da mesma. Para a realização deste enquadramento teórico, revelou-se importante a pesquisa bibliográfica em dissertações, artigos e livros científicos, após consulta das bases de dados *Scielo*, *Science Direct*, *Medline* e *Pubmed*. Após a seleção da bibliografia mais pertinente e atual, procede-se à sua análise crítica e posterior organização dos conteúdos.

Na segunda parte, a fase metodológica, desenvolve-se o desenho da investigação ou metodologia fundamentada do estudo. Recorreu-se a uma amostra de enfermeiros a exercer funções no SU's portugueses. Foi utilizada a EERSSU (Escala de Estratégias de Redução da Sobrelotação de um Serviço de Urgência), através da plataforma online Google *forms* e enviada eletronicamente, com a possibilidade dos profissionais responderem em altura que lhes oportuna. Foi acautelado o consentimento informado e garantido o anonimato dos participantes. Posteriormente foi efetuada a apresentação dos dados e discussão dos resultados, e realizada uma conclusão.

1. SOBRELOTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA, PARADIGMA ATUAL

Os hospitais constituem um forte elo da cadeia que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) desempenha no quotidiano de cada ser humano. Tratam-se de “sistemas complexos, cujas variadas áreas de atuação estão divididas segundo especialidades médicas, contando com o auxílio de equipamentos tecnológicos para a resolução de problemas de saúde dos pacientes que todos os dias lá chegam” (Vieira, 2016, p 20).

Assiste-se de algum tempo a esta parte, a uma acrescida afluência aos SU's. A deslocação excessiva de doentes a estes serviços, cuja priorização segundo a TM é de pouco urgente ou não urgente, é uma constatação cada vez mais evidente, o que acarreta grandes dificuldades na gestão do tempo e dos cuidados aos doentes com patologias e/ou doença súbita que carecem de intervenção imediata (Dixe, 2018).

1.1- ASPETOS ETIOLOGICOS DA SOBRELOTAÇÃO

A sobrelotação de um SU está associada a diversos fatores, entre os quais o reduzido acesso a outros serviços de emergência médica e/ou de cuidados de saúde primários, provocando atrasos nos cuidados a doentes urgentes e aumento da mortalidade (Silva, 2017, citando Hoot et al., 2007).

A sobrelotação de um SU pode ser descrita como uma situação em que as necessidades do SU ultrapassam os recursos disponíveis, e ocorre quando há mais utentes que camas e os tempos de espera excedem um período razoável (CAEP, 2017).

Mccain, (2011) citando Boyle et al. 2011, acrescenta que a sobrelotação em SU é um dos problemas emergentes que afeta diretamente médicos, enfermeiros e doentes, em países desenvolvidos. Cresce o conceito que a sobrelotação espelha o estado de equilíbrio de um sistema de saúde. Sendo tal verdade, a elevada escala de evidência demonstra que isso alarma os doentes alocados no SU. A sobrelotação gera ainda outras consequências segundo o autor, no que concerne à administração de analgésicos, antibióticos e até procedimentos como trombólise e intervenção percutânea coronária. Tal cenário compromete valores humanos como privacidade, dignidade de cuidados e tratamento. As equipas de emergência deparam-se com

dificuldades acrescidas, quando não existem macas disponíveis para os doentes vindos do exterior, levando a atrasos na sua disponibilidade, colocando em causa o socorro pré-hospitalar.

Crawford (2013), elenca a realidade australiana vivida, que não difere da descrita em Portugal. Considerando as diferenças culturais, geográficas, sociais e económicas vive-se no sistema de saúde australiano, um aumento significativo na procura dos serviços, que conduz a uma pressão na prática clínica, resultado do envelhecimento da população, sendo exigidos maiores cuidados clínicos. A par disto, existem poucos médicos de família, e dificuldades associadas aos custos elevados das visitas domiciliárias, bem como uma população com maior literacia em saúde, que reconhece a necessidade acrescida de cuidados. Acrescenta novos dados ao tema, alegando que a sobrelotação não é causada apenas por um evento isolado. As causas responsáveis são variadas e encontram-se intimamente relacionadas entre si. As mais comuns descritas são a idade dos doentes, e respetiva necessidade acrescida de cuidados, aumento do volume de doentes, a falta de camas para fazer face à quantidade de doentes admitidos, a redução de enfermeiros e pessoal administrativo em funções, atrasos na receção de resultados de exames imagiológicos e laboratoriais, espaço físico do SU limitado, dificuldades ao nível cultural e linguístico, e por último, burocracia relacionada com requisições médicas.

A exigência vigente da atualidade, faz com que os serviços de saúde se encontrem em permanente análise crítica, por parte dos doentes/familiares/acompanhantes, bem como comunicação social e restante sociedade. Desta forma, o desempenho dos mesmos está sob permanente crítica e questionamento, em especial, os serviços de urgência.

De acordo com o trabalho realizado pela Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), em 2012, salienta-se o resultado de que toda a população em Portugal continental tem acesso em menos de sessenta minutos a um SU.

Silva (2017) refere que os SU garantem a oferta contínua e diferenciada de cuidados de saúde a toda a população, todos os dias do ano. Não sendo constitucionalmente possível negar a prestação de cuidados, a população opta frequentemente por resolver os seus problemas de saúde agudos, independentemente da sua urgência, nos SU's. Decorrente disso, observa-se um excesso de procura, para o qual os SU's não foram inicialmente dimensionados. Esta circunstância traduz-se em diversos problemas de gestão, como escassez de recursos disponíveis, humanos e materiais, e/ou atrasos nos fluxos dos doentes, podendo comprometer a qualidade de atendimento e segurança do doente.

Vieira (2016) acrescenta que esta situação se deve fundamentalmente a um envelhecimento cada vez mais evidente da população, que leva a um conseqüente aumento da procura de cuidados médicos. Não obstante, a dificuldade na acessibilidade aos cuidados de saúde primários pode constituir um fator para o aumento de admissões nos SU, de casos não urgentes. Este aumento registado origina muitas vezes a sobrelotação da urgência de um hospital, levando a tempos de espera excessivos e redução da qualidade dos cuidados de saúde prestados, o que tem como conseqüências a degradação da resposta clínica e insatisfação dos doentes.

Em 2017, a Organização para o Crescimento e Desenvolvimento Económico (OCDE), demonstra num estudo publicado sobre desperdício na despesa da saúde nos países membros, que 20% das urgências em Portugal são inapropriadas, levando a indicadores insatisfatórios no que concerne à utilização dos SU.

A sobrelotação é um fenómeno à escala mundial, existente nos cuidados de saúde e bem patente no quotidiano dos SU. A realidade vivida pelo Brasil é-nos demonstrada por Guedes (2014), ao aludir ao facto de que “nas últimas décadas verificou-se uma mudança no perfil de morbilidade e mortalidade da população brasileira e considera-se que a ineficácia do sistema de saúde para atender a essas mudanças continua. Por sua vez, os serviços de urgência e emergência têm representado a principal porta de entrada ao sistema de saúde, o que gera sobrelotação nas unidades. Esta é agravada pela falta de preparação da equipa para receber e organizar tal contingente (Ministério da Saúde, 2006). Procurar uma forma de reorganizar estes serviços tornou-se primordial, com o intuito de estabelecer critérios onde o paciente não sofra prejuízos decorrentes da espera.” Os autores constataam ainda que o hospital onde foi efetuado o estudo, em Minas Gerais, é alvo de uma grande procura nos serviços de urgência e emergência, e que muitos doentes atendidos poderiam ter recorrido a unidades básicas de saúde.

A sobrelotação nos serviços de urgência é um problema existente em todos os hospitais portugueses. Caracteriza-se pela existência de doentes acamados nos corredores a aguardarem vagas nos serviços de internamento, a aguardarem observação e decisões clínicas. São situações que provocam mau estar nas equipas de enfermagem originando sobrecarga de trabalho, tensão emocional na equipa, com o conseqüente compromisso de cuidados nos novos atendimentos (Bittencourt, R. J. Hortale, V, A.2009).

O conceito de “emergência e urgência médica” está definido no despacho 18459/2006, do Diário da República, como qualquer “situação clínica de instalação súbita na qual,

respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais” (p.1). Neste despacho não se faz distinção entre urgência e emergência. Na definição adotada a utilização do termo súbito é demasiado restritiva, porque existem muitas situações emergentes que não são súbitas.

A reorganização das Urgências hospitalares levada a cabo em 2008 foi fruto de estudos, não se alheando de opiniões controversas, polémicas e amplamente discutidas, continuando por vezes a ser posta em causa. O despacho supracitado refere que a sua criação assentou em pilares como os seguintes aspetos:

“Reconhecendo como condição simultânea de eficiência e de eficácia do SNS a existência de uma rede articulada de serviços de urgência com três níveis de hierarquização (urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica, urgência básica) correspondentes a capacidades diferenciadas de resposta para necessidades distintas, evitando, assim, encaminhamentos sucessivos do doente urgente/emergente;

Promovendo a criação dos serviços de urgência básica, na rede hospitalar e em centros de saúde a identificar e qualificar para o efeito, nomeadamente com recursos humanos e meios complementares de diagnóstico adequados, que permitam, com maior proximidade, a resolução das situações urgentes de menor gravidade dos utentes do SNS (Despacho n.º 18459/2006, p.1).

Pode ainda ler-se neste despacho que os objetivos passavam por promover e salvaguardar a qualidade e segurança dos cuidados clínicos em doentes urgentes e emergentes, com recurso a transporte distinto e aproveitamento dos escassos recursos humanos especializados e otimização do local de trabalho. Foi assumido o compromisso de um adequado funcionamento dos SU's e a existência de equipas especializadas e dedicadas, tendo em vista os “ganhos em saúde que uma rede devidamente organizada, qualificada e conhecida pode promover ao orientar a procura direta do nível de cuidados adequados à situação específica de urgência/emergência” (Despacho n.º 18459/2006, p.1).

Esta reforma teve ainda como objetivos a melhoria do acesso, da equidade, da segurança, da qualidade e da racionalização dos recursos no atendimento aos doentes urgentes em Portugal.

Volvidos estes anos após esta decisão tomada, a sobrelotação vivida nos SU, bem como a escassez de recursos humanos, as dificuldades e constrangimentos acrescidos pelo sucessivo e

progressivo envelhecimento da população, e a exigência de cuidados demonstram-nos que algo não está a permitir levar a bom rumo as decisões tomadas na reorganização dos cuidados de saúde a nível nacional.

Tendo em conta a reorganização dos SU's, no Despacho n.º 5414/2008, a rede de urgência/emergência deveria ter 89 pontos: 45 Serviços de Urgência Básicos (SUB), 30 Serviços de Urgência Médico-Cirúrgicos (SUMC) e 14 Serviços de Urgência Polivalentes (SUP). Com base no Despacho n.º 13427/2015, que revoga o anterior, a rede passa a ter entre 78 e 81 pontos, podendo ter entre 35 e 38 SUB, 30 ou 31 SUMC, e 13 SUP.

Uma das maiores causas que contribuem para a sobrelotação assenta no aumento do tempo de permanência em SU sendo o principal fator desencadeante, assim como a falta de camas disponíveis em serviços de internamento, e o atraso no diagnóstico e tratamento, a sua principal consequência, conduzindo ao aumento da mortalidade (Bittencourt, R, J. Hortale, V, A.2009).

Dados do Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência (RICCR), inseridos no Plano Nacional de Saúde 2012/2016, demonstram que o recurso ao SU em Portugal continua a ser excessivo, fato que mais se diferencia quando se compara à realidade de outros países europeus, “considerando que a estimativa para a população portuguesa em 2012 era de 10.487.289 habitantes, temos 696 admissões na urgência por mil habitantes. Em Inglaterra, nesse mesmo ano, foram atendidos 18,3 milhões de doentes nos serviços de urgência, o que significa 345 admissões por mil habitantes” (Campos, 2014). As causas que levam a estes elevados números encontram a sua explicação em vários fatores, apontados neste Roteiro de Intervenção, entre os quais, a existência de cerca de um milhão de habitantes sem médico de família, ou a falta de acesso ao mesmo em tempo útil, o que inviabiliza a ida dos doentes aos cuidados de saúde primários, levando-os a recorrer aos SU's, sem que a sua situação de saúde o justifique, agravando a sobrelotação.

Urge então a criação de estratégias que levem à melhoria do descrito, no que concerne quer à sobrelotação, bem como à mitigação dos seus variados efeitos nefastos.

1.2 – ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DA SOBRELOTAÇÃO

Yarmohammadian (2017), define a sobrelotação como uma crise nacional em alguns países, sendo o fenómeno que mais atrasos provoca no fluxo dos doentes. Refere que a sobrelotação está associada ao aumento da mortalidade, bem como à ocorrência do erro na alocação de doentes, o atraso no atendimento ao doente crítico (como a administração precoce de antibióticos em casos de sépsis), e maior tempo de espera para atendimento médico, colocando em causa a segurança do doente. O autor elabora um estudo para definir estratégias de redução, tendo sintetizado as mesmas em, nomeadamente, *streaming* (realizado por médicos) rápido acesso (realizado por médicos e enfermeiros), equipa de triagem (composta por médico e enfermeiros peritos/seniores) *point of care ultrasonography* e *point of care testing* (realizado por enfermeiros seniores), uso de modelos de fluxo de doentes (realizado por médicos e enfermeiros), pedidos de raio-X (realizado pelos enfermeiros).

Heede e Voorde (2016) estudaram várias políticas/estratégias aplicadas em países desenvolvidos e a sua eficácia na redução da utilização dos SU, que resulta em sobrelotação. As estratégias apontadas foram diferenciar os cuidados pré-hospitalares (com recurso a chamadas), melhorar os cuidados de saúde primários, coordenação, suporte e formação para a autogestão e barreiras condicionantes no acesso ao SU. Os mesmos autores referem que apesar dos inúmeros estudos realizados com este objetivo, é manifestamente ainda insuficiente as estratégias, dado que a utilização do SU ainda é abusiva, e a redução observada é escassa (Catarino, 2017).

Catarino (2017, p.12) refere-se à sobrelotação como “um flagelo a nível nacional”, que urge minimizar, com recurso ao estudo do padrão de utilizadores deste serviço, de forma a obter uma resposta eficiente, enquanto estratégia de redução.

Linden (2019), num estudo sobre a aglomeração/sobrelotação dos SU's e o fluxo de doentes conclui que o impacto da implementação de uma estratégia multimodal reduz com sucesso a sobrelotação. Esta estratégia passa pela alocação de mais um enfermeiro na sala de emergência, 5 especialistas médicos durante o pico da afluência e um programa *Lean* para melhorar os tempos dos exames radiológicos. O programa *Lean* assenta numa política de gestão, que de forma integrada visa o objetivo em que todos os participantes melhoram continuamente processo e a produção. Assenta na eliminação do desperdício em processos, na redução de

custos e tempos de espera. Esta estratégia inicialmente aplicada ao sector industrial, foi aplicada à saúde, de modo a aperfeiçoar o fluxo de doentes, funcionários e informação.

Chan (2015), desenvolveu um estudo sobre estratégias e soluções para a sobrelotação e o acesso dos doentes aos internamentos. Refere que o acesso dos doentes é condicionado pela constante sobrelotação, e identifica estratégias relativas à redução baseadas na gestão e aumento dos recursos físicos e humanos. Engloba a criação de espaços para a avaliação de doentes, alocando os mesmos, recorrendo a enfermeiros peritos em emergência e por outro lado criação de unidades de decisão clínica, alta precoce e fluxo de doentes, com uma política de gestão/ação na priorização de recursos.

