



MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ano Letivo 2017 / 2018

**A SOBRELOTAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA:
ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO PELA METODOLOGIA *DELPHI***

Joana Filipa Costa Gonçalves

Leiria, março de 2018



MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ano Letivo 2017 / 2018

**A SOBRELOTAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA:
ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO PELA METODOLOGIA *DELPHI***

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

Joana Filipa Costa Gonçalves

(Estudante nº 5150013)

Unidade Curricular: Dissertação

Professora Orientadora: Professora Doutora Sónia Ramalho

Leiria, março de 2018

“Ousar é perder o equilíbrio momentaneamente. Não ousar é perder-se.”

Soren Kierkegaard

AGRADECIMENTOS

Nesta etapa final do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a realização da dissertação revelou-se um grande desafio.

Agradeço à minha filha Olívia, que está a caminho, ser um elemento motivador na consecução desta dissertação já anteriormente adiada. Também ao meu marido, Guilherme Ferreira pelo companheirismo e insistência em me focar a atenção.

À Professora Doutora Sónia Ramalho toda a sua disponibilidade, interesse e paciência que demonstrou ao longo da elaboração desta dissertação. À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe que, como coordenadora do Mestrado, não deixou de prestar apoio nesta etapa.

A todos os que de forma direta ou indireta contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação.

Muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AB – Acesso Bloqueado;

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde;

ARS – Administração Regional de Saúde;

ARS LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;

CHBM – Centro Hospitalar Barreiro Montijo;

CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga;

CHLeiria – Centro Hospitalar de Leiria;

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte;

CHLN - HSM – Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria;

CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo;

CHO – Centro Hospitalar do Oeste;

CHO - CR – Centro Hospitalar do Oeste - Caldas da Rainha;

CHSJoão – Centro Hospitalar de São João

CHUAlgarve – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve;

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

CSP – Cuidados de Saúde Primários;

DGS – Direção Geral da Saúde;

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico;

ECG – Eletrocardiograma;

EUA – Estados Unidos da América;

HDSantarém – Hospital Distrital de Santarém;

INR – *International Normalized Ratio*;

IPL – Instituto Politécnico de Leiria;

IVC – Índice de Validade de Conteúdo;
OE – Ordem dos Enfermeiros;
OMS – Organização Mundial de Saúde;
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica;
SNS – Serviço Nacional de Saúde;
SU – Serviço de Urgência;
SUs – Serviços de Urgência;
TM – Triagem de *Manchester*;
ULS – Unidade Local de Saúde.

GLOSSÁRIO

- **Gargalos** – da expressão inglesa “*bottleneck*”, é o termo utilizado para definir zonas de estreitamento / aperto que limitam a passagem do fluxo;
- **Acesso Bloqueado** – das expressões inglesas “*exit block*” ou “*access block*”, define um problema de escoamento de doentes que ocorre geralmente na urgência, perante doentes com necessidade de alocação a camas de internamento, mas sem vagas disponíveis, pelo que existe uma impossibilidade de efetuar a sua transferência dentro de um tempo razoável;
- **Embarque** – da expressão inglesa “*boarding*”, é um termo que define a prática de manter os doentes no SU após referenciação para internamento por não haver disponibilidade de camas.

RESUMO

Enquadramento: A sobrelotação do serviço de urgência é uma problemática mundial já descrita como questão de saúde pública. A nível internacional investiga-se esta problemática e aplicam-se estratégias para a sua redução. Em Portugal, é um problema amplamente reconhecido por profissionais e utilizadores, mas pouco intervencionado pelos decisores.

Objetivos: O objetivo principal deste estudo passa por sintetizar estratégias consideradas válidas e aplicáveis nos serviços de urgência de Portugal, com intuito de minorar a problemática da sobrelotação.

Metodologia: Para atingir o objetivo proposto, foi realizada uma revisão integrativa da literatura para identificar as estratégias utilizadas a nível internacional e recorrendo a um painel de peritos, de acordo com a metodologia *Delphi*, validar as estratégias para o contexto nacional. O painel de peritos foi composto por Enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência, 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. O preenchimento do questionário em cada uma das rondas foi realizado através de uma plataforma eletrónica, onde a participação foi voluntária, garantindo a confidencialidade e o anonimato.

Resultados: O painel de *Delphi*, reconhecendo o seu contexto, validou no total 22 estratégias, rejeitou três, e não chegou a consenso em 12. Muitas das estratégias envolvem questões organizacionais dos serviços, gestão das instituições e priorização dos atendimentos, relativizando o poder de resolução de questões ligadas ao espaço físico ou recursos humanos.

Conclusão: As estratégias validadas fornecem uma base para os serviços de urgência que procuram resolver esta problemática, com o intuito de prestar melhores cuidados e garantir a segurança de profissionais e utilizadores.

Palavras-chave: sobrelotação; emergência; urgência; estratégias.

ABSTRACT

Introduction: The overcrowding of emergency services is a Global known problem, already described as a matter of public health. While internationally this problem has been researched and strategies have been applied, in Portugal this is widely recognized by professionals and users but minimal has been planned to change this scenario.

Objectives: The main purpose of this study is to synthesize strategies considered as valid and applicable to emergency services in Portugal, in order to decrease the problem of overcrowding.

Methodology: In order to achieve the proposed aim, an integrative review of the literature was carried out to identify the strategies used at the international level and, using a panel of experts, according to the Delphi methodology, to validate the strategies for the national context. The panel of experts was composed of nurses who perform functions in emergency services, with master's and / or specialty in nursing and that perform functions of heads of the services or coordination or even heads of emergency teams. The validation required a consensus of 75% for each strategy. The completion of a questionnaire in each of the rounds was carried out through an electronic platform, where participation was voluntary, guaranteeing confidentiality and anonymity.

Results: The Delphi panel, recognizing its context, validated a total of 22 strategies, rejected three, and did not reach a consensus in 12. Many of the strategies focus at organizational aspects, involving management of institutions and prioritization of services, discarding the resolution of these linked issues to physical space or human resources.

Conclusion: The validated strategies provide a basis for emergency services that seek to solve this problematic in order to provide better care and ensure the safety of professionals and users.

Keywords: overcrowding; crowding; emergency; strategies.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 13

1 A SOBRELOTAÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA 16

- 1.1 CONSEQUÊNCIAS DA SOBRELOTAÇÃO PARA O DOENTE 17
- 1.2 CONSEQUÊNCIAS DA SOBRELOTAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS 18
- 1.3 CAUSAS DA SOBRELOTAÇÃO 18

2 ESTRATÉGIAS PARA CONTROLO DA SOBRELOTAÇÃO 22

3 METODOLOGIA 41

- 3.1 CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS 41
- 3.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 44
- 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 44
- 3.4 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS 46
- 3.5 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 47
- 3.6 TRATAMENTO DE DADOS 47

4 RESULTADOS 49

- 4.1 PRIMEIRA RONDA DA TÉCNICA DE *DELPHI* 49
 - 4.1.1 Caracterização da amostra na primeira ronda de questionários. 53
- 4.2 SEGUNDA RONDA DA TÉCNICA DE *DELPHI* 54
 - 4.2.1 Caracterização da amostra na segunda ronda de questionários. 56