Quais são então os desafios e as problemáticas alocadas a este tema? Segundo Campos (2014 p.4), “este é um problema complexo que exige uma resposta múltipla e complexa. Estas estratégias devem implicar campanhas de educação dos cidadãos que incidam sobre a boa utilização dos serviços de saúde, promoção da Linha Saúde 24, melhor aproveitamento dos hospitais de dia, possibilidade de os médicos nos Centros de Saúde poderem ver os doentes em menos de 12 horas, vagas para as urgências nas consultas hospitalares, programas de gestão integrada dos doentes *high-users* da urgência e outras.”

O contexto nacional apresenta estratégias de redução, baseadas na proposta do CRRNEU (2012), tais como a necessidade de regularizar a procura ao SU, aumentando e motivando o acesso a sistemas telefónicos centrais de triagem e orientação de doentes. A criação da Linha Saúde 24, em 2006, foi uma das estratégias criadas pelo SNS, com vista à melhoria da acessibilidade em saúde, através do encaminhamento apropriado dos doentes para as instituições mais adequadas, racionalizando o uso dos recursos humanos e físicos, conferindo alguma disciplina na orientação dos doentes e no autocuidado (Resolução do Conselho de Ministros n.º 5-A/2016). Atualmente é designada de SNS 24 e no ano de 2018 recebeu cerca de 3 mil chamadas por dia, dados do SNS 24 em 2019.

Gonçalves (2018), elencou as seguintes estratégias para a redução da sobrelotação baseadas num painel de enfermeiros peritos dos serviços de urgência portugueses: criação de unidades de decisão clínica; a criação de equipas de avaliação rápida; a criação de áreas dentro do SU para avaliação de doentes de baixa gravidade; a criação de áreas dentro do SU para avaliação de doentes de média gravidade; o desenvolvimento de protocolos institucionais que definam critérios de internamento; o desenvolvimento de protocolos que permitam a agilização das

transferências; a implementação de protocolos de sobrelotação quando necessário; o reajuste no agendamento das admissões eletivas; criar equipes de coordenação de cuidados para facilitar a alta em segurança e evitar readmissões de doentes de elevado risco; agilizar as observações por outras especialidades; implementar a figura do enfermeiro coordenador de vagas; agilizar os tempos de resposta dos testes laboratoriais e de imagiologia; criar zonas de preparação para a alta; planejar e antecipar altas em doentes de baixo risco; planejar precocemente a alta, em articulação com assistentes sociais e pessoa responsável pelo doente; estabelecer equipes médicas inteiramente dedicadas aos SUs; a avaliação de indicadores clínicos de qualidade pelas entidades governamentais; o aumento do número de camas de internamento; alocar um enfermeiro à sala de espera dos doentes para apoiar a triagem, reavaliar, monitorizar e iniciar protocolos de analgesia e exames complementares; dar aos enfermeiros a autoridade para admitir os doentes internados nas enfermarias; criar modelos preditivos baseados nos dados históricos que permitam o ajuste de recursos; e estabelecer horários e objetivos para escoar doentes.

Wallingford et al. (2018), como resposta à redução da sobrelotação, elaborou um modelo de atendimento de doentes, com fluxo dividido em horizontal e vertical, substituindo as macas por cadeirões, que permitissem a avaliação médica feita de pé. Verificou-se uma diminuição do tempo total de permanência dos doentes, passando de 384 minutos para 270 minutos. O estudo teve um limite temporal de 6 meses, contribuindo para a redução da sobrelotação e para a capacidade de tratar/cuidar de mais doentes no mesmo espaço físico.

2 - METODOLOGIA

A metodologia é o caminho para o desenvolvimento e concretização dos objetivos de um trabalho de investigação. É composta por um conjunto de atividades sistemáticas e racionais para percorrer e alcançar os objetivos pretendidos. Constitui uma fase essencial no processo de investigação, permitindo ao investigador personalizar aí todo o seu estudo e respondendo às questões formuladas. (Ribeiro, 2009)

A metodologia científica incorpora todos os procedimentos que o investigador utilizou, utiliza ou utilizará para adquirir conhecimento. Nesta sequência, serão requisitos essenciais um planeamento sistemático e exaustivo, organização e persistência (Gray et al. ,2017).

Tendo por base o descrito anteriormente, ao longo deste capítulo será explanado o tipo de estudo desenvolvido, a questão e objetivos da investigação, a população e a amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos éticos e legais subjacentes, bem como o processo de tratamento de dados.

2.1- CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

Trata-se de um estudo quantitativo e correlacional, pretendendo responder à questão de investigação, num processo formal, objetivo e sistemático, determinando relações entre as variáveis em estudo e a existência de interações causa-efeito (Gray et al. 2017).

Por conseguinte, os objetivos pretendidos são:

- Identificar as estratégias que possam ser consideradas válidas e aplicáveis nos SU portugueses, na melhoria da problemática da sobrelotação.
- Validar a escala das estratégias de redução de sobrelotação do serviço de urgência hospitalar elaborada noutro estudo.
- Relacionar as estratégias encontradas com a idade, sexo, formação académica/profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional em SU e formação em Triagem de Manchester dos participantes.

No que diz respeito à durabilidade do estudo, este é do tipo transversal, quantitativo, pois o instrumento de colheita de dados foi aplicado num determinado período de tempo.

2.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

No caminho traçado por uma investigação, a etapa seguinte deverá ser a formulação de uma ou mais hipóteses. As hipóteses são uma ferramenta essencial para justificar o estudo e fornecer-lhe uma linha orientadora. Como tal, as investigações que formulam em concreto uma ou mais hipóteses serão tidas em maior linha de consideração, do que aqueles que obrigam o leitor a realizar uma outra interpretação, para supor o que os autores pretendem (Freixo, 2011).

Freixo (2011), refere ainda que as questões de investigação são “enunciações que focalizam a atenção do investigador sobre algo que deverá ser observado durante o estudo” (p.112).

As hipóteses classificam-se em direcionais ou não direcionais. A hipótese direcional é aquela que especifica a direção e a natureza esperada da relação entre as variáveis, sendo estas por norma, derivas de teorias ou estudos. As hipóteses não direcionais veiculam que existe uma relação entre as variáveis, mas não estipulam a direção do relacionamento, sendo estas utilizadas quando não existe teoria ou pesquisa relacionada, atribuindo igualmente alguma imparcialidade ao estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

As hipóteses desenvolvidas para esta pesquisa são denominadas de simples, pois postulam uma relação de associação ou de causalidade entre duas variáveis (Fortin, 2009).

Tendo como fio condutor os pressupostos teóricos referidos, o problema de investigação, as variáveis enunciadas, os objetivos traçados e o modelo conceptual adotado, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Quais são as estratégias consideradas válidas pelos enfermeiros peritos dos Su's portugueses, com potencial para reduzir as situações de sobrelotação nos seus serviços?
- Quais são as características psicométricas da EERSSU?
- Qual a relação entre as estratégias de redução da sobrelotação e as características socio demográficas e profissionais da amostra?

A seguir descrevem-se as hipóteses de trabalho:

H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas no nível de concordância de estratégias de redução da sobrelotação entre os enfermeiros que têm e os que não têm formação em TM;

H2 – Existem diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de redução da sobrelotação apontadas pelos enfermeiros consoante a sua formação profissional;

H3 – Existem diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de redução da sobrelotação consoante os enfermeiros considerarem a sobrelotação um problema;

H4 – Existe correlação estatisticamente significativa entre o nível de concordância de estratégias de redução da sobrelotação entre os enfermeiros com maior tempo de exercício profissional e com maior tempo de exercício em SU.

2.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

População encontra-se definida como o conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que tenham em comum uma característica semelhante. Diz-se que a população acessível ou disponível será aquela que irá ser selecionada para o estudo, sendo uma parte dela. Por amostra, entende-se o conjunto de sujeitos de quem se extrairá os dados, devendo ter as mesmas características das da população da qual foi extraída (Coutinho, 2015).

A população escolhida foi através do método aleatório, optando-se por uma técnica de amostragem não probabilística, ou seja, não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra, acidental ou de conveniência. Trata-se de uma amostragem em bola de neve, em que a seleção dos sujeitos é feita sucessivamente, através de indicações fornecidas pelos inquiridos (Haro, 2016). O investigador seleciona um grupo inicial de sujeitos e pede-lhes o contato de outros indivíduos, pertencentes à mesma população. Foram apenas inquiridos os profissionais (enfermeiros) a exercer funções em SU's portuguesas.

Assim sendo, definiu-se como população os Enfermeiros a exercer funções nos serviços de Urgência portuguesas, e como amostra os enfermeiros que responderam ao questionário. Como critérios de inclusão foram tidos em conta os enfermeiros a exercer funções na altura do estudo. Como critério de exclusão, considerou-se os enfermeiros a exercer funções no estrangeiro. O

número total da amostra foi de 228 enfermeiros. Todas as respostas recebidas cumpriram os critérios de inclusão, facto pelo qual nenhuma foi excluída.

2.4 - VARIÁVEIS

De acordo com Fortin (2009), as variáveis podem ser definidas como qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações passíveis de mudar ou variar com o tempo. As mesmas podem ser mensuradas, manipuladas ou controladas. No que concerne à relação entre elas, e relativamente ao papel que exercem na investigação, as variáveis podem ser qualificadas como dependentes, independentes, de investigação, de atributos e estranhas.

Variável principal em estudo:

Coutinho (2015) define variável dependente como a característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente. Varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente, ou seja, é aquela que é influenciada. Neste sentido a operacionalização das variáveis apresenta-se como uma das etapas fundamentais para o sucesso da investigação. O investigador deve definir as variáveis especificando o modo como a variável será observada e mensurada na pesquisa a desenvolver.

A variável principal em estudo é a sobrelotação dos serviços de urgência.

Variável Independente:

Coutinho (2015) define a variável independente como a que o investigador manipula, ou seja, aquela em que os grupos estudados diferem e cujo efeito o investigador vai apurar. Esta variável é a que influencia e afeta a variável dependente.

As variáveis independentes no presente estudo são:

- Idade;
- Sexo;
- Tempo de exercício profissional e tempo de exercício em SU;
- Formação académica/profissional (Especialidade/Mestrado/Pós-graduação em Urgência e/ou Emergência);

➤ Formação em Triagem de Manchester.

Estas variáveis traduzem-se como ferramentas para caracterizar a amostra e avaliar a sua interferência na variável dependente.

2.5 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O questionário é o recurso mais usado para a recolha de informação, e apresenta-se como um dos instrumentos de colheita de dados que requer respostas escritas por parte dos envolvidos, sendo constituído por um conjunto de enunciados que permitam avaliar as opiniões, atitudes ou outras informações junto desses mesmos envolvidos (Freixo, 2011).

O questionário é um instrumento de colheita de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. O investigador, de uma forma geral, envia o questionário ao correspondente, pelo correio, ou por um portador; depois de preenchido, o pesquisado devolve-o do mesmo modo (Marconi & Lakatos, 2010).

Foi realizada uma pesquisa com o intuito de averiguar a existência prévia de um instrumento de medida das estratégias para redução da sobrelotação. Por conseguinte, para o presente estudo foi utilizada a Escala de Estratégias de Redução da Sobrelotação nos Serviços de Urgência de Gonçalves (2018), com a devida autorização da autora (ANEXO I). Os itens desta escala resultaram de uma revisão da literatura para identificar as estratégias utilizadas a nível internacional e posteriormente, recorrendo a um painel de peritos, de acordo com a metodologia *Delphi*, validadas as estratégias para o contexto nacional. O painel de peritos foi composto por Enfermeiros que exercem funções nos SU's, com Mestrado e/ou Especialidade em Enfermagem e que desempenham funções de chefia dos serviços ou coordenação / chefias de equipas de urgência. A validação exigiu um consenso superior a 75% para cada estratégia.

Neste estudo, na EERSSU, os enfermeiros atribuíram um valor de resposta de 1 a 5, em que 1 corresponde a discordo totalmente e 5 concordo plenamente. A um maior valor corresponde um maior nível de concordância.

A aplicação da EERSSU foi feita com recurso à plataforma eletrónica *Googleforms*, que se apresenta como ferramenta de baixo custo, fácil acesso e promotora de divulgação, com

recetividade dos questionados. Garante a privacidade e anonimato dos participantes, respeitando os princípios éticos exigidos à investigação.

A mesma, para além da introdução onde é explicada a natureza da pesquisa, sua importância e a necessidade de obter respostas, tentando despertar o interesse do respondente, no sentido de que ele preencha e devolva o questionário dentro de um prazo razoável (Markoni & Lakatos, 2010), encontra-se dividido em duas partes:

- A primeira parte visa fazer uma caracterização sociodemográfica e profissional dos inquiridos, englobando 7 questões, 3 de respostas abertas, e 4 de respostas fechadas;
- A segunda parte do instrumento visa obter respostas por parte dos inquiridos, com a caracterização da sobrelotação em SU. Engloba 35 questões de resposta aberta, abordando aspectos tais como recursos humanos e físicos/arquitetónicos, processos administrativos, gestão de altas, competências profissionais, encaminhamento de doentes entre unidades hospitalares e criação de equipas flutuantes.

Assim, foram enviados entre julho e agosto do corrente ano, os emails com o pedido de colaboração e o link do questionário aos elementos da rede de contactos. Estes, posteriormente, reencaminharam o mesmo aos seus contactos, perfazendo um total de 228 respostas válidas.

2.6 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Qualquer estudo em que envolva a pesquisa com seres humanos ou animais, os investigadores devem abordar questões éticas. As preocupações éticas são particularmente importantes na pesquisa em enfermagem, dado que o limiar entre o que constitui a prática esperada e a colheita de dados pode ser ténue. Por conseguinte, a ética pode gerar desafios específicos, uma vez que podem existir conflitos entre os requisitos éticos e a necessidade de produzir evidência de alta qualidade para a prática (Polit & Beck, 2011).

Por conseguinte, para este estudo foram somente incluídos na amostra, os enfermeiros que demonstraram interesse na participação e que, após exposição e esclarecimento dos objetivos pretendidos, aceitaram voluntariamente participar, dando o seu consentimento para a colheita de dados, segundo a metodologia planeada.

Tendo em linha de conta os anteriores pressupostos, tona-se pertinente submeter o estudo a níveis de exigência e responsabilidade ética. Como tal foi efetuado um pedido formal em impresso próprio, para apreciação, à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Saúde de Leiria, onde o presente trabalho se insere. O mesmo obteve uma resposta favorável, traduzida no PARECER n.º CE/IPLEIRIA/23/2019 (ANEXO II.)

Foi então enviado *e-mail* convite aos participantes onde consta a informação sobre o estudo, o carácter voluntário da participação e o *link* de acesso ao questionário online (APENDICE I). Foi salvaguardada toda a confidencialidade dos participantes. Em momento nenhum do questionário foi solicitada a identificação quer do profissional, quer do hospital em que exerce funções. A confidencialidade foi assegurada pelo anonimato das respostas. Não há intenção de efetuar qualquer comparação entre serviços ou instituições, mas somente analisar os dados na sua globalidade. Como tal, não foram colhidos dados que permitam a identificação dos participantes. A voluntariedade e autonomia dos participantes foi assegurada através do consentimento informado (ANEXO III) e a voluntariedade no preenchimento do questionário.

2.7 - TRATAMENTO DE DADOS

Tendo em conta que os questionários foram distribuídos por via eletrónica, as respostas ficaram diretamente registadas em base de dados, evitando erros associados à intervenção do investigador no processo de digitação das respostas. No caso do *Google docs*, o programa permite a exportação das respostas diretamente numa base de dados do Excel, que posteriormente foram exportados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 25 (Windows).

Para organizar e destacar a informação fornecida pelos dados e as características da amostra, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas e medianas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, coeficiente de variação). A análise incidiu sobre as seguintes variáveis: idade, sexo, formação académica/profissional, formação em TM e a sobrelotação.