5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS 58

- 5.1 ESTRATÉGIAS VALIDADAS 58
- 5.2 ESTRATÉGIAS NÃO VALIDADAS 68

6 CONCLUSÃO 73

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 77

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DA COLHEITA DE DADOS DA PRIMEIRA RONDA;

APÊNDICE 2 – RESULTADOS OBTIDOS NA PRIMEIRA RONDA;

APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO DA COLHEITA DE DADOS DA SEGUNDA RONDA;

APÊNDICE 4 – RESULTADOS OBTIDOS NA SEGUNDA RONDA.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Resultados primeira ronda - Concordância Positiva.....	49
Tabela 2: Resultados primeira ronda - Concordância Negativa.....	51
Tabela 3: Resultados segunda ronda - Concordância Positiva.....	54
Tabela 4: Resultados segunda ronda - Concordância Negativa	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Tipologia dos atendimentos segundo TM.....	59
--	----

INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência (SUs) dos hospitais são as principais zonas de contacto dos clientes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo notória uma afluência crescente na procura de cuidados e um aumento da exigência, ao nível da sua qualidade torna-se essencial ajustar os serviços a estas realidades. O ambiente vivido nestes serviços é normalmente frenético, geralmente consegue-se documentar o número de doentes assistidos mas raramente se consegue demonstrar a carga de trabalho por eles gerada (Brazão, Nóbrega, Bebiano, & Carvalho, 2016).

Desde os anos 90 que se encontram documentos que mencionam um problema que se tem tornado crescente: a sobrelotação nos SUs (Schneider *et al.*, 2001). É uma preocupação amplamente difundida na literatura internacional, tem sido descrita em países como os Estados Unidos da América (EUA), Austrália, Canadá, Holanda, Dinamarca, Finlândia, Inglaterra e Singapura (Elder, Johnston, & Crilly, 2015).

A sobrelotação do serviço de urgência (SU) é definida por uma procura pelos serviços que ultrapassa os recursos disponíveis (Elder *et al.*, 2015). Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a Sobrelotação é (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p.85):

“processo ambiental comprometido: residência, terreno ou outro lugar que são ocupados ou habitados por um número de pessoas demasiado grande para o conforto, segurança e privacidade; frequentemente associado a falta de privacidade e aumento do risco de doenças contagiosas”.

Os SUs estão sob constante esforço para lidar com a procura crescente e tentar avaliar, diagnosticar e tratar os doentes em pouco tempo (Crawford *et al.*, 2014). Para além desta procura e exigências crescentes, aumenta em paralelo, a responsabilidade das instituições reduzirem os custos sem descuidar a qualidade dos cuidados (Brazão *et al.*, 2016).

Este problema está associado a um vasto sofrimento humano que poderia ser prevenido (Hillman & Forero, 2008). Interfere com a prestação atempada de cuidados de saúde e tem-se tornado numa crise pública por todo o mundo (Lin, Kao, & Huang, 2015).

O desafio de investigar esta problemática revela-se fulcral para melhorar os cuidados prestados aos doentes neste contexto. É do consenso de todos, que a sobrelotação dificulta

a prestação de cuidados num ambiente que, já por si, é considerado inseguro. Assim, realizar uma pesquisa acerca do tema e encontrar estratégias que possam ser consideradas válidas e aplicáveis no nosso país tornou-se numa necessidade.

A sobrelotação no SU representa a maior barreira à prestação de cuidados centrados no doente, e os enfermeiros que são impulsionadores de processos de melhoria, têm a responsabilidade de facilitar um fluxo de doentes seguro e efetivo que promova a continuidade dos cuidados (Scrofine & Fitzsimons, 2011).

A associação entre o aumento das taxas de mortalidade e a sobrelotação no SU sugerem que a sobrelotação deve ser tratada como um questão de saúde pública (Jarvis, 2016). Este problema é grave e as instituições não conseguem tomar medidas agressivas para o resolver, em muito devido a questões financeiras (Moskop, Sklar, Geiderman, Schears, & Bookman, 2009b).

Perante a relevância inquestionável deste tema na atualidade, defino a seguinte questão de investigação:

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

Como objetivos específicos deste estudo, proponho:

- Sistematizar a evidência científica acerca das estratégias utilizadas a nível internacional para reduzir a sobrelotação;
- Validar as estratégias para o contexto do nosso país, recorrendo a um painel de peritos, de acordo com a metodologia *Delphi*;
- Compilar e divulgar as estratégias com poder de aplicabilidade nos SUs de Portugal.

O intuito deste trabalho centra-se na demonstração de um conjunto de estratégias que possam vir a ser promotoras de mudança no contexto tão específico que é o SU. Assim, houve necessidade de realizar uma revisão integrativa da literatura de forma a reunir a informação existente, com base na evidência científica, para identificar estratégias que foram estudadas e/ou implementadas com o objetivo de melhorar a sobrelotação nos SUs.

No início da pesquisa foi evidente que a problemática é universal. Existe uma bibliografia muito vasta acerca do tema, no entanto, encontrar estratégias com poder de aplicabilidade e validade para a realidade portuguesa, tornou-se desafiante.

Quanto à metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho, tendo em conta o tipo de investigação e os objetivos da mesma considerou-se a metodologia *Delphi* como mais pertinente para a aplicação da colheita de dados. Assim, recorrendo a um painel de peritos que diariamente desenvolve as suas atividades nestes contextos, foi possível apresentar estratégias, validá-las tendo em conta os seus conhecimentos e permitir ao mesmo tempo, abertura para sugestões que pudessem ser equacionadas para a sua realidade. A abordagem foi feita com recurso a um questionário que apresentou estratégias já abordadas, fomentando uma reflexão sobre as mesmas. Este questionário foi elaborado numa plataforma *online* e enviado eletronicamente, evitando custos, e permitindo aos peritos o seu preenchimento no momento mais oportuno, acautelando o consentimento informado e garantindo o anonimato entre os participantes.

Esta dissertação encontra-se dividida em duas partes: (1) a primeira é constituída pela fundamentação teórica, baseada na revisão integrativa da literatura que foi realizada para gerar as bases para este estudo. Nesta consta uma visão abrangente da problemática, focando as consequências para os doentes e profissionais, as suas causas e a identificação das diferentes estratégias já abordadas; (2) a segunda parte, refere-se ao estudo empírico aplicado. Aqui expôs-se a metodologia utilizada, efetuando uma breve descrição da técnica de *Delphi*, descrevem-se as questões da investigação, caracteriza-se a amostra, são descritos os procedimentos éticos e formais e referenciado o tratamento de dados. Posteriormente, foi efetuada a apresentação e discussão dos resultados e realizada uma conclusão.

1 A SOBRELOTAÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

A sobrelotação tem-se tornado um fenómeno ubíquo e internacional, aproximadamente metade de todos os SUs reportam estar a funcionar aproximadamente, ou mesmo, na capacidade máxima (Jarvis, 2016). É um problema que exige uma ampla variedade e criatividade de estratégias que permitam assegurar a prestação oportuna de cuidados (Douma, Drake, O'Dochartaigh, & Smith, 2016).

A sobrelotação é definida como uma situação onde o funcionamento do SU é dificultado pelo número de doentes que aguardam ser observados, que se encontram sob tratamento ou aguardam alta, excedendo a capacidade física ou a capacidade da equipa do serviço (Hillman & Forero, 2008).

O SU é o primeiro local de contacto do doente com o hospital, tendo mesmo um papel crítico dentro da comunidade. Existe uma expectativa pública de que os SUs são capazes de prestar cuidados apropriados e atempados 24 horas por dia, sete dias por semana, tendo a capacidade de proteger e cuidar da população em situações de desastre ou emergências públicas. Quando a sobrelotação conduz a elevados tempos de espera e a uma redução na capacidade de proteger a privacidade do doente e de prestar cuidados centrados no doente, a confiança da população pode ficar comprometida (Mchugh, Dyke, McClelland, & Moss, 2011).

Esta é uma problemática dinâmica que pode variar a cada hora ou mesmo a cada minuto. A sobrelotação pode estar relacionada com a rápida entrada de doentes, com o prolongado processamento de doentes (quer seja pelo elevado número de exames complementares de diagnóstico (ECD) pendentes quer seja pela equipa estar dedicada aos doentes mais críticos), ou a problemas de escoamento de doentes (como o número de doentes que aguardam vaga para internamento). Pode ser uma combinação de fatores, que podem variar a cada minuto (Pines & Griffey, 2015).

As ineficiências no processo de atendimento na urgência, não só diminuem a satisfação dos doentes, mas também deterioram os resultados dos doentes, atrasam o início dos tratamentos, dificultam a adesão a *guidelines* reconhecidas e propiciam a ocorrência de erros clínicos (Sayah *et al.*, 2016; Jarvis, 2016; Pines & Griffey, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que os mais elevados padrões de saúde são um direito fundamental de todo o ser humano e refere que é obrigação de todos os países garantirem o acesso aos cuidados de saúde. Para a OMS as políticas, estratégias e programas de saúde devem seguir uma abordagem do direito à saúde centrada: (1) na disponibilidade de serviços; (2) na acessibilidade, dentro suas quatro dimensões: não discriminação, acessibilidade física, acessibilidade económica e acessibilidade à informação; (3) na aceitabilidade; e (4) na qualidade, o que deve englobar cuidados seguros, eficazes, centrados nas pessoas, atempados, equitativos, integrados e eficientes (OMS, 2017).

Em situações de sobrelotação verificam-se longas esperas dos doentes para serem observados por médicos, doentes a aguardar vagas para internamento pelas urgências, desvio de ambulâncias, o que compromete as diferentes dimensões da qualidade dos cuidados (Mchugh *et al.*, 2011).

Os melhores cuidados devem incluir resultados ótimos, satisfação dos doentes e cuidados atempados, o que implica olhar para toda a experiência de cuidado na urgência, desde que o doente chega até que deixa o SU (Crawford *et al.*, 2014).

1.1 CONSEQUÊNCIAS DA SOBRELOTAÇÃO PARA O DOENTE

A sobrelotação do SU ameaça a qualidade dos cuidados (Kao, Yang, & Lin, 2015) e dificulta a prestação atempada dos mesmos (Lin *et al.*, 2015). Períodos de sobrelotação estão associados ao aumento da mortalidade, períodos de permanência prolongados e elevados custos para doentes internados (Chan, Cheung, Graham, & Rainer, 2015).

Prolongar os tempos de permanência afeta a sobrelotação no SU, a qualidade dos cuidados prestados, a individualidade, a privacidade e a satisfação dos doentes (Talleshi *et al.*, 2014). Um aumento dos tempos de espera está associado a piores resultados dos doentes (Crawford *et al.*, 2014).

A implicação para os cuidados e segurança dos doentes está associado, por exemplo, ao atraso na administração de antibioterapia em situações de pneumonia, atraso nos cuidados ao doente com enfarte agudo do miocárdio, atraso na administração de analgesia e muitas outras situações em doentes urgentes e emergentes que acabam por conduzir a elevadas taxas de complicações e aumento da mortalidade (Handel *et al.*, 2010).

Pines & Griffey (2015) referem que a sobrelotação pode conduzir a uma prestação de cuidados apressada, aumentando a probabilidade de falhas em etapas fulcrais do diagnóstico ou tratamento, o que se reflete em complicações, falhas no diagnóstico ou mesmo mortalidade. No entanto, ressaltam que há estudos que demonstram que doentes que recorrem ao SU, em condições explicitamente mais severas, são menos afetados pelos atrasos na prestação de cuidados, gerados pela sobrelotação.

A sobrelotação acarreta também riscos morais para o doente, que se refletem ao nível da falta de privacidade e confidencialidade, da redução da qualidade dos cuidados, do atraso no acesso aos cuidados e cria barreiras à participação na tomada de decisão para os tratamentos (Moskop et al., 2009b).

1.2 CONSEQUÊNCIAS DA SOBRELOTAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS

Os SUs e os serviços hospitalares que os sustentam estão sob uma pressão intensa, crescente e insustentável. São estes que suportam as falhas do sistema quer seja na coordenação, organização ou gestão dos cuidados agudos. Estas questões trazem consequências não só para os utentes enquanto utilizadores, mas também para os profissionais. É verificado que dentro da equipa do SU existe *burnout*, aumento das situações de doença e dificuldade em recrutar e reter profissionais para estes serviços. Também é consensual que existem efeitos negativos para a instituição, pois a sua reputação e performance vêm-se prejudicadas (Royal College of Emergency Medicine, 2015).

Os profissionais que exercem funções no SU experienciam situações de *stress*, diminuição da sua satisfação (Hillman & Forero, 2008), aumento da frustração, raiva e depressão (Moskop, Sklar, Geiderman, Schears, & Bookman, 2009a), o que acaba por ser prejudicial para a moral de cada um e da própria equipa (Chan *et al.*, 2015).

1.3 CAUSAS DA SOBRELOTAÇÃO

Na tentativa de explicar este fenómeno complexo desenvolveram-se nos últimos anos dois modelos conceituais – o Modelo da Analogia Cardíaca e o Modelo “*Input, Throughput and Output*” (Bellow & Gillespie, 2014). O modelo mais difundido é o modelo “*Input, Throughput and Output*”, ou seja, o modelo que categoriza os fatores segundo os três componentes interdependentes: admissão, processamento e saída. Ao nível da admissão os fatores incluem não só o volume, mas também a sua gravidade e o

tipo de doentes; aos fatores de processamento dizem respeito as atividades que dentro do SU interferem com o fluxo de doentes; e os fatores de saída estão relacionados com os obstáculos que impedem a saída dos doentes do SU (Bergs *et al.*, 2016).

Numa visão mais simplista, os fatores também podem ser classificados como intrínsecos ou extrínsecos ao SU. A disposição do serviço, uma triagem lenta e inapropriada, e o número de profissionais são exemplos de fatores intrínsecos, enquanto que a incapacidade de escoar doentes para as unidades de internamento, uma coordenação deficiente na gestão de camas, planeamentos de alta subótimos e o aumento do número de doentes que recorrem aos SUs são fatores extrínsecos (Jarvis, 2016; Sullivan *et al.*, 2014).