O estudo das propriedades psicométricas do instrumento utilizado, foi realizado através da análise da sua fidelidade e da sua validade. Foram calculadas as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total (excluindo o respetivo item). A consistência interna da EERSSU foi conferida através do coeficiente do alfa de *Cronbach* (α). Coutinho (2015) refere que a consistência do instrumento é verificada através do coeficiente calculado com base em dois pressupostos: a média das correlações entre todos os itens e o número de itens ou partes. O resultado deste coeficiente varia entre 0,00 e 1,00 (Fortin, 2009), considerando-se uma maior consistência interna quanto mais próximo o seu valor for de 1. Almeida (2017) diz que o valor do α de *Cronbach* deve ser positivo, em que >0.9 – consistência muito boa e <0.6 inadmissível.

Quadro 1 - Valores de Interpretação do Alfa de Cronbach (Almeida, 2017, p.152)

Valores	Interpretação
> 0.9	Consistência muito boa
0.8-0.9	Boa
0.7-0.8	Razoável
0.6-0.7	Fraca
<0.6	Inadmissível

Recorremos aos testes de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e ao teste de *Bartlett*, para averiguar se os dados são adequados para a análise factorial (Almeida, 2017), em que o KMO deve ter um valor superior a 0.5. O teste de *Bartlett* permite verificar se as variáveis estão correlacionadas significativamente.

Segundo Almeida (2017), os valores adequados encontram-se no quadro seguinte, e foram os valores referência para este estudo:

Quadro 2 - Valores de Referência KMO (Almeida,2017, p.142)

Valores de KMO	Recomendação para ACP
0.9-1.0	Excelente
0.8-0.9	Boa
0.7-0.8	Média
0.6-0.7	Medíocre
0.5-0.6	Mau, mas aceitável
<0.5	Inaceitável

A validade de construto foi efetivada, através da análise fatorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método de *Varimax*.

A análise em componentes principais (ACP) oferece a possibilidade de transformar um conjunto de variáveis iniciais correlacionadas entre si num conjunto de componentes principais, cujo objetivo é achar as componentes principais de forma a explicar o máximo de variação dos dados, com o menor número de componentes possível (Almeida, 2017). Para a agregação dos itens da EERSSU utilizou-se o coeficiente da correlação r de *Pearson*, para avaliar a relação entre as variáveis. Segundo Fortin (2009), quanto mais o coeficiente se aproxima de +- 1,00, mais forte é a relação entre as variáveis.

Na análise inferencial, utilizaram-se testes não paramétricos, porque apesar da amostra ter um tamanho considerável (228 participantes) e com base no teorema de limite central utilizarem-se os testes paramétricos, a sua divisão em grupos resultou em subamostras de pequena dimensão. Deste modo, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney*, e o teste de *Kruskal-Wallis*, por forma a verificarmos se existiam diferenças estatisticamente significativas entre grupos independentes caracterizados pelas variáveis anteriormente especificadas.

Foi ainda usado o teste de ANOVA de *Kruskal-Wallis* com a comparação múltipla de média das ordens, pelo método LSD de *Fisher* (Marôco, 2011).

Por fim, para analisar as correlações entre as variáveis quantitativas, recorreremos à correlação de *Spearman*. Coutinho (2015) diz que a correlação de *Spearman* toma valores entre -1 e +1, correspondendo a zero se não existir relação. Valores perto de zero indicam correlações fracas e próximas de - 1 ou + 1 correlações fortes, o que define a ideia da força de relação entre as variáveis. A importância da aferição da significância estatística da correlação surge na interpretação de valores intermédios. Segundo o autor, os valores adequados encontram-se no quadro seguinte, e foram os valores de referência para este estudo:

Quadro 3 - Interpretação dos Coeficientes de Correlação (Coutinho,2015 p.175)

Coeficientes de Correlação	Interpretação
Entre 02 e 0.35	Revelam relações muito débeis entre variáveis mesmo que possam ser significativas. Uma correlação de 0.20 mostra que apenas 4% da variância é comum às duas variáveis.
Entre 0.35 e 0.65	As correlações têm significância estatística para o nível <0.1 . A nível de estudos de previsão podem ser importantes analisadas em conjunto com outras numa análise de regressão. Usadas isoladamente são de muito pouca utilidade para previsão individualizada.
Entre 0.65 e 0.85 0.6-0.7	A partir deste nível é possível fazer previsão para grupos com alguma certeza. Medíocre
Superiores a 0.85	Este nível revela uma relação muito forte entre as variáveis correlacionadas. Uma correlação de 0.85 indica que a medida usada para prever tem cerca de 72% de variância comum com a variável prevista. Estudos de previsão em Educação raramente obtêm correlações deste nível mas caso se obtenham são muito úteis seja para previsão individual seja de grupo.

Para uma melhor explicação e análise dos dados, recorreremos ao uso de tabelas e gráficos, que se irão estabelecer como um apoio importante para a análise dos dados estatísticos obtidos.

3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

O presente capítulo pretende a apresentação dos dados e resultados obtidos, tendo como linha orientadora os objetivos delineados para o estudo, a abordagem metodológica referida e os dados obtidos pelas respostas à Escala sobre Estratégias de Redução da Sobrelotação nos Serviços de Urgência (EERSSU).

3.1 – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

Na caraterização da amostra, utilizamos a estatística inferencial paramétrica ou não paramétrica, de acordo com as características das variáveis e o facto de terem ou não distribuição normal.

A amostra selecionada para este estudo foi enfermeiros a exercer funções nos SU portugueses. Por conseguinte, foram 228 enfermeiros que responderam ao questionário, maioritariamente do sexo feminino (77.2%). A média de idades é de 36.1 anos (DP 8.37), variando entre os 23 (1.8%) e os 59 anos (0.8%). Relativamente ao tempo de exercício profissional, constatamos que a média é de 13.1 anos (DP 8.22). No que respeita ao tempo de exercício em funções em SU, verifica-se que a média de anos de trabalho é de 8.7 anos (DP 6.94).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e profissionais da amostra (n=228)

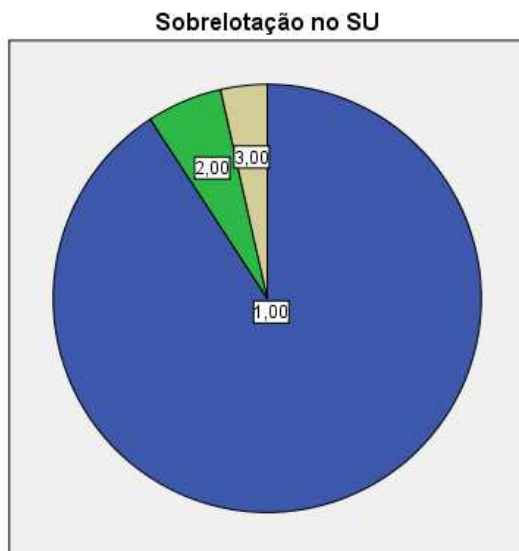
Variáveis	Nº	%	média	DP	Mediana	Máx.	Min.
Idade (anos), média			36.1	8.37	35	59	23
Sexo							
Masculino	52	22.8					
Feminino	176	77.2					
Formação Académica/Profissional							
Especialidade e/ou Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica	59	25.9					
Pós-Graduação em Urgência/Emergência	31	13.6					
Especialidade e/ou Mestrado em outras áreas de Enfermagem	33	14.5					
Outro	104	45.6					
Formação em Triagem de Manchester							
Sim	193	84.6					
Não	34	14.9					
Tempo de Exercício Profissional (anos)			13.1	8.22	11	1	35
Tempo de Exercício em funções em SU (anos)			8.7	6.94	7	1	32

Legenda – DP: desvio-padrão; Máx.: máximo; Min.: mínimo

No que respeita aos inquiridos de considerarem ou não a sobrelotação um problema real dos SU, constatamos que 207 enfermeiros (90.8%) responderam afirmativamente, em relação a 13

enfermeiros (5.7%) que responderam negativamente, e ainda 8 enfermeiros (3.5%) demonstraram-se indecisos quanto ao problema.

Gráfico 1 – Dados sobre a Sobrelotação no SU ser considerado um problema.



Legenda: 1- Sim; 2 - Não; 3 - Talvez

3.2 – CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DA SOBRELOTAÇÃO NO SU

O estudo das características psicométricas foi realizado através da análise da sua fidelidade e validade.

Fidelidade:

A tabela 2 mostra a fidelidade e apresenta correlações entre cada item e o total da escala, com valores superiores a 0.216. Os itens 3, 10 e 11 foram excluídos por apresentarem valores de $r < 0.2$, nomeadamente 0.162, 0.153 e 0.023. Os valores do coeficiente do α de Cronbach estão compreendidos entre 0.900 e 0.907, o que segundo Almeida (2017) é considerado uma consistência muito boa.

As estratégias apontadas pelos enfermeiros que reuniram maior nível de concordância nas respostas dadas foram:

1. O aumento do número de camas de internamento reduz o tempo de permanência dos doentes e, conseqüentemente a sobrelotação no, SU (M=3.96, DP=1.18);
2. A criação de unidades de decisão clínica melhora a avaliação e planeamento dos doentes, reduzindo conseqüentemente tempos de permanência e a sobrelotação em SU, (M=3.92 (DP=0.88);
3. Criar áreas dentro do SU para a avaliação dos doentes de baixa gravidade melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação, (M=3.95, DP=0.94);
4. Criar áreas dentro do SU para avaliação de doentes de média gravidade melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação, (M=3.85, DP=0.91);
5. Criar protocolos institucionais que definam critérios de internamento em cada especialidade ou enfermarias de curta duração, reduz a sobrelotação no SU, (M=3.85, DP=0.91);
6. Criar protocolos institucionais para agilizar transferências do SU para os serviços de internamento, reduz a sua sobrelotação, (M=4.30, DP=0.74);
7. A existência de um protocolo institucional de sobrelotação que é ativado nestas situações, reduz a problemática da sobrelotação, (M=3.91, DP=0.96);
8. Criar uma equipa de coordenação de cuidados para identificar, tratar, facilitar a alta em segurança e evitar readmissões em doentes de elevado risco, reduz a sobrelotação no SU, (M=4.09, DP=0.88);
9. Agilizar as observações por outras especialidades, através do rastreamento dos tempos de resposta, melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU, (M=3.99, DP=0.83);
10. Criar a figura do "Enfermeiro Coordenador de Vagas" com o objetivo de gerir e otimizar a ocupação de camas de internamento, melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU, (M=3.83, DP=1.04);
11. Agilizar os tempos de resposta dos testes laboratoriais e de imagiologia, melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU, (M=4.12, DP=0.89);

12. Criar zonas de preparação para a alta, onde os doentes aguardam pelos transportes ou processos administrativos, melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU, (M=3.85, DP=0.97);
13. Planear e antecipar altas em doentes de baixo risco, aumenta a capacidade para novas admissões e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU, (M=3.82, DP=0.85);
14. Planear precocemente a alta, em articulação com assistentes sociais e pessoa responsável pelo doente, melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação, (M=4.21, DP=0.78).

Tabela 2 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da ERSUP

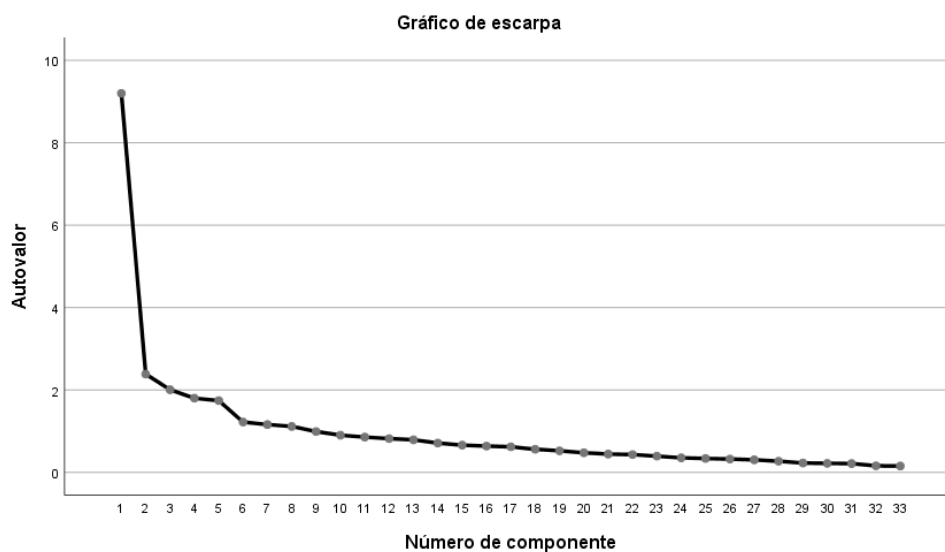
	Descrição dos itens	Limites	M	DP	r total sem o item	alfa de Cronbach se o item for excluído
1	A introdução de objetivos quanto ao tempo de permanência dos doentes no SU pelas entidades governamentais reduz a sobrelotação.	1-5	3,0921	1,29565	,272	,906
2	A introdução de indicadores clínicos de qualidade pelas entidades governamentais reduz a sobrelotação (taxas de abandono do serviço, sem ser observado; taxas de reatendimentos no SU; tempo até à avaliação inicial; tempo até ao tratamento; tempo total de permanência no SU.	1-5	3,1140	1,28192	,345	,905
4	Desviar ambulâncias para outras instituições diminui o afluxo de doentes ao SU e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação.	1-5	2,8640	1,19246	,343	,905
5	Desviar doentes que recorrem pelos próprios meios para outras instituições, diminui o afluxo de doentes ao SU e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação	1-5	3,2544	1,17845	,314	,905
6	Alterar os processos de admissão no SU, através da alocação imediata do doente à zona de tratamento e posterior registo, reduz os tempos de permanência no SU.	1-5	2,9518	1,15813	,348	,904
7	A expansão do SU é uma forma de reduzir a sobrelotação.	1-5	2,3421	1,30285	,216	,907
8	O aumento do número de camas de internamento reduz o tempo de permanência dos doentes e, conseqüentemente, a sobrelotação no SU	1-5	3,9649	1,18307	,269	,906
9	A criação de Unidades de Decisão Clínica melhora a avaliação e planeamento dos doentes, reduzindo conseqüentemente tempos de permanência e a sobrelotação no SU	1-5	3,9298	,88770	,374	,904
10	Aumentar o número de médicos no SU reduz a sua sobrelotação.	1-5	3,0746	1,21251	,417	,903
11	Aumentar o número de enfermeiros no SU reduz a sua sobrelotação.	1-5	3,1930	1,30656	,485	,902
12	Criar equipas de enfermagem "flutuantes" reduz a sobrelotação no SU. (São equipas flexíveis preparadas para dar resposta às necessidades quer do SU, quer dos internamentos, "elementos móveis").	1-5	2,6798	1,22677	,377	,904
13	Ter enfermeiros especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica nos SU's reduz a sua sobrelotação.	1-5	2,8026	1,16505	,476	,902
14	Aumentar as competências da equipa de enfermagem reduz a sobrelotação nos SU's. (Como por exemplo, ao nível da solicitação de exames complementares de diagnóstico e administração de analgesia).	1-5	3,3465	1,10988	,486	,902
15	Criar equipas de avaliação rápida dentro dos SU's, facilita o fluxo de doentes e conseqüentemente, a sua sobrelotação.	1-5	3,7930	,85515	,620	,901
16	Criar áreas dentro do SU para avaliação dos doentes de baixa gravidade, melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação.	1-5	3,9561	,94230	,516	,902
17	Criar áreas dentro do SU para avaliação dos doentes de média gravidade, melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação.	1-5	3,8509	,91712	,570	,901