Não existe um evento isolado responsável pela sobrelotação, as causas são complexas e por vezes interligadas. As mais comuns incluem: aumento da complexidade e gravidade dos doentes que chegam ao SU; aumento generalizado do número de doentes; a carência de camas perante o número de doentes admitidos; equipas de profissionais reduzidas; atrasos na receção de resultados laboratoriais, de imagiologia e serviços acessórios; espaço físico limitado no SU; dificuldades de linguagem e diversidade cultural; requisitos de documentação de registo médico adicionais (Crawford *et al.*, 2014).

Por todo o mundo, os SUs enfrentam desafios crescentes pelo aumento do número de admissões, pela incapacidade de flexibilizar as respostas e pela diminuição dos recursos hospitalares (Jarvis, 2016). O aumento do número de admissões está diretamente relacionado com o envelhecimento da população, o aumento da incidência de condições crónicas, a dificuldade em aceder aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e serviços da comunidade (Elder *et al.*, 2015).

Existem doentes que utilizam inadequadamente o SU (Chan *et al.*, 2015), mas também se verifica que os médicos referenciam para os SUs pelos mais diversos motivos, incluindo conveniência por prestar cuidados fora de horas, relutância para tratar de casos complexos, preocupações com a responsabilidade e a necessidade de ECD (Talleshi *et al.*, 2014).

Alguns SUs não estão adequadamente dimensionados ou equipados para acomodar surtos significativos de doentes (Handel *et al.*, 2010). A causa mais frequente da sobrelotação é a limitação das camas de internamento (Talleshi *et al.*, 2014). Os administradores hospitalares têm sido encorajados a reduzir o número de camas e a aumentar as taxas de

ocupação para melhorar a eficiência operacional, mas isto tem um efeito negativo quando a procura de camas hospitalares excede a oferta (Hillman & Forero, 2008).

Nas enfermarias hospitalares, o atraso das altas também pode estar associado a atitudes dos profissionais que julgam que a agilização das altas resulta em mais admissões e consequentemente, num aumento da carga de trabalho (Chan *et al.*, 2015).

O Acesso Bloqueado (AB) é o fenómeno em que doentes que necessitam de cuidados em unidades de internamento permanecem no SU, por indisponibilidade de camas nos serviços dentro de um prazo razoável. Este AB tem sido reconhecido como o principal fator que conduz à sobrelotação (Mason, Knowles, & Boyle, 2016; Elder *et al.*, 2015; Hillman & Forero, 2008). Na Austrália o AB é definido como a incapacidade de acesso ao internamento dentro de 8h (Chan *et al.*, 2015).

Como consequência do AB ocorre outro fenómeno designado por embarque, este corresponde à prática de manter os doentes no SU após referência para internamento por não haver disponibilidade de camas (Mason *et al.*, 2016). Estes doentes que permanecem no SU a aguardar vagas para internamento são vistos como o principal problema dos SUs (Healy-Rodriguez *et al.*, 2014; Paul & Lin, 2012). Estudos citados por Chan *et al.*, (2015) referem mesmo que estes representam cerca de 40% da carga de trabalho da equipa do SU na maioria dos hospitais.

O AB e os tempos de permanência no SU são significativamente elevados nos dias de maior ocupação. À medida que a ocupação das camas de internamento aumenta, aumenta também a ocupação do SU, existe então uma relação direta entre o número de doentes no SU e o AB, quando aumenta o número de doentes em tratamento no SU, aumenta a probabilidade de ocorrer o bloqueio (Mason *et al.*, 2016).

A elevada taxa de ocupação por si só não é a única causa da permanência dos doentes no SU, outras questões operacionais, como a falta de flexibilidade entre serviços (existem camas disponíveis mas não é o serviço correspondente ou encontram-se reservadas para procedimentos eletivos), a ineficiência na transferência dos cuidados (atrasos nos relatórios médicos e de enfermagem), uma pressão por parte dos serviços de internamento para que os doentes permaneçam no SU quando há procedimentos adicionais e outras ineficiências não clínicas agravam este problema (Handel *et al.*, 2010).

A sobrelotação é uma questão que envolve todo o hospital, não é apenas um problema exclusivo do SU (Chan *et al.*, 2015). Apesar dos fatores extrínsecos ao SU terem um elevado peso na sua sobrelotação, não se deve desvalorizar o poder dos serviços para melhorar processos e padrões de trabalho que facilitem o fluxo de doentes (Jarvis, 2016).

2 ESTRATÉGIAS PARA CONTROLO DA SOBRELOTAÇÃO

McHugh, Van Dyke, Yonek, & Moss (2012) realizaram um estudo acerca do tempo e custos associados à implementação das estratégias para reduzir a sobrelotação e uma das principais conclusões que retiraram foi que os enfermeiros têm um papel fundamental no planeamento e implementação das estratégias que aumentam a circulação de doentes e reduzem a sobrelotação no SU. Neste estudo verificou-se que o tempo e os custos associados às estratégias implementadas são amplamente variáveis e que o seu sucesso depende do grau de envolvimento da equipa de enfermagem.

Para a enfermagem, o cerce da preocupação com as estratégias para ultrapassar a sobrelotação, prende-se com manter o equilíbrio entre garantir a segurança do doente e assegurar a qualidade dos cuidados (Crawford *et al.*, 2014).

Dada a complexidade do problema existe uma clara evidência que, perante a ordem de aumentar os resultados em saúde, as melhores abordagens são multifacetadas, multidisciplinares e alargadas a todo o hospital (Hillman & Forero, 2008).

Melhorar o acesso aos cuidados de emergência deve ser considerado como um problema hospitalar que requer uma solução que abranja todo o hospital, com colaboração interdisciplinar e significativas mudanças na cultura e prática das unidades de internamento e na sua ligação com o SU (Sullivan *et al.*, 2014).

Espelhando a preocupação crescente em volta desta problemática, bem como toda a sua abrangência dentro de uma instituição hospitalar, seguidamente são apresentadas as diferentes estratégias identificadas na revisão integrativa da literatura. As denominações destas estratégias resultam das características de cada uma.

Ação política – definir objetivos

É sabido que as longas estadias no SU resultam na sobrelotação, no atraso aos cuidados urgentes e emergentes e no aumento de efeitos adversos nos doentes admitidos, pelo que a preocupação com esta problemática é crescente, não devendo ser apenas exclusiva das administrações hospitalares mas alargada às instituições governamentais.

Chan *et al.* (2015), defendem que a criação de objetivos e medidas de desempenho para os hospitais pelas entidades governamentais são estratégias que têm sido introduzidas para responsabilizar os administradores hospitalares da problemática da sobrelotação.

Em Inglaterra, no ano de 2004, criou-se a regra das quatro horas que exigia aos hospitais observar, tratar, dar alta ou transferir os doentes, dentro de quatro horas após a triagem. Desta forma impulsionaram-se os cuidados nos SUs pois o financiamento aumentou, as instalações foram melhoradas e mais profissionais foram contratados para atingir os objetivos. Contudo, apesar do estabelecimento destes objetivos serem entendidos como forma de melhorar a qualidade dos cuidados, foram reportadas situações em que se comprometeram os cuidados prestados em prol de se atingir o tempo alvo.

Assim, em abril de 2011, a regra das quatro horas foi substituída por indicadores clínicos da qualidade. Estes baseiam-se em (1) taxas de abandono do serviço sem observação médica; (2) taxas de reatendimentos; (3) tempo de espera até à avaliação inicial; (4) tempo de espera até ao tratamento; e (5) tempo total de permanência no SU (Hughes, 2012 ; Chan *et al.*, 2015).