18	Alocar um enfermeiro à sala de espera dos doentes para apoiar a triagem, reavaliar, monitorizar e iniciar protocolos de analgesia e exames complementares, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação.	1-5	3,5044	1,15151	,589	,900
19	Criar protocolos institucionais que definam critérios de internamento em cada especialidade ou enfermarias de curta duração, reduz a sobrelotação no SU.	1-5	3,8991	,89216	,564	,901
20	Criar protocolos institucionais para agilizar transferências do SU para os serviços de internamento, reduz a sua sobrelotação.	1-5	4,3026	,74538	,515	,902
21	A existência de um protocolo institucional de sobrelotação que é ativado nestas situações, reduz a problemática da sobrelotação.	1-5	3,9123	,96239	,516	,902
22	O reajuste no agendamento das admissões eletivas facilita a coordenação dos internamentos e reduz a sobrelotação no SU.	1-5	3,6754	,97543	,469	,902
23	Criar uma equipa de coordenação de cuidados para identificar, tratar, facilitar a alta em segurança e evitar readmissões em doentes de elevado risco, reduz a sobrelotação no SU.	1-5	4,0965	,88022	,469	,902
24	Agilizar as observações por outras especialidades, através do rastreamento dos tempos de resposta, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU.	1-5	3,9956	,83163	,609	,901
25	Criar a figura do "Enfermeiro Coordenador de Vagas" com o objetivo de gerir e otimizar a ocupação de camas de internamento, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU.	1-5	3,8333	1,04874	,526	,901
26	Dar aos enfermeiros a autoridade de admitir os doentes internados nas enfermarias, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU.	1-5	3,5482	1,09156	,514	,902
27	Criar modelos preditivos baseados em dados históricos que possibilitem o ajuste de recursos humanos às necessidades, reduz a sobrelotação no SU.	1-5	3,6053	1,00762	,541	,901
28	Melhorar os processos administrativos facilita o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU.	1-5	3,5132	1,03456	,544	,901
29	Utilizar testes rápidos como a avaliação de troponinas, INR ou sedimentos urinários, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU.	1-5	3,7632	1,01359	,533	,901
30	Agilizar os tempos de resposta dos testes laboratoriais e de imagiologia, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU.	1-5	4,1228	,89679	,587	,901
31	Estabelecer horários para escoar doentes melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU	1-5	3,1974	1,14214	,375	,904
32	Criar zonas de preparação para a alta, onde os doentes aguardam pelos transportes ou processos administrativos, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU.	1-5	3,8553	,97598	,581	,901
33	Planejar e antecipar altas em doentes de baixo risco, aumenta a capacidade para novas admissões e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU.	1-5	3,9254	,85960	,537	,902
34	Planejar precocemente a alta, em articulação com assistentes sociais e pessoa responsável pelo doente, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação.	1-5	4,2193	,78823	,508	,902
<i>α</i> de Cronbach total						0,911

Validade:

A análise fatorial foi efetuada pelo método de condensação em componentes principais e forçou-se a saída de 5 componentes (justificados pelo gráfico de escarpa) e após a rotação ortogonal do tipo *varimax* explicam 51.9 % da variância total, como evidenciado no gráfico 2.

Gráfico 2- Gráfico de escarpa da análise factorial.



No que respeita ao teste de esfericidade de *Bartlett* ($X^2= 3336.104$, $p<0.0001$), porque apresenta um $p<0.001$ permite rejeitar a hipótese nula, concluindo que as variáveis estão correlacionadas significativamente. No caso da EERSSU, os valores evidenciados na tabela 3, demonstram que o KMO de 0.851 mostra que existe uma boa correlação (Almeida, 2017). Ambos os testes evidenciam a adequação do modelo factorial a esta matriz de correlações.

Tabela 3 - Testes de KMO e Bartlett da EERSSU

Medida Kaiser-Meyer-Olkin		,851
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	3336,104
	gl	528
	Sig.	,000

Os valores de comunalidades (h^2) demonstram que todas as variáveis têm relação com o fator retido. (Pestana & Gageiro, 2005). Todos os itens têm uma saturação superior nos respetivos factores do que nos restantes, à exceção do item 29, que tinha saturação superior no factor 1, mas, pela sua importância teórica foi incluído no factor 3.

Ao fator 1 está associada uma percentagem de 16.59% da variância total. Este fator é saturado sobretudo pelos itens relacionados com criação de protocolos estruturais (como por exemplo

horários de fluxo de doentes, espaços físicos e planeamento de altas), processos logísticos e testes laboratoriais, pelo que lhe foi atribuído o nome de **Processos Clínicos**.

Ao fator 2 está associada uma percentagem de 13.40% da variância total. Este fator é saturado sobretudo pelos itens relacionados com competências, melhoria, formação dos profissionais e áreas de alocação dos doentes, pelo que lhe foi atribuído o nome de **Gestão das Competências dos Profissionais de Saúde**.

Ao fator 3 está associada uma percentagem de 7.64% da variância total. Este fator é saturado sobretudo pelos itens relacionados com a qualidade, pelo que lhe foi atribuído o nome de **Práticas de Controlo de Qualidade**.

Ao fator 4 está associada uma percentagem de 7.44% da variância total. Este fator é saturado sobretudo pelos itens relacionados com as equipas de colaboradores e as infraestruturas, pelo que lhe foi atribuído o nome de **Gestão dos Recursos Físicos e Humanos**.

Ao fator 5 está associada uma percentagem de 6.82% da variância total. Este fator é saturado sobretudo pelos itens que dizem respeito à entrada de doentes em SU, pelo que lhe foi atribuído o nome de **Controlo de Acesso de Doentes**.

Tabela 4 - Análise factorial da EERSSU pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação varimax (n=228)

Descrição do Item	h ²	F1	F2	F3	F4	F5
A criação de Unidades de Decisão Clínica melhora a avaliação e planeamento dos doentes, reduzindo consequentemente tempos de permanência e a sobrelotação no SU.	0.429	0,427			0,404	
Criar protocolos institucionais para agilizar transferências do SU para os serviços de internamento, reduz a sua sobrelotação.	0.578	0,723				
A existência de um protocolo institucional de sobrelotação que é ativado nestas situações, reduz a problemática da sobrelotação.	0.536	0,615				
O reajuste no agendamento das admissões eletivas facilita a coordenação dos internamentos e reduz a sobrelotação no SU.	0.506	0,673				
Criar uma equipa de coordenação de cuidados para identificar, tratar, facilitar a alta em segurança e evitar readmissões em doentes de elevado risco, reduz a sobrelotação no SU.	0.487	0,629				
Agilizar as observações por outras especialidades, através do rastreamento dos tempos de resposta, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU.	0.495	0,497	0,383	0,307		
Criar a figura do "Enfermeiro Coordenador de Vagas" com o objetivo de gerir e otimizar a ocupação de camas de internamento, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU.	0.504	0,413		0,381		
Criar modelos preditivos baseados em dados históricos que possibilitem o ajuste de recursos humanos às necessidades, reduz a sobrelotação no SU.	0.369	0,487				
Melhorar os processos administrativos facilita o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU.	0.425	0,548				
Agilizar os tempos de resposta dos testes laboratoriais e de imagiologia, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU.	0.545	0,561	0,407			
Estabelecer horários para escoar doentes melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU.	0.254	0,396				
Criar zonas de preparação para a alta, onde os doentes aguardam pelos transportes ou processos administrativos, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU.	0.445	0,533	0,355			

Planejar e antecipar altas em doentes de baixo risco, aumenta a capacidade para novas admissões e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU.	0.587	0.622	0.387			
Planejar precocemente a alta, em articulação com assistentes sociais e pessoa responsável pelo doente, melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação.	0.518	0.647				
Criar equipas de enfermagem "flutuantes" reduz a sobrelotação no SU. (São equipas flexíveis preparadas para dar resposta às necessidades quer do SU, quer dos internamentos, "elementos móveis").	0.298	0.407		0.318		
Ter enfermeiros especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica nos SU's reduz a sua sobrelotação.	0.381	0.555				
Aumentar as competências da equipa de enfermagem reduz a sobrelotação nos SU's. (Como por exemplo, ao nível da solicitação de exames complementares de diagnóstico e administração de analgesia).	0.502	0.645				
Criar equipas de avaliação rápida dentro dos SU's, facilita o fluxo de doentes e conseqüentemente, a sua sobrelotação.	0.559	0.574	0.358			
Criar áreas dentro do SU para avaliação dos doentes de baixa gravidade, melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação.	0.564	0.685				
Criar áreas dentro do SU para avaliação dos doentes de média gravidade, melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação.	0.644	0.720				
Alocar um enfermeiro à sala de espera dos doentes para apoiar a triagem, reavaliar, monitorizar e iniciar protocolos de analgesia e exames complementares, melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação.	0.586	0.579		0.314		
A introdução de objetivos quanto ao tempo de permanência dos doentes no SU pelas entidades governamentais reduz a sobrelotação.	0.632		0.787			
A introdução de indicadores clínicos de qualidade pelas entidades governamentais reduz a sobrelotação (taxas de abandono do serviço, sem ser observado; taxas de reatendimentos no SU; tempo até à avaliação inicial; tempo até ao tratamento; tempo total de permanência no SU).	0.650		0.778			
Criar protocolos institucionais que definam critérios de internamento em cada especialidade ou enfermarias de curta duração, reduz a sobrelotação no SU.	0.484	0.496	0.418			
A expansão do SU é uma forma de reduzir a sobrelotação.	0.458			0.637		
O aumento do número de camas de internamento reduz o tempo de permanência dos doentes e, conseqüentemente, a sobrelotação no SU.	0.465	0.354		0.538		
Aumentar o número de médicos no SU reduz a sua sobrelotação.	0.673		0.357	0.733		
Aumentar o número de enfermeiros no SU reduz a sua sobrelotação.	0.763		0.420	0.753		
Desviar ambulâncias para outras instituições diminui o afluxo de doentes ao SU e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação.	0.710				0.796	
Desviar doentes que recorrem pelos próprios meios para outras instituições, diminui o afluxo de doentes ao SU e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação.	0.680				0.804	
Alterar os processos de admissão no SU, através da alocação imediata do doente à zona de tratamento e posterior registo, reduz os tempos de permanência no SU.	0.381				0.464	
Dar aos enfermeiros a autoridade de admitir os doentes internados nas enfermarias, melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU.	0.519	0.326	0.354		0.428	
Variância Explicada ($\Sigma=51.9\%$)		16.59	13.40	7.64	7.44	6.82
Número de Itens		14	7	3	4	4

A tabela 5 resume os resultados da análise fatorial. Nela sendo $p < 0.0001$, mostra que a matriz de correlações não é uma matriz de identidade e que, portanto, há algumas relações entre as variáveis.

Tabela 5 - Resumo dos Resultados da análise em Componentes Principais da EERSSU

Fatores	Itens com maior saturação no fator	Nome atribuído ao fator
F1	17, 30,31, 32,33,34,35,37,38,40,41,42,43,44	Processos Clínicos
F2	22,23,24,25,26,27,28	Gestão das Competências dos Profissionais
F3	9,10,29	Práticas de Controlo de Qualidade
F4	15,16,20,21	Gestão dos Recursos Físicos e Humanos
F4	12,13,14,36	Controlo do Acesso de Doentes
Estatísticas relativas à análise fatorial:		
Percentagem total da variância explicada pelos fatores: 51.9%		
KMO: 0.851		
Teste de Esfericidade de <i>Bartlett</i> : 3336.104, $p < 0.0001$		

Na tabela 6 podemos observar que todas as correlações entre os diferentes fatores e o tal de escala são significativas ($p < 0.01$ e $p < 0.05$) e os valores das correlações são aceitáveis (oscilando entre 0.225 e 0.885), com exceção da correlação entre F3 e F4 (0.157), que é fraca, mas com valor estatisticamente significativo. Estes dados permitem afirmar que tendem a medir o mesmo construto, permitindo interpretações unidirecionais.

Tabela 6 - Matriz de Correlação de Pearson entre os 5 factores e o total da EERSSU

	F1	F2	F3	F4	F5
F1 - Processos Clínicos	1				
F2 - Gestão das Competências dos Profissionais	0.601**	1			
F3 - Práticas de Controlo de Qualidade	,399**	,373**	1		
F4 - Gestão dos Recursos Físicos e Humanos	,338**	,400**	,157*	1	
F5 - Controlo do Acesso de Doentes	,441**	,410**	,235**	,225**	1
Total	,885**	,818**	,541**	,558**	,613*

*A correlação é significativa ao nível 0.05 ** A correlação é significativa no nível 0.01

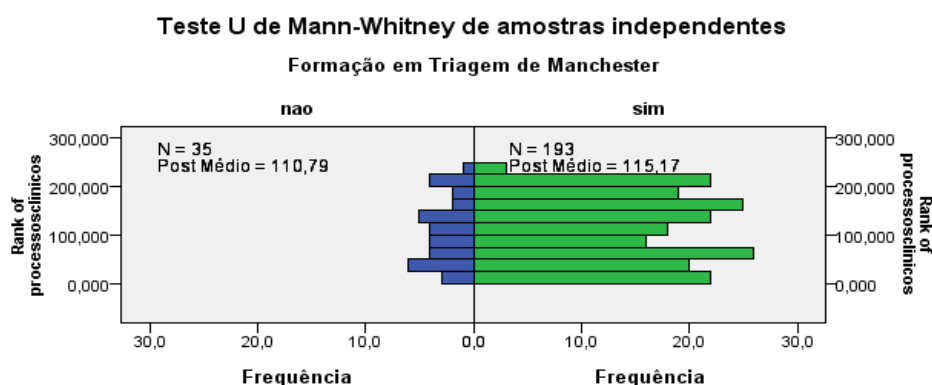
3.3 - RELAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DA SOBRELOTAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

A sobrelotação dos SU's apresenta-se como um problema que carece de estratégias para a sua resolução. Consequentemente, partindo dos pressupostos teóricos apresentam se de seguida as 4 hipóteses enunciadas, considerando os factores e o total da EERSSU.

H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas no nível de concordância de estratégias de redução entre os enfermeiros que têm e os que não têm formação em TM.

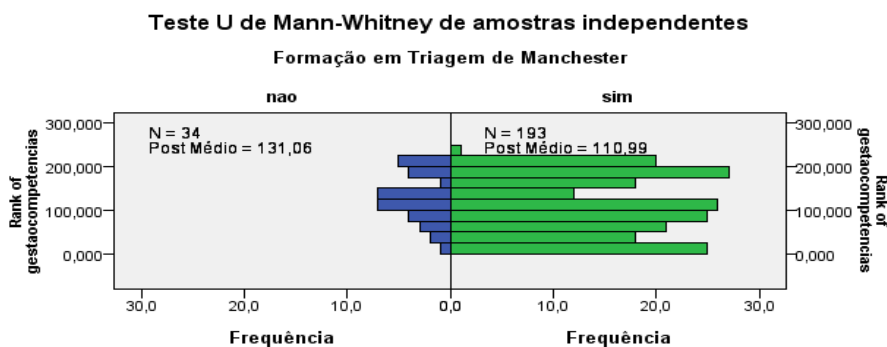
O gráfico 3 evidencia que, no factor 1, os 193 enfermeiros com formação em TM têm um posto médio superior (115.17) aos 35 enfermeiros sem formação em TM (110.79). No entanto, os valores de p são superiores a 0.05, pelo que se conclui que esta diferença não é estatisticamente significativa ($U=3.247.500$; $p=0.717$).

Gráfico 3 - Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes de enfermeiros com ou sem formação em TM para o factor 1 da EERSSU.



O gráfico 4 evidencia que, no factor 2, os 193 enfermeiros com formação em TM têm um posto médio inferior (110.99) aos 34 enfermeiros sem formação em TM (131.06). No entanto, os valores de p são superiores a 0.05, pelo que se conclui que esta diferença não é estatisticamente significativa ($U=3.861.000$; $p=0.100$).

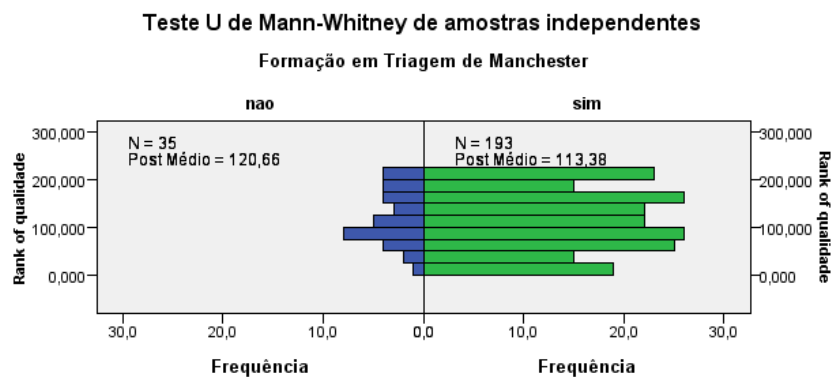
Gráfico 4 - Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes de enfermeiros com ou sem formação em TM para o factor 2 da EERSSU.



O gráfico 5 evidencia que, no factor 3, os 193 enfermeiros com formação em TM têm um posto médio inferior (113.38) aos 35 enfermeiros sem formação em TM (120.66). No entanto, os

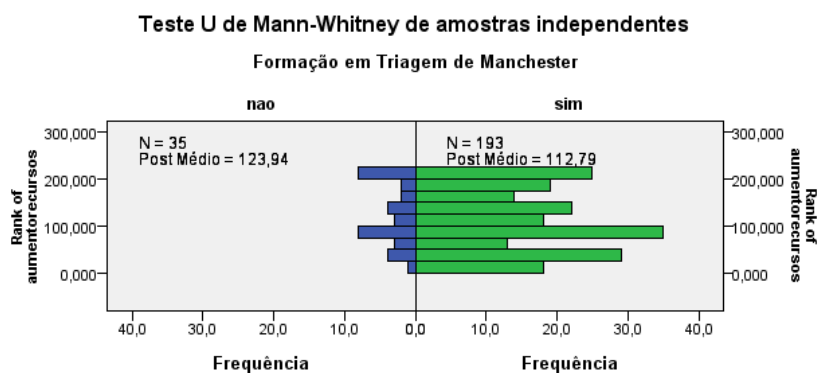
valores de p são superiores a 0.05, pelo que se conclui que esta diferença não é estatisticamente significativa ($U=3.593.000$; $p=0.546$).

Gráfico 5 - Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes de enfermeiros com ou sem formação em TM para o factor 3 da EERSSU.



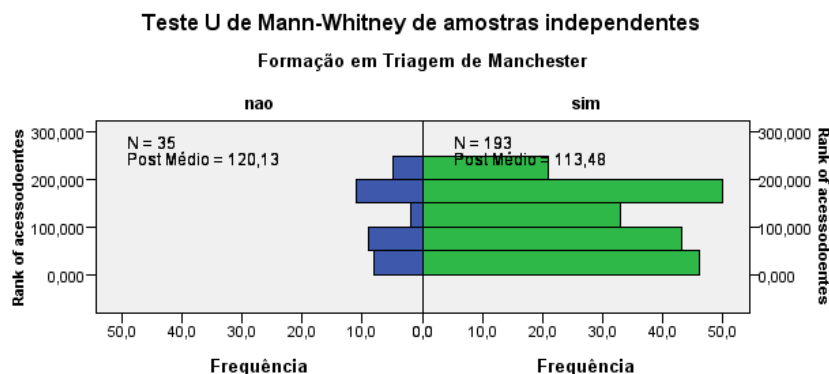
O gráfico 6 evidencia que, no factor 4, os 193 enfermeiros com formação em TM têm um posto médio inferior (112.79) aos 35 enfermeiros sem formação em TM (123.94). No entanto, os valores de p são superiores a 0.05, pelo que se conclui que esta diferença não é estatisticamente significativa ($U=4.338.000$; $p=0.356$).

Gráfico 6 - Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes de enfermeiros com ou sem formação em TM para o factor 4 da EERSSU.



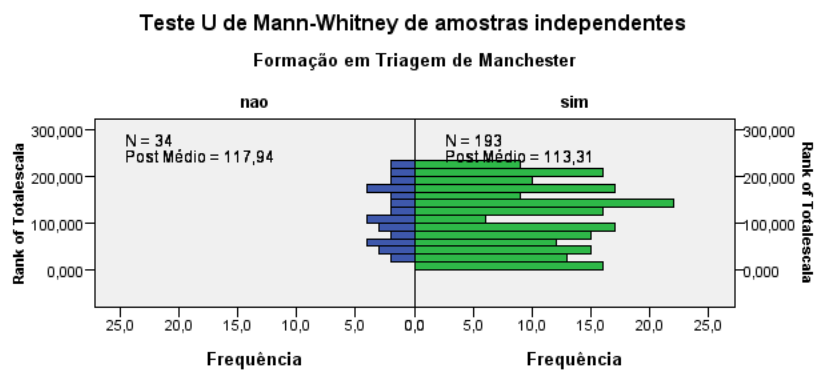
O gráfico 7 evidencia que, no factor 5, os 193 enfermeiros com formação em TM têm um posto médio inferior (113.48) aos 35 enfermeiros sem formação em TM (120.13). No entanto, os valores de p são superiores a 0.05, pelo que se conclui que esta diferença não é estatisticamente significativa ($U=4.204.500$; $p=0.581$).

Gráfico 7 - Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes de enfermeiros com ou sem formação em TM para o factor 5 da EERSSU.



O gráfico 8 evidencia que, no total de escala, os 193 enfermeiros com formação em TM têm um posto médio inferior (113.31) aos 35 enfermeiros sem formação em TM (117.94). No entanto, os valores de p são superiores a 0.05, pelo que se conclui que esta diferença não é estatisticamente significativa ($U=4.010.000$; $p=0.704$).

Gráfico 8 - Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes de enfermeiros com ou sem formação em TM com o total da EERSSU.



H2 – Existem diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de redução apontadas pelos enfermeiros consoante a sua formação profissional.

A tabela 7 apresenta o teste de *Kruskal-Wallis* diz que um dos valores de peso difere significativamente, mas não diz quais os grupos que diferem entre si. Apenas no factor 2 se verificou que as diferenças entre a formação profissional dos enfermeiros e as estratégias de redução são estatisticamente significativas ($p=0.024$).

Tabela 7 - Teste de Kruskal-Wallis entre os fatores da escala e os grupos de formação acadêmica/profissional dos enfermeiros.

	Formação		Posto Médio	χ^2	p
	Acadêmica/ Profissional	n			
F1 – Processos Clínicos	ESPMC	59	123,64	2.069	,558
	PG	31	116,89		
	ESPMENF	33	108,82		
	OUTRO	104	109,32		
F2 – Gestão de Competências	ESPMC	59	130,60	9.416	,024
	PG	31	127,35		
	ESPMENF	33	96,74		
	OUTRO	103	104,90		
F3 – Práticas de Controlo de Qualidade	ESPMC	59	129,19	6.369	,095
	PG	31	119,45		
	ESPMENF	33	96,27		
	OUTRO	104	109,38		
F4 – Gestão dos Recursos Físicos e Humanos	ESPMC	59	108,36	5.589	,133
	PG	31	137,19		
	ESPMENF	33	101,23		
	OUTRO	104	114,34		
F5 – Controlo de Acesso de Doentes	ESPMC	59	118,86	1.029	,794
	PG	31	114,11		
	ESPMENF	33	104,47		
	OUTRO	104	114,24		
Totalescala	ESPMC	59	126,82	7.137	,068
	PG	31	128,94		
	ESPMENF	33	99,71		
	OUTRO	103	105,64		

Legenda: ESPMC - Especialidade e/ou Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; PG - Pós-Graduação em Urgência/Emergência; ESPMENF - Especialidade e/ou Mestrado em outras áreas de Enfermagem. O nível de significância é 0.05

Para identificar em que grupo as distribuições são significativamente diferentes converteram-se as observações em ordens, fazendo uma ANOVA *one-Way*, sob a nova variável das ordens, com a comparação múltipla de média das ordens, pelo método LSD de *Fisher* (Marôco, 2011).

A tabela 8 evidencia que as diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de redução da sobrelotação ocorrem entre os enfermeiros com ESPMC (Especialidade e/ou Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica) e os enfermeiros com ESPMENF (Especialidade e/ou

Mestrado em outras áreas de Enfermagem ($p=0.016$) e enfermeiros com outro grau de formação ($p=0.15$).

Tabela 8 - Teste de ANOVA *one-way* com a transformação do factor 2 entre os grupos de formação académica e profissional dos enfermeiros.

Variável dependente	(I) Académica/Profissional	Formação (J) Académica/Profissional	Formação Diferença média (I- J)	Sig.
Rank of gestaocompetencias	ESPMC	2,00	3,382996	,814
		3,00	34,006163*	,016
		4,00	25,847293*	,015
	PG	1,00	-3,382996	,814
		3,00	30,623167	,059
		4,00	22,464297	,091
	ESPMENF	1,00	-34,006163*	,016
		2,00	-30,623167	,059
		4,00	-8,158870	,528
	Outro	1,00	-25,847293*	,015
		2,00	-22,464297	,091
		3,00	8,158870	,528

Legenda: ESPMC - Especialidade e/ou Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; PG - Pós-Graduação em Urgência/Emergência; ESPMENF - Especialidade e/ou Mestrado em outras áreas de Enfermagem.

H3 – Existem diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de redução da sobrelotação consoante os enfermeiros considerarem a sobrelotação um problema.

A tabela 9 apresenta os valores do teste de *kruskal-wallis*, para os três grupos de enfermeiros, evidenciando que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0.05$) entre os grupos, no que concerne à escolha das estratégias tanto para os factores como para o total da escala.

Tabela 9 - Teste de Kruskal - Wallis da relação entre as estratégias de redução e a sobrelotação enquanto problema

	Sobrelotação enquanto problema	n (228)	Posto Médio	χ^2	p
F1 – Processos Clínicos	Sim	207	114,29	,130	,937
	Não	13	120,27		
	Talvez	8	110,56		
F2 – Gestão de Competências	Sim	206	111,41	4,715	,095
	Não	13	127,04		
	Talvez	8	159,63		
F3 – Práticas de Controlo de Qualidade	Sim	207	114,88	,348	,840
	Não	13	116,65		
	Talvez	8	101,25		

F4 – Gestão dos Recursos Físicos e Humanos	Sim	207	114,12	4,066	,131
	Não	13	95,81		
	Talvez	8	154,81		
F5 – Controlo de Acesso de Doentes	Sim	207	115,79	1,083	,582
	Não	13	96,62		
	Talvez	8	110,06		
Total de Escala				,236	,877

O nível de significância é ,05

H4 – Existe correlação estatisticamente significativa entre o nível de concordância de estratégias de sobrelotação entre os enfermeiros com maior tempo de exercício profissional e com maior tempo de exercício em SU.

A tabela 10 evidencia os resultados da correlação de *Spearman* permitindo constatar a existência de correlações negativas e significativas ($p < 0.01$) nas estratégias do factor 3 entre enfermeiros que têm maior tempo de exercício profissional, e correlações negativas e significativas ($p < 0.05$) nas estratégias dos factores 4 e 5 e no total da escala, em ambos os grupos, quer de maior tempo de exercício profissional, bem como em exercício de funções em SU dos enfermeiros. Consequentemente a mais anos de exercício profissional e do exercício de funções em SU associam-se em média, valores mais baixos na concordância das estratégias de redução da sobrelotação.

Tabela 10 - Correlação de *Spearman* entre a EERSSU (factores e total) e o tempo de exercício profissional e tempo de exercício em SU dos enfermeiros.

	Tempo de Exercício Profissional (n=228)	Tempo de Exercício em Urgência (n=228)
	<i>r</i>	<i>r</i>
F1	-0,081	-0,034
F2	-0,107	-0,099
F3	-,161*	-0,094
F4	-,240**	-,274**
F5	-,247**	-,249**
Totalescala	-,192**	-,160*

** . $p < 0,01$

* . $p < 0,05$

Legenda: F1 - Processos Clínicos; F2 - Gestão das Competências; F3 - Práticas de Controlo de Qualidade; F4 - Gestão dos Recursos Físicos e Humanos; F5 - Acesso de Doentes

4 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este capítulo relata a metodologia e os resultados de um estudo que teve como objetivos identificar as estratégias que possam ser consideradas válidas e aplicáveis nos SU portugueses, na melhoria da problemática da sobrelotação; validar a escala das estratégias de redução de sobrelotação do serviço de urgência hospitalar elaborada noutro estudo e relacionar as estratégias encontradas com a idade, sexo, formação académica/profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional em SU e formação em Triagem de Manchester dos participantes. Desta forma pretende-se realizar uma síntese e apreciação crítica dos resultados alcançados, sustentando-os teoricamente com a literatura e a evidência científica realizadas nesta área da saúde e da investigação. Discutem-se os resultados em função dos objetivos. Os dados inferidos de um trabalho de investigação tornam-se pouco úteis se não forem apresentados à comunidade em geral e em particular à comunidade científica (Coutinho, 2015).

Tratou-se de um estudo quantitativo e correlacional, com uma amostra de 228 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (77.2%). A média de idades é de 36.1 anos (DP 8.37), variando entre os 23 (1.8%) e os 59 anos (0.8%). Relativamente ao tempo de exercício profissional, constatamos que a média é de 13.1 anos (DP 8.22). No que respeita ao tempo de exercício em funções em SU, verifica-se que a média de anos de trabalho é de 13.1 anos (DP 8.22), no mínimo com 1 ano de experiência profissional e no máximo de 35 anos. Dos inquiridos a exercer funções em SU, constatamos que são maioritariamente jovens, com poucos anos de serviço, média de 8.7 anos (DP 6.94), com um mínimo de 1 ano de experiência profissional e no máximo 32 anos.

Identificação das estratégias de redução aplicáveis na redução da sobrelotação:

Os resultados avaliados pela EERSSU dizem que 90.8% dos inquiridos consideram a sobrelotação um problema, ao invés de 5.7% que não o consideram. Estes resultados encontram suporte teórico no estudo de Yarmohammadian (2017), que refere que a sobrelotação nos serviços de urgência é um problema à escala mundial, e foi reconhecida como uma crise em alguns países. Um estudo da OCDE em 2015, concluiu que entre 21 países, a população portuguesa foi das que mais recorre ao SU em 2011, com cerca de 70 atendimentos por cada 100 habitantes (Berchet, 2015).

Carlson (2016) acrescenta que há uma relação entre a existência da sobrelotação e a consequente redução da qualidade dos cuidados, pela falta de recursos adequados. Perante isto, com a necessidade de desenvolver estratégias neste sentido, este estudo revelou as seguintes estratégias:

O aumento do número de camas de internamento reduz o tempo de permanência dos doentes, (M=3.96, DP=1.18) e a criação de unidades de decisão clínica melhora a avaliação e planeamento dos doentes, reduzindo consequentemente tempos de permanência e a sobrelotação em SU, (M=3.92, DP=0.88), estratégias encontradas em estudos de Chan (2015) e Manson (2016), com a evidência de melhoria do fluxo de doentes, com a ressalva de adequar os recursos no internamento, por forma a evitar internamentos prolongados.