Na Austrália, a introdução do “*National Emergency Acces Targets*” em 2012 definiu que pelo menos 70% dos doentes deveriam ser escoados dos SUs até quatro horas após a sua admissão (anteriormente era até às oito horas). Este objetivo impulsionou os hospitais a implementar uma variedade de reformas com variados níveis de sucesso, levando os governos elevar as exigências – em 2013 aumentou-se o objetivo para 78% e em 2014 para 84%. Um estudo realizado por Sullivan *et al.* (2014), refere que a execução destes objetivos levou a uma redução da mortalidade intra-hospitalar em 26% e à ausência de efeitos adversos clinicamente significativos.

Realização da triagem de doentes pelo médico

A triagem é uma breve avaliação que deve ocorrer idealmente em 15 minutos após a chegada do doente ao SU. O objetivo da triagem é estratificar o risco apresentado pelo doente e priorizá-lo de acordo com as suas necessidades clínicas. Atualmente, em todo o mundo a triagem é realizada na sua maioria por enfermeiros, o que exige um programa de treino eficiente e a existência de protocolos robustos (Jarvis, 2016).

A triagem efetuada por um médico tem sido proposta como uma forma de acelerar o fluxo de doentes dentro do SU, reduzindo admissões e melhorando tempos para tomadas de decisão. Isto advém de uma avaliação que é iniciada prontamente, onde são solicitados os ECD apropriados, permitindo a antecipação dos tratamentos (Jarvis, 2016; Elder *et al.*, 2015).

Elder *et al.* (2015) apresentam estudos que avaliam esta triagem, tendo demonstrado potencial para reduzir tempos de permanência, melhorar o fluxo e a satisfação dos doentes, agilizar o tempo para resultados diagnósticos de laboratório e imagem e o tempo para consulta, diminuir readmissões em 48 horas, taxas de abandono e tempos para reavaliação e encaminhamento, particularmente para casos menos emergentes. Contrariamente, Sayah *et al.* (2016) afirma que esta estratégia não traz impacto positivo no fluxo de doentes.

Desvio de Ambulâncias

Uma das principais formas de chegada de doentes aos SUs é através de ambulâncias referenciadas pelo Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), que integra os sistemas pré-hospitalar e hospitalar de urgência num sistema único. Pelo que, perante situações de sobrelotação dos SUs, diversas instituições optam por solicitar o desvio das ambulâncias para os hospitais vizinhos - isto acontece em Portugal e a nível internacional.

Os doentes transportados por ambulâncias tendem a ser mais críticos e a necessitar de mais recursos, pelo que o desvio de ambulâncias é considerado uma estratégia para diminuir a sobrelotação no SU por reduzir um componente de entrada (Lin *et al.*, 2015).

O desvio de ambulâncias pode aliviar a sobrelotação no SU, contudo desviar doentes vai sobrecarregar os SUs vizinhos, o que pode resultar numa sobrelotação regional. Para melhorar as eficiências dos SUs é essencial um desvio uniforme de ambulâncias e de doentes de ambulatório (Kao *et al.*, 2015).

Baseado num modelo de simulação, Kao *et al.* (2015), demonstrou que: (1) desviar apenas ambulâncias que transportem doentes de baixa severidade é pouco eficaz e apresenta resultados semelhantes ao de desviar ambulâncias com doentes de qualquer severidade devido à contribuição para a sobrelotação dos doentes que vão pelos seus meios; (2) desviar ambulâncias não apenas para os SUs com mais recursos, mas uniformemente para SUs menos lotados, que não se encontrem também a desviar, permite manter um índice de sobrelotação regional inferior; (3) desviar doentes que recorrem ao SU pelos próprios meios só é viável se estes forem adequadamente encaminhados para SUs menos lotados. Concluiu-se neste estudo, que a otimização da utilização dos SUs deve passar por um centro de coordenação regional que priorize estratégias de modo a evitar uma sobrelotação regional.

Lin *et al.* (2015) verificaram, também com recurso a um modelo de simulação, que implementar múltiplos pequenos períodos de desvio de ambulâncias é mais eficaz que um desvio durante um grande intervalo, permitindo assim, um ligeiro alívio da sobrecarga por períodos. Uma estratégia de desvio em períodos de 2h demonstrou ser menos danosa pois permite aos SUs não diminuírem produtividade por muito tempo, levando à reavaliação da necessidade de continuidade do desvio ou não.

Sullivan *et al.* (2014), defendem que uma das medidas eficazes para reduzir tempos de permanência no SU passa por abolir o desvio de ambulâncias entre hospitais. Alegam que, deste modo, se reduz os surtos de admissões e se permite minorar os tempos de regresso das ambulâncias possibilitando mais operacionalidade.

Também Soremekun, Terwiesch, & Pines (2011), declina a opção de desviar ambulâncias, considerando ter efeito limitado por duas razões: (1) as ambulâncias são apenas responsáveis por parte das admissões no SU; (2) causa um efeito dominó, conduzindo também à sobrelotação nos SUs mais próximos.

Alterar o processo de admissão

As atividades que ocorrem durante o processo de admissão no SU incluem: apresentação inicial do doente, registo, triagem, alocação a cama e avaliação médica. O tempo utilizado no decorrer destas etapas também contribuem para a duração total do tempo de permanência (Sayah *et al.*, 2016).

Utilizando uma abordagem referida por “cama imediata” ou “registo de cabeceira”, os processos de admissão são redesenhados para eliminar tarefas sequenciais. Em vez do doente passar por uma triagem prolongada e um registo completo antes de entrar no SU e receber cuidados, o doente é recebido por um especialista em atendimento ao doente e alocado a uma zona/cama do SU imediatamente após um mini registo de três perguntas (nome, número de segurança social ou data de nascimento e queixa principal). Uma vez lá dentro, o doente é avaliado por qualquer membro disponível da equipa e o cuidado é iniciado. O registo completo começa apenas após avaliação médica e de enfermagem, estabilização e iniciação dos cuidados (Sayah *et al.*, 2016).

Para Takakuwa *et al.* (2007), o registo de cabeceira traz benefícios pois minimiza a sobrelotação nos SUs, aumenta a satisfação dos doentes, reduz o número de doentes que abandonam os serviços sem ser observados e aumenta a sua segurança. Também Sayah

et al. (2016), salienta que comparativamente às medidas de renovação e expansão de espaços, as melhorias nos processos de admissão trazem experiências mais proveitosas para os utilizadores, pois o fluxo de doentes torna-se mais centrado nos cuidados.

Através de um modelo de simulação criado por Paul & Lin (2012) também é sugerido que o impacto da melhoria dos processos de admissão podem reduzir significativamente os tempos de permanência dos doentes no SU a aguardar vaga para o internamento.

Scrofine & Fitzsimons (2011) referem que é uma estratégia administrativa benéfica pois eliminam passos até à alocação a uma cama. McHugh *et al.* (2013) apontaram um benefício moderado na utilização destas abordagens. Hillman & Forero (2008) defendem que esta estratégia reduz o atraso nos registos e permite a antecipação das avaliações clínicas, mas que não é sustentável quando utilizada de forma isolada.