Criar áreas dentro do SU para a avaliação dos doentes de baixa gravidade, (M=3.95, DP=0.94) e áreas para avaliação de doentes de média gravidade (M=3.85, DP=0.91) melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação, como refere Silva (2017), a criação de clínicas *Walk-in*, para uma tipologia frequente de doentes com sintomas de gripe, cujas idas ao SU são numerosas, diminuíam a sobrecarga do SU, permitindo a atendimento atempado a doentes com maior gravidade do seu estado clínico.

Criar protocolos institucionais que definam critérios de internamento em cada especialidade ou enfermarias de curta duração, reduz a sobrelotação no SU, (M=3.85, DP 0.91), criar protocolos institucionais para agilizar transferências do SU para os serviços de internamento, reduz a sua sobrelotação, (M= 4.30, DP 0.74) e a existência de um protocolo institucional de sobrelotação que é ativado nestas situações, reduz a problemática da sobrelotação, (M= 3.91, DP= 0.96) encontra sustentação em Healey-Rodriguez et al. (2014), que se refere à implementação de um modelo baseado num programa de gestão logística do doente admitido em SU e que reduziu a sobrelotação de 219 minutos em 2008 para 207 minutos em 2009, no tempo total de permanência do doente.

Criar uma equipa de coordenação de cuidados para identificar, tratar, facilitar a alta em segurança e evitar readmissões em doentes de elevado risco, reduz a sobrelotação no SU, (M=4.09, DP=0.88), e agilizar as observações por outras especialidades, através do rastreamento dos tempos de resposta, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU, (M=3.99, DP=0.83), sustentado por Chan (2015).

Criar a figura do "Enfermeiro Coordenador de Vagas" com o objetivo de gerir e otimizar a ocupação de camas de internamento, melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU, (M=3.83, DP=1.04), com suporte na OE (2014), que se refere ao enfermeiro gestor como o profissional que cria condições para a tomada de decisões e ações da equipa, dando ênfase à gestão enquanto ferramenta determinante no desenvolvimento.

Agilizar os tempos de resposta dos testes laboratoriais e de imagiologia, melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU, (M=4.12, DP=0.89), que encontra suporte em Jarvis (2016), referindo que a alocação de testes rápidos no SU poderia aumentar a rapidez do diagnóstico. Noggard e Mogensen (2012) compararam o uso da metodologia *Point Care* na análise de amostras de sangue com o transporte das mesmas ao laboratório, concluindo que existia uma diminuição acentuada do tempo desde a colheita do sangue até aos resultados usando a primeira tecnologia, com um ganho de cerca de 46 minutos.

Criar zonas de preparação para a alta, onde os doentes aguardam pelos transportes ou processos administrativos, melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU, (M=3.85, DP= 0.97); Planear e antecipar altas em doentes de baixo risco, aumenta a capacidade para novas admissões e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU, (M=3.82, DP=0.85), Planear precocemente a alta, em articulação com assistentes sociais e pessoa responsável pelo doente, melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação, (M=4.21, DP=0.78), como refere Gomes (2014) em Portugal, estima-se que 30 a 35% das admissões de doentes em SU são consideradas não urgentes. O mesmo estudo traça o perfil do utilizador abusivo, que contribui em grande escala para a existência de sobrelotação. Dixe (2018) demonstra que a utilização inapropriada do SU é manifestamente gerada pela própria vontade do doente, e com um elevado consumo de cuidados globais de saúde.

Validação da escala das estratégias de redução da sobrelotação do serviço de urgência hospitalar

Este estudo teve como objetivo a validação das características psicométricas da EERSSU, dado que não tinha sido ainda aplicada. Desta avaliação, no que concerne à sua validade e fidelidade, pode inferir-se que a EERSU reuniu dados satisfatórios e que se comporta de forma adequada aos enfermeiros inquiridos. Segundo Coutinho (2015), o objetivo é saber se o instrumento que se pretende aplicar numa investigação fornece garantias da qualidade informativa dos dados recolhidos. “Se queremos que os resultados da investigação sejam válidos, os dados em que estes se basearam terão de ser fiáveis (Coutinho, 2015, p.116)”.

A consistência interna da escala é elevada, com um α de *Cronbach* de 0.911, com os itens a correlacionarem-se entre si. Coutinho (2015) refere que é o indicador mais adequado numa escala tipo *Likert*. Igualmente se vários itens do questionário exibem correlações entre si, o valor do *alpha* aumenta. O estudo original do qual foi retirado o instrumento, exigiu uma validação de estratégias pelos peritos, com uma percentagem superior a 75%. Não foi possível a comparação com outros estudos realizados e a utilização deste instrumento, dado ser a primeira vez que foi utilizado.

A validade de um instrumento é provavelmente o melhor indicador da sua qualidade. A validade de construto foi avaliada através da análise fatorial, com uma análise aos componentes principais, para a decisão do número de fatores a serem extraídos. Não se confirmou a unidimensionalidade da escala, pela extração forçada a 5 fatores. Os valores de KMO de 0.851. Almeida (2017) enquadra este valor numa recomendação para a ACP de boa. Para a recomendação da extração de fatores deve ter-se em linha de conta o critério de *Kaiser* e a variância extraída por cada fator. Segundo a mesma autora, o valor de 50% da variância total deve ser considerado como o mínimo aceitável. Na EERSSU, o valor de variância total foi de 51.9%, o que se considera aceitável para a investigação.

Foram definidas as dimensões/fatores importantes e relevantes para o estudo, agregando em si os itens da EERSSU. A síntese de itens foi estudada pela sua estatística de cada item, com a eliminação de 3, resultando na agregação de 32 itens em 5 fatores. Aos mesmos foram atribuídas as designações de Processos Clínicos, Gestão de Competências, Práticas de Controlo de Qualidade, Gestão dos Recursos Físicos e Humanos e Controlo de Acesso dos Doentes.

Relação entre as estratégias encontradas e as características sociodemográficas e profissionais dos participantes

Quanto se pretende responder à questão de investigação enunciada “Quais são as estratégias consideradas válidas pelos Enfermeiros dos Su’s portugueses, com potencial para reduzir as situações de sobrelotação nos seus serviços?”, foram elaboradas 4 hipóteses:

O nível de significância observado não é estatisticamente significativo entre o grupo de enfermeiros com formação em TM e os grupos de enfermeiros sem formação em TM, no que concerne à escolha das estratégias em F1, F2, F3, F4, F5 e o total da escala, rejeitando assim a hipótese. O total de enfermeiros sem TM é de n=34 (14.9%), ao invés dos enfermeiros com TM, n=193 (84.6%), no total da amostra (n=228). Os estudos encontrados demonstram que a

TM ou chamada classificação de risco tem vantagens e desvantagens, mas que a sua implementação trouxe ganhos à melhoria do desempenho dos SU's, ao invés quer do antigo atendimento por ordem de chegada, quer da triagem feita por médicos. Vejamos:

Sterling (2019) refere que a TM é o primeiro registo de informação clínica, em texto livre, da admissão de um doente em SU. Contudo, este não pode ser preditivo para a disposição final da estadia do doente em SU, mesmo quando usado em separado da restante informação clínica sobre o mesmo.

Duro (2017) demonstra que a classificação de risco (denominação usada no Brasil) no SU apresenta vantagens e fragilidades. As fragilidades apontam para a falta de profissionais em número suficiente para a excessiva procura por parte dos doentes, que somada à sobrelotação, vai causar maior impacto na demora do atendimento. Ainda que suporte a hipótese inicial que existem diferenças estatisticamente significantes nas estratégias de redução entre os enfermeiros com e sem triagem, a EERSSU não reuniu consenso neste aspeto.

Guedes (2014), por outro lado, refere num estudo que pretendia avaliar o valor de predição da TM e a avaliação do desfecho clínico dos pacientes concluiu que quanto maior a prioridade clínica do doente, maior o tempo de permanência no hospital. A média de dias de internamento decresce na mesma ordem de complexidade dos doentes: vermelho, laranja, amarelo, verde. Desta forma, a TM é um bom indicador para avaliar evolução clínica do doente e o tempo de permanência em SU.

O Grupo Português de Triagem prevê, na norma emitida pela DGS (norma 002/2018), a reavaliação/retriagem do doente quando o tempo de espera excede o limite previsto. Igualmente é descrito que “a uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos permitem aos profissionais de saúde do serviço de urgência, dado o afluxo significativo de pessoas nestes serviços, uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, de maior qualidade e segurança (DGS, norma 002/2018, p.15) Acrescenta ainda que “o encaminhamento interno das situações clínicas, mais frequentes para áreas de especialidade, deverá ser definido em cada hospital, de forma a facilitar o acesso, em tempo útil, à observação médica adequada, com redução dos tempos de espera e de permanência no serviço de urgência (DGS, norma 002/2018, p.15)”.

Desta forma está previsto que, priorizando os doentes segundo a TM, não se contribua para a sobrelotação dos SU's. Confirmando este pressuposto, rejeita-se a hipótese inicialmente formulada.

Foi feita a comparação entre os diferentes grupos consoante a sua formação académica/profissional. Os diferentes grupos foram: Enfermeiros com Especialidade e/ou Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (n= 59, 27.1%), Enfermeiros com Pós-Graduação em Urgência/Emergência (n=31, 13.6%), Enfermeiros com Especialidade e/ou Mestrado em outras áreas de Enfermagem (n=33, 14.5%), e o grupo Outros (n= 104, 45.8%), onde se inclui Licenciatura e/ou Doutoramento.

Para esta comparação múltipla entre grupos, os resultados obtidos foram os seguintes: existem correlações estatisticamente significativas entre eles, nas dimensões com diferenças significativas, nomeadamente entre enfermeiros com ESPMC (Especialidade e/ou Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica) e os enfermeiros com ESPMENF (Especialidade e/ou Mestrado em outras áreas de Enfermagem (DM=34.00; p=0.16) e enfermeiros com outro nível de formação (DM=25.84; p=0.15); entre enfermeiros ESPMENF e enfermeiros com ESPMC (F=34.00; p=0.16); entre enfermeiros com Outro e enfermeiros com ESPMC (DM=25.84; p=0.15) e o grupo de estratégias Gestão de Competências.

A hipótese enunciada verificou a correlação entre os enfermeiros com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica/Mestrado e os restantes grupos de formação, com um intervalo de confiança de 95%. Os autores seguintes corroboram esta hipótese verificada, baseada no seguinte:

Sheikhbardsiri (2019), num estudo efetuado no Irão, concluiu que as formações em workshops mostraram evidência positiva ao final de um mês, entre os enfermeiros, no que respeita à sua autoeficácia no desempenhar das suas funções e no aumento das competências no desempenho de funções.

Costa e Gaspar (2017), num estudo sobre o perfil de competências do enfermeiro do SU, concluíram, com a aplicação de uma escala que os resultados em função da formação específica em cuidados de Enfermagem em Urgência/Emergência ou ao doente críticos para uma influência positiva na auto percepção das competências. Referem ainda que a formação específica e as habilitações académicas influenciam positivamente todos os fatores estudados e o total da escala de competências aplicada.

Oliveira, Queirós e Castro (2015), num estudo quantitativo, descritivo-correlacional sobre competência profissional dos enfermeiros concluíram que os enfermeiros detentores de uma formação especializada em enfermagem evidenciaram níveis de competência mais elevada relativamente aos outros enfermeiros.

Desta forma, concluímos que a formação é um dos pilares importantes a ter em linha de conta quando falamos do desempenho de funções, no exercício profissional, e que existe maior relação entre os enfermeiros com Especialidade e/ou Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e a escolha das estratégias de redução de sobrelotação. As diferenças ocorrem principalmente nas estratégias que envolvem a Gestão de Competências, a Prática de Controlo da Qualidade e a Gestão de Recursos Físicos e Humanos. No caso específico dos SU's, a sobrelotação beneficia, neste sentido, da presença de enfermeiros com Especialidade e/ou Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica.

O parecer 14/2018, da Ordem dos Enfermeiros elenca a importância supracitada, sendo que os SU são serviços já por si com situações com gravidade que exigem uma resposta e intervenção médicas adequadas, prevendo a presença de um enfermeiro especialista em ENFMC na sala de reanimação. Igualmente baseado nas normas da DGS, concretamente a norma 002/2018, o enfermeiro diretor, por sugestão do enfermeiro chefe, deve adequar a dotação e perfil dos enfermeiros a trabalhar em SU, e dada a exigência clínica dos doentes admitidos na sala de emergência, a equipa deve ser dotada de formação especializada, da responsabilidade da instituição.

Nos grupos estudados na EERSSU não foi possível avaliar se a formação dos enfermeiros foi feita com apoio das respetivas instituições, ou se a mesma foi financiada pelos próprios profissionais.

No que diz respeito ao nível de concordância das estratégias de redução entre os enfermeiros que consideram a sobrelotação um problema, o nível de significância observado não é estatisticamente significativo para verificar a hipótese colocada. A estatística de teste está ajustada para empates, dado que o teste não apresenta diferenças significativas entre as amostras e como tal, não foram realizadas comparações múltiplas. A sobrelotação foi validada enquanto problema existente pela maioria da amostra em todos os fatores (F1 com $p=0.937$; F2 com $p=0.095$, F3 com $p=0.840$; F4 com $p=0.131$, F5 com $p=0.582$ e o total de escala com $p=0.877$).

Isto corrobora com o que demonstram os estudos anteriores, em que todos os apresentados defendem a existência da sobrelotação enquanto problema e a necessidade de implementação de estratégias para a sua resolução. Linden (2019), num estudo sobre a aglomeração/sobrelotação dos Su's e o fluxo de doentes conclui que o impacto da implementação de uma estratégia multimodal reduz com sucesso a sobrelotação. Esta estratégia passa pela alocação de mais um enfermeiro na sala de emergência, 5 especialistas médicos durante o pico da afluência e um programa *Lean* para melhorar os tempos dos exames radiológicos.

Carlson (2016) num estudo sobre a sobrelotação em SU, considera a mesma um problema à escala mundial, com implicações sérias no que concerne à qualidade dos cuidados e segurança dos doentes. Invoca estratégias a ter em conta com vista à sua redução. Essas passam pelo apoio da administração, no que respeita à construção de *guidelines* de boas práticas e encaminhamento de doentes, o aumento dos recursos humanos e a colaboração entre serviços hospitalares. O objetivo é a prática de cuidados com segurança e com vista à melhor qualidade de cuidados.

A par do que acontece na indústria automóvel, alguns autores elencam a estratégia *Lean* aplicada ao ambiente hospitalar, com vista à melhoria e redução de custos. Lopes (2017), analisou a aplicação desta estratégia no SU do Hospital Pedro Hispano, com vista à melhoria do desempenho do mesmo. A estratégia *Lean* visa uma bordagem de gestão com o objetivo de identificar e eliminar desperdícios, melhorar o fluxo de atividades, dos funcionários e da informação. Pretende-se a redução de custos, a eliminação do trabalho repetido, padronização de procedimentos, melhor gestão de stocks, promoção do desenvolvimento pessoal, agilização e resolução de problemas e o incentivo à inovação e uso de sistemas integrados.

O Manual de *standards* para Unidades de Urgência e Emergência (2016), no âmbito da qualidade e certificação de serviços prevê a “implementação e avaliação da qualidade nas Unidades de Urgência e Emergência, representa a vontade do Departamento da Qualidade na Saúde de proporcionar também a estas unidades, como a todas as outras, um conjunto de standards da qualidade que possa orientar a sua atuação, apoiá-las na busca da melhoria contínua da qualidade em conformidade com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e auxiliá-las num processo de certificação e reconhecimento externo da qualidade (p.5)”. Para atingir estes objetivos a sobrelotação é uma das etapas com carácter obrigatório de resolver.