Aumentar o SU

Sayah *et al.* (2016), verificou que a expansão do SU teve um impacto negativo pois verificou-se o aumento do volume de doentes, a redução da performance do serviço, o aumento do tempo médio até observação médica, o aumento do tempo de permanência no SU e o aumento do número de doentes que abandonaram o serviço sem ser observados. O espaço físico e os recursos apropriados são importantes, mas é mais essencial ter um fluxo de doentes centrado no doente (Sayah *et al.*, 2016).

Mumma, McCue, Li, & Holmes (2014) também referiram que a expansão do SU por si só não parece ser a solução adequada para a sobrelotação pois um aumento da capacidade do número de camas no SU está associado a um aumento não intencional do tempo de permanência no SU e a mudanças insignificantes na percentagem de doentes que abandonam o serviço sem serem observados.

Aumentar o número de camas hospitalares

Um dos principais fatores que é relatado como sendo a causa do aumento de doentes em situação de embarque no SU é a redução do número de camas hospitalares. Mason *et al.* (2016) defendem que é essencial abordar toda a instituição hospitalar para obter melhores resultados no SU pelo que, o aumento dos recursos hospitalares, incluindo as camas de internamento, estão associados a uma redução significativa no tempo de permanência no SU.

Hillman & Forero (2008), referem que quando as taxas de ocupação excedem 85%, as camas regulares tornam-se escassas e são esperados períodos de escassez de camas que agravam o AB e a sobrelotação no SU. Assim, perante as taxas de ocupação existentes nas instituições há necessidade de ajustar a oferta à procura, o que na maioria das situações significa aumentar o número de camas de internamento.

Criar unidades de decisão clínica no SU

As unidades de decisão clínica são delineadas para melhorar o processamento de doentes no SU por permitir o acesso atempado, a avaliação e a gestão a curto prazo a pessoas em condições clínicas agudas e complexas (Elder *et al.*, 2015). São unidades que acolhem doentes com necessidades de observação e tratamento mas que não reúnem condições para internamento numa enfermaria hospitalar (Crawford *et al.*, 2014; Moskop *et al.*, 2009b). Estas, também são eficientes na diminuição da sobrelotação através do decréscimo do número de doentes em situação de embarque, da redução das hospitalizações e melhoria dos cuidados de ambulatório. Têm capacidade minorar os tempos de permanência nos SUs bem como nas unidades de internamento (Chan *et al.*, 2015; Elder *et al.*, 2015).

As funções e configurações destas unidades podem variar entre instituições, pelo que os efeitos favoráveis no AB podem ser, simples e principalmente atribuídos, ao número de camas, ao invés da racionalização da sua gestão. Os contributos desta medida podem revelar-se apenas marginais se não forem incorporados conjuntamente protocolos e planos de gestão dos cuidados médicos e adequada a equipa de suporte (Chan *et al.*, 2015). Nestas unidades, os protocolos para tratar problemas comuns estão desenvolvidos e são seguidos pelos enfermeiros, que têm o poder para avançar com os doentes para o próximo passo quando os critérios estão acordados e são conhecidos (Crawford *et al.*, 2014). O mais importante destas unidades é que os doentes, cuidadores e profissionais estejam conscientes que a permanência do doente é somente por um período designado (Crawford *et al.*, 2014).

Mason *et al.* (2016) referiu diversos estudos em que descrevem o efeito da criação destas novas unidades dentro do hospital para avaliação e planeamento médico como uma forma de melhorar o fluxo de doentes e reduzir o AB. Isto, apesar da redução dos tempos de permanência no SU e dos tempos de internamento não ser clara.

Uma das medidas referida por Sullivan *et al.* (2014) que beneficiou os tempos de permanência do SU, foi a expansão da enfermaria de curta duração já existente, com recrutamento de enfermeiros adicionais e definição de critérios de estratificação explícitos para a alocação dos doentes a estas enfermarias.

Alocar camas aos corredores

Perante um SU sobrelotado cabe à imaginação dos profissionais de saúde, encontrar espaço para prestar os melhores cuidados. É comum verificar-se o recurso a camas não convencionais que acabam por ser, nada mais nada menos, do que camas encostadas aos corredores. Estas camas são atribuídas a doentes menos críticos e são alocadas a corredores num esforço para diminuir tempos de permanência e aumentar o rendimento (Scrofine & Fitzsimons, 2011).

Rabin *et al.* (2012) defende que estas camas possam ser criadas em contextos de internamento. Ao deslocar os doentes em situação de embarque nos SUs para os serviços de internamento, proporcionam-se zonas mais calmas, menos lotadas e mais seguras (devido aos rácios enfermeiro-doente mais baixos). E este procedimento pode mesmo acelerar os processos de alocação dos doentes aos quartos. Também Moskop *et al.* (2009b), numa perspetiva de ativação de protocolos de sobrelotação, apresenta esta medida como benéfica para reduzir a sobrelotação no SU.

Mason *et al.* (2016) alerta para as expectativas dos doentes acerca do local onde aguardam pela vaga e, enquanto aguardam no SU, os doentes preferem esperar num “cubículo” do que num corredor, e quase $\frac{3}{4}$ preferem esperar num corredor de enfermaria do que num corredor da urgência.

Aumentar os recursos humanos

Aumentar o número de profissionais (médicos e enfermeiros) no meio hospitalar, está associado a uma significativa redução do tempo de permanência dos doentes nos SUs (Mason *et al.*, 2016; Hillman & Forero, 2008). Também a demora inerente à transferência de doentes para o internamento está muito dependente da disponibilidade de recursos internos e externos (Mason *et al.*, 2016).

Num estudo realizado por Paul & Lin (2012), com base num modelo de simulação, uma das propostas que demonstrou ter melhores resultados ao nível do processamento diário

dos doentes e dos seus tempos de permanência no SU foi o acréscimo de mais um médico nos períodos do dia considerados de maior afluência (das 11h às 24h).

Algumas das intervenções mais eficazes referidas por Hillman & Forero (2008) incluem aumentar horas de trabalho, empregar coordenadores de cuidados, enfermeiros e adicionar gabinetes médicos.

Criar equipas de enfermagem flutuantes

A criação de equipas de enfermagem flutuantes permite reforçar o número de elementos que poderiam dar resposta às necessidades sentidas quer no SU ou em qualquer outro serviço do hospital, criando uma flexibilidade na resposta à procura de cuidados (Schneider *et al.*, 2001).

Estas equipas podem mesmo servir para colmatar as necessidades dos doente em situação de embarque sem retirar recursos humanos à equipa do SU (Schneider *et al.*, 2001).

Ter Enfermeiros Especialistas em Urgência e Emergência

Ter enfermeiros especialistas aumenta a eficiência do sistema aliviando a sobrelotação. Chan *et al.* (2015) citaram uma revisão sistemática de Carter e Chochinov (2007) acerca do trabalho dos Enfermeiros Especialistas em Urgência e Emergência, verificando resultados chave como a redução dos tempos de espera, a elevada satisfação dos doentes, e a prestação de cuidados de qualidade, apresentando boa relação custo-efetividade.