Massaro (2017) diz que o tempo de permanência em ambiente hospitalar é um dos indicadores de qualidade e um elemento fundamental para o confronto da sobrelotação hospitalar. Desta forma, urge encontrar soluções para a sua redução. Neste caso foi utilizada a ferramenta KAN BAN, que passa pela identificação visual dos doentes, com recurso a placas de sinalização, consoante o tempo de permanência. Este sistema define limites temporais para a permanência dos doentes e equipas que monitorizam e avaliam as causas do aumento da permanência e arranjam soluções para a sua resolução.

Oliveira (2017) citando Sá (2014) refere que as causas para a sobrelotação são falta de profissionais qualificados, falta de recursos materiais, elevado tempo de espera para atendimento, inadequação do espaço físico, excessiva carga horária laboral e falta de camas nos internamentos. Sugere como estratégia para a redução da sobrelotação a criação de políticas públicas de saúde voltadas para este problema, recurso a ferramentas de gestão e o aumento dos recursos humanos no SU.

No que diz respeito ao nível de concordância das estratégias de redução da sobrelotação entre os enfermeiros com maior tempo de exercício profissional e com maior tempo de exercício em SU, observam-se correlações positivas e estatisticamente significativas nos fatores F3 – Gestão de Práticas de Qualidade e o grupo de Enfermeiros com maior tempo de exercício profissional. Igualmente existem correlações positivas entre F4 – Gestão dos Recursos Físicos e Humanos, F5 – Controlo de Acesso de Doentes e ambos os grupos de Enfermeiros, quer com maior tempo de exercício profissional, quer com maior tempo de exercício de funções em SU. Consequentemente ao aumento dos anos de exercício profissional e do exercício de funções em SU esteve associado o aumento das estratégias de redução.

Vários estudos corroboram e validam igualmente esta hipótese. Costa (2017) mostra que o aumento das competências está diretamente relacionado com o aumento da idade e do tempo de exercício profissional. Desta forma, a experiência profissional e a idade têm uma influência positiva no ganho de competências dos enfermeiros do SU.

Benner (2001), que nos mostra a prática da profissão com o pressuposto de iniciado a perito, estudou a aprendizagem experiencial na prática de enfermagem, e a aquisição de competências, baseada na aprendizagem clínica e o conhecimento articulado que está inerente à prática de enfermagem. A autora elenca a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial. Quanto maior o tempo, maior é

a aprendizagem. Defende o perito como o enfermeiro que desenvolve capacidades e habilidades no tempo, a partir de uma base fundamentada na educação e na multiplicidade de experiências.

Oliveira (2015) defende igualmente que a competência dos enfermeiros está diretamente relacionada com o maior tempo de exercício profissional, associados à idade e à categoria profissional, variável fundamental para maiores níveis de competência profissional.

Malagutti (2009) refere que o maior desafio para um enfermeiro de SU é o caminhar continuamente para a excelência dos cuidados. Este só pode ser realizado com os anos de experiência, com o aumento da idade e a autorreflexão da prática dos cuidados. Demonstra que o aumento do número de anos em exercício profissional é uma mais valia na competência e excelência do cuidar.

As estratégias elencadas na EERSSU incidiram também na escolha da prática de cuidados de qualidade. O grupo de enfermeiros com maior tempo de exercício profissional correlacionou-se com esta estratégia. A qualidade em saúde é amplamente discutida e defendida ao longo dos anos. Bão (2019) mostra que a qualidade enquanto indicador é uma mais valia, promovendo a melhoria dos serviços de saúde e na prática dos enfermeiros, bem como fortalece as políticas em saúde. 79.9% dos enfermeiros reconheceram que o maior benefício dos indicadores de qualidade é a identificação das necessidades de capacitação da equipa, e 73.4% consideraram que os mesmos ajudam na definição de objetivos para a melhoria dos cuidados.

A Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO) elaborou em 1988 os padrões de qualidade, por meio de *Internacional Standards Organization (ISO)* que concernem nas normas de gestão de qualidade nas organizações. Tendo isto por base, suplementa os resultados obtidos neste estudo, dado que os indicadores de qualidade representam uma estratégia fundamental na prática de cuidados, da objetividade baseada na evidência e na gestão dos resultados (Silveira, 2015).

Soeiro (2015) refere que é devido à qualidade dos cuidados de enfermagem num SU que dependem muitas vidas humanas.

O Manual de Standards para as unidades de Urgência e Emergência (2016) defende a prática da qualidade, enquanto indicador, integrado no modelo de certificação adotado pela DGS.

Pretende garantir, através da verificação, de que forma os cuidados aos doentes estão de acordo com o preconizado dos padrões de qualidade a nível nacional e internacional.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2015-2020, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, de forma contínua e em todos os níveis de prestação, é um direito do cidadão, assumindo-se a segurança como um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde (Diário da República, 2015).

Um sistema de saúde deve ter em linha de conta enquanto preocupação major, a qualidade dos cuidados e o desempenho (Fernandes. 2016). A qualidade pode ser definida como um conjunto de propriedades de um serviço que o tornam adequado à missão de uma organização concebida como resposta às necessidades e expectativas dos seus clientes (Capelas, 2014). Silveira (2015) refere os enfermeiros entendem que a qualidade deve ser um indicador para avaliar a prática dos cuidados, mas ainda poucos usam este indicador no exercício da sua profissão.

A correlação entre os grupos com maior tempo de exercício profissional e maior tempo de exercício em SU com o fator Gestão de Recursos Humanos e Físicos é também demonstrada por Bittencourt (2009). Este defende que o aumento dos recursos humanos, da equipa de Enfermagem, alocada a 3 áreas do SU, admissão, altas e transferências de doentes leva à diminuição da permanência do doente em SU e à diminuição do tempo a aguardar vaga nas enfermarias. Igualmente demonstrou que a criação do enfermeiro gestor/coordenador de altas diminuiu o tempo de permanência em SU.

Reis (2019), num estudo com 72 enfermeiros, conclui que a falta de profissionais na equipa de Enfermagem coloca em causa afeta a qualidade do serviço e a segurança dos doentes, indo de encontro à escolha neste estudo das estratégias que se inserem quer na gestão de recursos, quer na prática de cuidados de qualidade.

Catarino (2017) refere que os hospitais são confrontados com a falta de recursos quer materiais, quer humanos, que implicam uma diminuição da qualidade dos cuidados, gerados por cortes orçamentais e ainda pela utilização inadequada e/ou excessiva da população. A autora sugere a atribuição de um profissional de saúde, especializado no grupo estudado com maior evidência no estudo (mulheres, com mais de 80 anos), como uma estratégia capaz de dar resposta às

exigências do grupo, sem contribuir para a sobrelotação, mas aumentando a eficiência das mesmas.

O guia de Recomendações Técnicas para os Serviços de Urgência (2015) elenca todos os espaços físicos adequados, bem como os recursos em termos de material necessários a um SU. Adequa a tipologia e quantidade de material consoante o tipo de SU em questão.

Quando pretendemos refletir sobre o Controlo de Acesso de Doentes, deparamo-nos com questões relevantes que vão desde a facilidade de acesso a um SU, bem como a visão menos favorável respeitante aos cuidados de saúde primários (Dixe,2018). Ter um SU a 10 quilómetros de casa, facilita e incita a ida de doentes ao mesmo, ainda que a sua prioridade segundo a TM seja de não urgente (Franchi, 2017). Estes fatores contribuem em grande escala para a sobrelotação.

Uma das estratégias criadas, que envolve o acesso de doentes passa pelas campanhas de sensibilização a nível nacional, apontadas no Plano de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas – Módulo Inverno 2017/2018 (Portal SNS), que sugerem ao público o recurso ao Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS24), antes de se dirigir a um SU. Contudo, a realidade demonstra elevadas admissões neste período, o que sugere que o Controlo de Acesso de Doentes ainda carece de melhoria, evidenciado também pela escolha pelos inquiridos deste estudo.

5 - CONCLUSÃO

A sobrelotação no SU é uma das problemáticas mais vigentes em alturas consideradas de pico de atividade, mas que se estende aos restantes meses do ano, conferindo aos hospitais, na sua maioria, um cenário caótico, elevados tempos de espera para atendimento, insatisfação por parte dos doentes e/ou familiares/acompanhantes, desmotivação e *stress/burnout* nos seus prestadores de cuidados, com conseqüente diminuição da qualidade dos cuidados em saúde.

Entende-se por sobrelotação uma afluência excessiva ao SU, cujos recursos físicos e humanos não têm condições de suportar. Por serem os Enfermeiros enquanto equipa de trabalho 24 horas/dia a viverem esta realidade, urge este estudo que objetivou a sintetização de estratégias de redução desta problemática.

Este estudo demonstrou que:

- A sobrelotação é um problema existente nos hospitais portugueses;
- A escolha de estratégias de redução da sobrelotação incide essencialmente no aumento do número de camas no internamento, na criação de unidades de decisão clínica, na criação de áreas dentro do SU para avaliação dos doentes de baixa e média gravidade, na criação de protocolos institucionais sobre fluxo de doentes e ativação dos mesmos quando se verifica a sobrelotação, a criação de equipas de coordenação de cuidados, no que diz respeito às altas, agilização dos tempos de resposta quer da observação pelas especialidades, quer de exames laboratoriais e de imagiologia, na criação do enfermeiro coordenador de vagas, para gerir o fluxo de doentes para o internamento, e na criação de zonas de preparação de alta dos doentes;
- A EERSSU apresenta boas características psicométricas e a sua fiabilidade e validade fatorial apontam para 5 fatores: Gestão de Processos Clínicos, Gestão de Competências, Práticas de Controlo da Qualidade, Gestão de Recursos Físicos e Humanos e Controlo de Acesso de Doentes, podendo servir o propósito do estudo no que concerne à redução da sobrelotação num SU;
- Os Enfermeiros apresentam diferenças estatisticamente significativas na escolha de estratégias no âmbito da formação académica, com maior evidência nos que possuem

Especialidade/Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica em relação aos outros grupos, no que respeita à gestão de Competências dos mesmos e à gestão dos Recursos Físicos e Humanos;

- Os Enfermeiros correlacionam significativamente a escolha de estratégias no âmbito da qualidade com o aumento do número de anos de exercício profissional e exercício em funções no SU;

Considera-se ser necessário a realização de mais estudos neste âmbito, com hospitais-alvo, onde a sobrelotação é evidente, no sentido de adequar as estratégias consoante a área geográfica e a tipologia de utilizadores frequentes/abusivos/recorrentes. Sugere-se igualmente o estudo sobre a viabilidade de estabelecer um número máximo de doentes em SU, para se considerar o mesmo sobrelotado, bem como estudar o número de dias máximo de internamento em enfermaria, o que condiciona o fluxo de doentes e gera sobrelotação.

Constata-se que seria ainda uma mais valia um estudo que avaliasse a inclusão de critérios de formação académica/profissional e um número mínimo de anos de experiência profissional para a constituição de uma equipa de Enfermagem de um SU.

Sugere-se a divulgação deste estudo junto de Enfermeiros Gestores e à Comissão da Rede Nacional de Emergência e Urgência, dado que o propósito da mesma se prende com a avaliação da implementação da rede, o seu desempenho e as sugestões para resolução de problemas. A divulgação deste estudo em revistas da área da saúde poderá ser uma mais valia no sentido de partilhar o conhecimento, motivando outros colegas a investir nesta temática.

As limitações deste estudo prendem-se com o facto de ser um estudo global, a nível nacional, não se conseguindo identificar especificamente a realidade/problemática de cada unidade hospitalar. Igualmente a exigência deste tipo de investigação foi uma limitação sentida, na conjugação e gestão do tempo para a sua realização.

A sobrelotação dos Su's a nível nacional é uma realidade, que tem tido a atenção da DGS e dos profissionais de saúde, que revelam uma preocupação crescente acerca disto. A exigência das situações clínicas dos doentes, urgentes e emergentes, a necessidade de respostas que os familiares/cuidadores/pessoas de referência, num público cada vez mais informado, motivam

igualmente esta necessidade de investimento futuro em investigações semelhantes, devendo cada Enfermeiro trabalhar para a excelência dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, S. (2017). Estatística Aplicada à Investigação em Ciências de Saúde, um guia com SPSS. Lusodidacta.

Báo, A. C. P.; Amestoy, S. C.; Moura, G.; Trindade, L. (2019). Quality indicators: tools for the management os best practices in Health. Rev Bras Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479> .

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Ed. Comemorativa. Quarteto Editora.

Berchet, C. (2015). Emergency Care Services: Trends, Drivers and Intervations to Manage the Demand. OECD Publishing. Vol 83.

Bergs, J., Vandijck, D., Hoogmartens, O., Heerinckx, P., Van Sassenbroeck, D., Depaire, B., Verelst, S. (2016). Emergency department crowding: Time to shift the paradigm from predicting and controlling to analysing and managing. International Emergency Nursing. p.74–77. .

Bittencourt, Roberto, et al. (2009). Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.1439-1454, p.1439-1454.

Boyle, Adrian; Beniuk, Kathlenn; Higginson, Ian; Atkinson, Paul (2011). Emergency Department Crowding: Time for Interventions and Policy Evaluations. Hindawi Publishing Corporation Emergency Medicine International Volume 2012, Article ID 838610.

Brazão, M. L.; Nóbrega, S.; Bebiano, G.; Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. Revista Medicina Interna. Vol.23.

CAEP, Canadian Association of Emergency Physicians (2017). Emergency Department Overcrowding. <http://caep.ca/advocacy/romanow-comission/emergencydepartment-overcrowding>.

Campos, Luis (2014). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência. Direção Geral da Saúde.

Capela, M.L. (2014). Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos em Portugal. Lisboa. Universidade Católica Editora.

Carlson, K. (2016). Croeding in Emergency Department. Journal of Emergency Nursing. 97-98.

Catarino, I.P.S (2017). Utilizadores Frequentes das Urgências do Serviço Nacional de Saúde. (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa.

Chan, S. S. W., Cheung, N. K., Graham, C. A., & Rainer, T. H. (2015). Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments. Hong Kong Medical Journal, 21(4), 345–352.

Coutinho, Clara Pereira. (2015). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. Almedina. 2ª edição.

Costa, António; Gaspar, Pedro J.S (2017). Perfil de Competências do Enfermeiro no Serviço de Urgência. Construindo Conhecimento em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Instituto Politécnico de Leiria. 44-67. recuperado em <https://iconline.iipleiria.pt/bitstream/10400.8/2880/1/cap-3.pdf>.

Crawford, K., Morphet, J., Jones, T., Innes, K., Griffiths, D., & Williams, A. (2014). Initiatives to reduce overcrowding and access block in Australian emergency departments: A literature review. p. 359–366.

Despacho Normativo 13427/2015.Criação da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU). Ministério da Saúde. Diário da República, 2ªsérie – n.º228.

Despacho Normativo n.º 18459/2006. Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência e a criação de unidades básicas. Ministério da Saúde. Diário da República, 2ª série-n.º 176.

Diário da República n.º 25/2016, 1º Suplemento, Série I de 2016-02-05, Resolução do Conselho de Ministros n.º 5-A/2016.

Direção Geral da Saúde (2018). Norma 002/2018, de 09/01/2018.

Dixe, M. (2018). Determinantes do Acesso ao Serviço de urgência por doentes não urgentes. Revista de Enfermagem de Referência. 41-52. Série IV, n.º16.

Duro, C. L. M.; Lima, M. A. D. S.; Weber, L. A. F. (2017). Nurses opinion on risk classification in emergency services. Ver Min Enferm. 1-8.

Fernandes, Sílvia.; Tareco, Eugénia. (2016). Sistemas de Informação como indicadores de qualidade em saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. p.32-45. RISTI. <http://dx.doi.org/10.17013/risti.19>.