Os enfermeiros especialistas a exercer em SUs em países como a Austrália, são profissionais independentes que estão habilitados a avaliar, diagnosticar, tratar, prescrever e referenciar para outras especialidades. São profissionais que acabam por melhorar o processamento de doentes, particularmente os doentes com problemas menores, e que prestam cuidados comparáveis aos cuidados e serviços prestados por alguns médicos (Elder *et al.*, 2015)

Estes enfermeiros utilizados em Inglaterra, Austrália e até na China são treinados para avaliarem e tratarem lesões ligeiras, possuem responsabilidades holísticas que incluem desempenhar pequenos procedimentos como suturar e empregar uma vasta gama de cuidados de enfermagem aos doentes que estão a observar (Chan *et al.*, 2015).

Aumentar as competências da equipa de enfermagem

Expandir as competências dos serviços de enfermagem para responder à procura de serviços de saúde é um aspeto importante para o processamento dos doentes no SU (Elder *et al.*, 2015).

A realização de ECD que inclua análises clínicas, eletrocardiograma (ECG) e raio-x tem demonstrado alongar o tempo de permanência no SU. Assim, a avaliação do doente à chegada e a solicitação destes ECD pelo enfermeiro, permite que os resultados estejam disponíveis no momento da avaliação médica, agilizando a tomada de decisão (Crawford *et al.*, 2014).

Aumentar as competências dos enfermeiros para a prática de iniciar ECD e analgesia, tem demonstrado reduzir os tempos de espera e melhorar os indicadores de qualidade dos cuidados dos doentes. Contudo, a triagem é reconhecida como uma das áreas mais sobrecarregadas do SU e expandir as competências práticas dos enfermeiros na triagem adiciona uma carga de trabalho significativa, pelo que a sua aplicação exige o aumento da equipa (Crawford *et al.*, 2014).

Douma *et al.* (2016) também defendem o recurso à utilização de protocolos para combater os tempos de espera e, referem mesmo, que estes podem trazer maior satisfação a médicos e enfermeiros. No entanto, para o desenvolvimento destes protocolos tem de existir um grupo interdisciplinar que coopere entre si para elaborar protocolos aceites por ambos os grupos profissionais, que beneficiem os doentes.

Também Elder *et al.* (2015), apresenta a expansão das competências da equipa de enfermagem como uma estratégia para a melhoria do fluxo de doentes no SU, apesar de verificar que os resultados desta medida eram pouco claros e podiam ser influenciados pela amostra, pela nomeação da equipa de enfermagem e nível de treino, e a ocupação do serviço. Ainda assim, em termos de analgesia, múltiplos estudos sugerem que o tempo para administração é melhorado com a introdução dos protocolos, e com a aplicação dos protocolos de ECD verificou-se uma redução das taxas de abandono.

Criar equipas de avaliação rápida

A criação de equipas de avaliação rápida no SU é direcionada à circulação de doentes e pretende facilitar o fluxo da zona de espera até ao ponto de cuidados mais adequado de

forma atempada. Após a triagem, os doentes que preenchem os critérios para rápida avaliação são observados pelas equipas de avaliação rápida, constituídas por médicos e enfermeiros. Este processo expedito facilita a antecipação das intervenções e a disposição para a área mais apropriada dentro do SU (Crawford *et al.*, 2014).

Os estudos indicam que estas equipas reduzem significativamente os tempos de permanência no SU, os tempos de espera por uma maca, e o número de doentes que abandonam o serviço (Crawford *et al.*, 2014). Também McHugh *et al.* (2013), num estudo realizado, demonstraram eficácia moderada na melhoria dos tempos de permanência e na redução do número de doentes que abandonam o serviço, ao implementar equipas para avaliação rápida.

Criar áreas para avaliação de doentes de baixa gravidade

O conceito dos modelos de avaliação rápida surge do facto de grande parte da sobrelotação do SU ser condicionada por doentes de baixa gravidade. Se os serviços de avaliação rápida forem eficientemente desenhados e dotados de uma equipa dedicada a uma área específica, podem melhorar o fluxo e reduzir desperdício. Estes sistemas são eficientes, rentáveis, seguros e satisfazem os doentes (Chan *et al.*, 2015; Scrofine & Fitzsimons, 2011).

Estes modelos baseiam-se na avaliação, investigação e início do tratamento do doente tão rápida quanto a chegada ao SU. É um modelo apenas válido para doentes que não necessitam de salas de reanimação ou tratamentos em unidades de elevada dependência (Jarvis, 2016). Estes modelos exigem segregação de doentes em processos de cuidado separados com recursos adicionais de profissionais, espaço e equipamentos (Sayah *et al.*, 2016).

Nestas situações o enfermeiro da triagem faz uma rápida avaliação de todos os doentes e então aloca doentes com traumatismos e doenças *minor* a uma área separada dos doentes com necessidades complexas de cuidados (Crawford *et al.*, 2014). Posteriormente, o médico avalia, investiga e trata cada doente de modo isolado. Estudos verificaram que houve uma redução nos tempos de permanência no SU, uma redução nos tempos de espera até à observação, e uma redução da taxa de doentes que abandonam o serviço sem ser observados (Jarvis, 2016; Chan *et al.*, 2015; Crawford *et al.*, 2014; Scrofine & Fitzsimons, 2011). A qualidade dos cuidados não fica comprometida, conforme

demonstram estudos sobre a satisfação dos doentes, readmissões e taxas de mortalidade (Chan *et al.*, 2015).

Os custos de implementação deste sistema são muitas vezes citados como uma barreira à sua implementação (Jarvis, 2016; Sayah *et al.*, 2016). Contudo, também existe evidência de que a substituição do padrão de trabalho atual por este modelo, dentro dos limites dos recursos existentes, está associado a um aumento do fluxo de doentes (Jarvis, 2016).

Criar áreas para avaliação de doentes de média gravidade

O grupo de doentes que apresenta maiores tempos de espera e maiores probabilidades de abandono são os de média gravidade. Estes são doentes que variam amplamente em termos de recursos necessários, complexidade e necessidades. Ao dedicar-se uma área do SU a este tipo de doentes pode reduzir-se a sua flexibilidade, mas permite reduzir a variabilidade do tempo ao compartilhar doentes com necessidades semelhantes (Soremekun *et al.*, 2014).

McHugh *et al.* (2013) indicaram que a criação de áreas para avaliação de doentes de média gravidade tem benefícios reduzidos no impacto no fluxo de doentes dentro do SU. Verificou-se que esta estratégia tem evidência limitada, pois corre o risco de retirar recursos dos restantes doentes para este subgrupo, sendo este o único beneficiário.

Também se defende que a implementação de uma área de avaliação de doentes de média gravidade está associada a uma redução geral das taxas de abandono e períodos de permanência. Apesar do estudo realizado por Soremekun *et al.* (2014) apresentar algumas limitações, consideram a utilidade da medida, no contexto de um aumento de recursos mínimo ou nulo.

Alocar um enfermeiro à sala de espera

Alguns SUs introduziram enfermeiros na sala de espera cujo principal objetivo é reavaliar e monitorizar os doentes na sala de espera evitando a deterioração do seu estado clínico. No entanto, este enfermeiro também está favoravelmente colocado permitindo apoiar a triagem e iniciar protocolos de analgesia e ECD (Crawford *et al.*, 2014).

Os resultados desta medida têm demonstrado uma redução nos tempos de permanência do SU, no número de eventos adversos em sala de espera, no número de doentes que

abandonam o serviço sem ser observados e um elevado nível de satisfação dos doentes (Crawford *et al.*, 2014).