Fortin, Marie-Fabienne. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta.

Franchi, C., Cartabia, M., Santalucia, P., Baviera, M., Mannucci. P. M., Fortino, I., Nobili, A. (2017). Emergency department visits in older people: Pattern of use, contributing factors, geographical differences and outcomes. Aging Clinical and Experimental Research, 29(2), 319-326. doi:10.1007/s40520-016-0550-5.

Freixo, M. J. V. Metodologia Científica, Fundamentos Métodos e Técnicas. 3ªed. Instituto Piaget.

Gomes, M. (2014). O Perfil do Utilizador Abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses: um estudo no Hospital São João do Porto. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações. Instituto Politécnico do Porto, Portugal.

Gonçalves, J. F. C. (2018). A sobrelotação No Serviço de Urgência: Estratégias de Redução pela Técnica Delphi. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Leiria.

Guedes, H. M.; Martins, J. C. A.; Chianca, T. C. M. (2014). Valor de Predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos dos pacientes. *Rev Bras Enfermagem*. 45-51. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680107>.

Gray, J., Grove, S. & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's, The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 8ª edição. Elsevier.

Haro, F. A.; Serafim, J.; Cobra, J.; Faria, L.; Roque, M. I.; ramos, M.; Carvalho, P.; Costa, R. (2016). *Investigação em Ciências Sociais*. 1ªed. Pactor.

Healy-Rodriguez, M. A.; Freer, C.; Pontiggia, L.; Wilson, R.; Metraux, S.; Lord, L. (2014). Impact of Logistics Management Program on Admitted Patient Boarders Within an Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*.: <http://works.bepress.com/metraux/44/>

Hoot, N., Aronsky. (2008). Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Annals of Emergency Medicine*. Vol. 52, No2. p.126-136.

Jarvis, P. R. E. (2016). Improving emergency department patient flow. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 3(2), 63–68. <https://doi.org/10.15441/ceem.16.127>.

Manual de Standards, Unidades de Urgência e Emergência (2016). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde*. Direção Geral da Saúde.

Massaro, I. A. C.; Massaro, A. (2017) The use of Kanban in care management: Overcoming limits. *Rev. Adm. Saúde*. Vol. 17

Malagutti, W.; Caetano, K.C. (2009). *Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado*. Editora Rubio.

Marconi, M.A. & Lakatos, E.V. (2010). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 7ª edição. São Paulo, Editora Atlas.

Marôco, J. (2001). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5ªed. Pero Pinheiro. Report Number.

McCain, R. Hamilton, and F. Linnehan (2011), “Emergency department overcrowding as a Nash equilibrium: hypothesis and test by survey methodology,” in *Lecture Notes in Economics and Mathematical Systems*, S. Osinga, G. Hofstede, and T. Verwaart, Eds., pp. 90–102, Springer, Amsterdam, the Netherlands.

Nogaard, B.; Mongensen, C.B. (2012). Blood sample tube transporting system versus point of care technology in an emergency department; effect on time from collection to reporting? A randomised trial. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 20. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1757-7241-20-71>.

- Linden, M. C.; Ufford, H. M. E.; Linden, N. (2019). The impact of multimodal intervention on emergency department crowding and patient flow. *Journal of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1186/s12245-019-0238-7>.
- Lopes, J. M. S. (2017). *Aplicação de Técnicas Lean no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia. Universidade do Porto.
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em Enfermagem. *Revista Percursos*, n. °17. 3-9.
- Oliveira, L. M. N.; Queirós, P. J. P.; Castro, F. V. (2015). A Competência Profissional dos Enfermeiros: um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. (143-158). <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>.
- Ordem dos Enfermeiros (2015) – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor e reconhecimento de áreas de competências acrescidas. Regulamento 101/2015.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa.
- Organização para o Crescimento e Desenvolvimento Económico. (2017) *Wasteful Spending on health in numbers*.
- Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Direção Geral da Saúde.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.
- Poli, D.F.; & Beck, C.T. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Incidências para a prática de Enfermagem*. 7ªed. Artmed Editora.
- Reis, G. A. X.; Oliveira, J.L.C; Ferreira, A.M.D.; Vituri, D.W.; Marcon, S.S; Matsuda, L.M. (2019). Dificuldades para Implantar Estratégias de Segurança do Paciente: Perspectivas dos Enfermeiros Gestores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol 40. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>.
- Ribeiro, Jorge Manuel Silva (2009). *Autonomia Profissional dos Enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado). Porto Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Silva, Miguel. (2017). *Comparação de Modelos de Previsão de Chegada de Utentes ao Serviço de Urgência* (Dissertação de Mestrado em Engenharia de Sistemas). Universidade do Minho.
- Sheikhbardsiri, S. H. M.; Mousavi, S. H.; Doustmohammadi, M. M.; Karimi, M.; Salahi, S. (2019). The effect of educational workshop on emergency department nurses, self-efficacy in

patient trainig. Journal of Education and Health Promotion. http://dx.doi.org/10.4103/jehp.jehp_52_19.

Silveira, T.V.L.; Júnior, P.P. P; Siman, A.G.; Amaro, M.O. F (2005). Opinião dos Enfermeiros sobre a Utilização dos Indicadores de Qualidade na Assistência de Enfermagem. Revista Gaúcha Enfermagem, p.82-88. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.47702>.

Sterling, N.W.; Patzer, R.E; Di, M; Schragar, J.D. (2019). Prediction of emergency departamento patient disposition based on natural language processing of triage notes. International Journal of Medical Informations. Volume 129. 184-188.

Vieira, Maria Rosário Fátima. (2016). Satisfação no Trabalho e Absentismo dos Enfermeiros de um Aces. (Dissertação de Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços em Enfermagem). Universidade do Porto.

Wallingford, G.; Joshi N.; Callagy, P.; Stone, J.; Brown, I.; Shen, S. (2018). Introduction of a Horizontal and Vertical Split Flow Modelo f Emergency Department Patients as a Response to Overcrowding. Journal of Emergency Nursing.

APENDICE 1

**ESCALA DE ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DA SOBRELOTAÇÃO NOS
SERVIÇOS DE URGÊNCIA**

Questionário sobre Estratégias de Redução da Sobrelotação nos Serviços de Urgência

*Obrigatório

Sem título

Caros colegas,

No âmbito do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, venho convidá-lo (a) a participar, de forma voluntária, no estudo intitulado de "Estratégias de Redução da Sobrelotação no Serviço de Urgência", através do formulário que se segue.

Os SU apresentam-se como um dos maiores pilares dos hospitais, dotados de uma grande carga de complexidade e especificidade, que concentram em si o objetivo maior de prestar cuidados imediatos, urgentes e emergentes ao todo o tipo de indivíduos. Os mesmos sofrem constantemente problemática da sobrelotação.

Corroborando esta problemática, o presente estudo tem como principal objetivo:

- Identificar quais são as estratégias consideradas válidas pelos Enfermeiros dos Serviços de Urgência portugueses, com potencial para reduzir as situações de sobrelotação nos seus serviços. Tendo assim merecido o parecer favorável da Comissão de Ética.

Será salvaguardado sempre o anonimato e a confidencialidade dos mesmos. A sua participação é voluntária, podendo recusar-se a participar neste ou a retirar o seu consentimento a qualquer momento.

A recolha de dados será efetuada através de plataforma online, e os resultados obtidos serão exclusivamente para este estudo e publicações científicas que dele decorrerem.

O presente questionário encontra-se dividido em duas partes, dados sócio-demográficos e profissionais e estratégias de redução.

A investigadora principal encontra-se disponível para qualquer esclarecimento adicional através do endereço eletrónico amargarida.carvalho@live.com.pt ou pelo número 967223358.

Agradeço a sua disponibilidade na concretização do presente estudo.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Margarida Carvalho (estudante do 6º MEPSC e investigadora principal).

1. Pedido de Consentimento Informado *

Marcar apenas uma oval.

Aceito participar

Dados Sócio-Demográficos/Profissionais

2. 1 - Idade *

3. 2 - Sexo *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino
 Outra: _____

4. 3 - Formação Acadêmica/Profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Especialidade e/ou Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
 Pós Graduação em Urgência/Emergência
 Especialidade e/ou Mestrado em outras áreas de Enfermagem
 Outra:

5. 4 - Possui formação em Triagem de Manchester? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

6. 5 - Tempo de Exercício Profissional *

7. 6 - Tempo em exercício de funções no Serviço de Urgência (SU) *

8. 7 - Considera a sobrelotação um problema existente no SU onde trabalha? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

Estratégias para reduzir a Sobrelotação.

As estratégias apresentadas nas próximas questões fazem parte de um grupo de estratégias que foram utilizadas noutros países, com maior ou menor sucesso. Pretende-se que reflita sobre cada uma, considerando a sua pertinência para o contexto Serviço de Urgência que conhece. Responda de acordo com o seu grau de concordância numa escala de 1 a 5, sendo o 1 correspondente ao discordo totalmente, e o 5 ao concordo plenamente. Escolha apenas uma opção.

9. 8- A introdução de objetivos quanto ao tempo de permanência dos doentes no SU pelas entidades governamentais reduz a sobrelotação. *

Marcar apenas uma oval.

- 1 2 3 4 5
- Discordo totalmente Concordo plenamente

10. 9 - A introdução de indicadores clínicos de qualidade pelas entidades governamentais reduz a sobrelotação (taxas de abandono do serviço, sem ser observado; taxas de reatendimentos no SU; tempo até à avaliação inicial; tempo até ao tratamento; tempo total de permanência no SU). *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

11. 10 - A realização da Triagem de Manchester por médicos, melhora o fluxo de doentes no SU e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

12. 11 - Desviar ambulâncias para outras instituições diminui o afluxo de doentes ao SU e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

13. 12 - Desviar doentes que recorrem pelos próprios meios para outras instituições, diminui o afluxo de doentes ao SU e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

14. 13 - Alterar os processos de admissão no SU, através da alocação imediata do doente à zona de tratamento e posterior registo, reduz os tempos de permanência no SU. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo plenamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

15. 14 - A expansão do SU é uma forma de reduzir a sobrelotação. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

16. **15 - O aumento do número de camas de internamento reduz o tempo de permanência dos doentes e, consequentemente, a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

17. **16 - A criação de Unidades de Decisão Clínica melhora a avaliação e planeamento dos doentes, reduzindo consequentemente tempos de permanência e a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

18. **17 - Alocar camas aos corredores das enfermarias reduz a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

19. **18 - Alocar camas aos corredores do SU reduz a sua sobrelotação. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

20. **19 - Aumentar o número de médicos no SU reduz a sua sobrelotação. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

21. **20 - Aumentar o número de enfermeiros no SU reduz a sua sobrelotação. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

22. **21 - Criar equipas de enfermagem "flutuantes" reduz a sobrelotação no SU. (São equipas flexíveis preparadas para dar resposta às necessidades quer do SU, quer dos internamentos, "elementos móveis").**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

23. **22 - Ter enfermeiros especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica nos SU's reduz a sua sobrelotação.**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

24. **23 - Aumentar as competências da equipa de enfermagem reduz a sobrelotação nos SU's. (Como por exemplo, ao nível da solicitação de exames complementares de diagnóstico e administração de analgesia).**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

25. **24 - Criar equipas de avaliação rápida dentro dos SU's, facilita o fluxo de doentes e consequentemente, a sua sobrelotação.**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

26. **25 - Criar áreas dentro do SU para avaliação dos doentes de baixa gravidade, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

27. **26 - Criar áreas dentro do SU para avaliação dos doentes de média gravidade, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação.**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

28. **27 - Alocar um enfermeiro à sala de espera dos doentes para apoiar a triagem, reavaliar, monitorizar e iniciar protocolos de analgesia e exames complementares, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

29. **28 - Criar protocolos institucionais que definam critérios de internamento em cada especialidade ou enfermarias de curta duração, reduz a sobrelotação no SU.**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

30. **29 - Criar protocolos institucionais para agilizar transferências do SU para os serviços de internamento, reduz a sua sobrelotação. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

31. **30 - A existência de um protocolo institucional de sobrelotação que é ativado nesta situações, reduz a problemática da sobrelotação. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

32. **31 - O reajuste no agendamento das admissões eletivas facilita a coordenação dos internamentos e reduz a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

33. **32 - Criar uma equipa de coordenação de cuidados para identificar, tratar, facilitar a alta em segurança e evitar readmissões em doentes de elevado risco, reduz a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

34. **33 - Agilizar as observações por outras especialidades, através do rastreamento dos tempos de resposta, melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

35. **34 - Criar a figura do "Enfermeiro Coordenador de Vagas" com o objetivo de gerir e otimizar a ocupação de camas de internamento, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

36. **35 - Dar aos enfermeiros a autoridade de admitir os doentes internados nas enfermarias, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

37. **36 - Criar modelos preditivos baseados em dados históricos que possibilitem o ajuste de recursos humanos às necessidades, reduz a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

38. **37 - Melhorar os processos administrativos facilita o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

39. **38 - Utilizar testes rápidos como a avaliação de troponinas, INR ou sedimentos urinários, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

40. **39 - Agilizar os tempos de resposta dos testes laboratoriais e de imagiologia, melhora o fluxo de doentes e, consequentemente, reduz a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

41. **40 - Estabelecer horários para escoar doentes melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

42. **41 - Criar zonas de preparação para a alta, onde os doentes aguardam pelos transportes ou processos administrativos, melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

43. **42 - Planear e antecipar altas em doentes de baixo risco, aumenta a capacidade para novas admissões e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação no SU. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente.

44. **43 - Planear precocemente a alta, em articulação com assistentes sociais e pessoa responsável pelo doente, melhora o fluxo de doentes e, conseqüentemente, reduz a sobrelotação**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo plenamente

ANEXO I
PEDIDO DA AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA EERSSU

Declaração

Eu, Joana Filipa Costa Gonçalves, detentora do Cartão de Cidadão nº13350004, venho por este meio autorizar a utilização do questionário por mim elaborado, na dissertação “Estratégias da Redução da Sobrelotação no Serviço de Urgência: Validação através da técnica de Delphi” desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pela investigadora em questão, no trabalho “Sobrelotação do Serviço de Urgência: Estratégias de Redução Percecionadas pelos Enfermeiros”.

Por ser verdade, assino em conformidade,



(Joana Gonçalves)

ANEXO II

**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE
LEIRIA**

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/23/2019

Data: 24/06/2019

Título do estudo - Estratégias de Redução de Sobrelotação no Serviço de Urgência Hospitalar**Nome do (s) proponente (s): Ana Margarida Paiva Antunes de Carvalho, Professora Doutora Maria Saudade Lopes**

O estudo intitulado "Estratégias de Redução de Sobrelotação no Serviço de Urgência Hospitalar" tem como objetivos identificar, na opinião dos enfermeiros, as estratégias que possam ser consideradas válidas e aplicáveis nos SU portugueses, na melhoria da problemática da sobrelotação, validar a escala da opinião dos enfermeiros sobre as estratégias de redução de sobrelotação do serviço de urgência hospitalar e relaciona-las com a idade, sexo, formação académica/profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional em SU e formação em "Triagem de Manchester" dos participantes.

A amostra será obtida por bola de neve, partindo de um conjunto de informadores iniciais que fazem parte da rede social da investigadora. Está garantido o duplo Consentimento.

Apresentam o consentimento informado e esclarecido para a recolha de dados incluído no início do questionário online e o mesmo inclui todos os aspetos que deve conter.

É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes e ainda os pressupostos de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Não estão previstos custos nem danos para os participantes.

Pelo exposto, o parecer da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria é favorável

P^{la} CE a Presidente

ANEXO III
PEDIDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