Criar protocolos institucionais para transferências

É conhecido que a sobrelotação é um problema de todo o hospital, e como tal é no envolvimento de todas as unidades constituintes que se observam melhorias. Assim, no estudo efetuado por Sullivan *et al.* (2014) um dos principais objetivos foi implementar reformas que envolveram a ligação SU - serviços de internamento, de modo a aumentar a consciência do problema em todo o hospital. Estas reformas passaram por: (1) criar protocolos que explicitavam os critérios de estratificação para admissão em enfermarias de medicina geral ou subespecialidade, bem como em enfermarias de curta duração; (2) instituir que a realização dos diários clínicos não deve atrasar transferências, cabendo sempre à equipa de internamento organizar investigações adicionais - quer equipa de enfermagem quer equipa médica; (3) ser da responsabilidade da equipa do SU a organização dos internamentos dos doentes clinicamente estáveis, de acordo com os critérios protocolados.

Estes protocolos também reduzem a probabilidade de os doentes saírem precipitada ou inapropriadamente para enfermarias, evitando que doentes clinicamente instáveis sejam admitidos em locais cujo treino dos profissionais e monitorização não são os mais adequados, o que poderia levar à ocorrência de eventos adversos (Sullivan *et al.*, 2014).

Criar protocolos institucionais de sobrelotação

A implementação de “protocolos de sobrelotação” pode ser uma alternativa em períodos em que o hospital e a urgência estão severamente sobrelotados. Sob estes protocolos, doentes admitidos em corredores ou outras áreas não seguras nos SUs são mobilizados para os corredores das unidades de internamento, o que permite aliviar o peso no SU dos doentes em situação de embarque, distribuindo-os pelo hospital. Esta estratégia pode aumentar também a consciência em todo o hospital para as condições de sobrelotação e motivar os profissionais a promover a disponibilidade das camas (Moskop *et al.*, 2009b).

Reajuste no agendamento das admissões eletivas

Rabin *et al.* (2012) e Moskop *et al.* (2009b) apontam a estratégia de reajustar os agendamentos de cirurgias ou procedimentos eletivos ao longo de toda a semana, como eficaz na redução dos picos de procura dos doentes internados e na necessidade de

cancelar procedimentos. Este reajuste deve ser baseado nos picos de admissão previsíveis semanais ou diários do hospital.

Soremekun *et al.*, (2011) e Vonderen, (2008) também defendem a eficácia no aperfeiçoamento dos cronogramas cirúrgicos através da coordenação de internamentos e procedimentos cirúrgicos, permitindo fazer uma utilização mais eficiente da equipa e recursos hospitalares, o que se traduz numa diminuição dos tempos de espera para internamento.

Contudo, a redução do número de procedimentos eletivos pode trazer outras consequências, pois estes representam uma forma de receita significativa para os hospitais (Moskop *et al.*, 2009b). Hillman & Forero (2008), referem que a redução das admissões eletivas por dia não reduz por si só os tempos de permanência no SU.

Criar uma equipa de coordenação de cuidados

As equipas de coordenação de cuidados consistem em aliar diferentes profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas) cujo papel passa por identificar, tratar, facilitar a alta em segurança e evitar readmissões em doentes de elevado risco, em particular: os idosos que recorrem frequentemente ao SU, os sem abrigo e os que têm problemas com álcool e drogas (Crawford *et al.*, 2014).

O desenvolvimento destes programas focados na gestão de doentes permite aos hospitais melhorar a saúde dos seus doentes e reduzir a procura dos serviços hospitalares (Crawford *et al.*, 2014). Hillman & Forero (2008) também referem que o desenvolvimento de programas para gestão da doença crónica ou iniciativas de suporte em casa, provocam um decréscimo no número de admissões hospitalares.

A eficiência destes programas de coordenação de cuidados é ocasionalmente dificultada por variações nos níveis da equipa, pela incapacidade em recrutar elementos para diversos planos de fundo e recursos limitados nos serviços da comunidade. No entanto, os resultados destas equipas em diferentes hospitais foram promissores, revelando um elevado grau de satisfação dos doentes para com os serviços de qualidade prestados pela equipa (Crawford *et al.*, 2014).

Agilizar das consultas de especialidade

Num estudo levado a cabo por McHugh *et al.* (2013) projetou-se e implementou-se um novo procedimento para solicitar avaliação dos doentes por outras especialidades médicas. O procedimento baseava-se num formulário eletrónico que era feito pelos médicos que solicitavam a avaliação de outras especialidades e a resposta era rastreada a cada dez minutos. Os dados gerados pela demora na resposta eram divulgados com cada especialidade.

Perante esta estratégia, houve alguma resistência inicial por parte dos profissionais no preenchimento dos formulários, e o acompanhamento da sua implementação não foi consistente. Assim, houve necessidade de realizar alguns ajustes durante a sua implementação, que levaram a atrasos, acabando por se refletir num período escasso para colher dados. As conclusões não foram relevantes, no entanto, a equipa refere que se o período de avaliação tivesse sido adiado seis meses seria visível uma melhoria significativa (McHugh *et al.*, 2013).

Criar o Enfermeiro Coordenador de vagas

Os hospitais devem estabelecer programas de coordenação de camas para gerir e otimizar a ocupação das camas de internamento. A equipa de coordenação deve receber informação antecipada das altas, facilitar a substituição das camas vagas, fazer transferências dentro das unidades, comunicar ao hospital informação acerca dos censos, atribuir os doentes em espera às camas de internamento, e iniciar o desvio de ambulâncias (Moskop *et al.*, 2009b; Rabin *et al.*, (2012).

As técnicas de gestão de camas podem melhorar o fluxo de doentes pela identificação dos gargalos, estas podem ser dirigidas à procura de camas de internamento através da compilação de dados acerca dos picos e revezas diárias ou semanais, com capacidade de distribuir as admissões de forma suave e uniforme ao longo das semanas (Chan *et al.*, 2015). Dar aos enfermeiros a autoridade para admitir doentes demonstrou reduzir o AB (Mason *et al.*, 2016).

Ao nível da coordenação de vagas, Sullivan *et al.* (2014), apresentou duas estratégias: (1) a organização dos internamentos por parte da equipa do SU, de acordo com os critérios predefinidos; (2) e a exigência às equipas de internamento de uma resposta aos pedidos

de admissão em 60 minutos após notificação, havendo obrigatoriedade de consultar o responsável do serviço antes de recusar um pedido de admissão.

Um estudo realizado por Healy-Rodriguez *et al.* (2014), demonstrou que a criação de um programa de gestão logístico trazia resultados positivos na gestão da sobrelotação no SU, demonstrando diminuição dos tempos de permanência no SU e dos períodos de internamento. Neste programa, a medida com maior impacto, baseou-se na alocação de um enfermeiro na função de gestor logístico com o objetivo de gerir disponibilidade das camas hospitalares. Este enfermeiro trabalha em colaboração com os elementos da equipa multidisciplinar de modo a evitar zonas de estrangulamento, prevenindo situações de encerramento de camas e priorizando a alocação dos doentes, com base nas admissões e altas previstas. Este gestor trabalha diretamente com todas as áreas clínicas e minimiza a mentalidade “SU contra internamento”, atuando como uma ponte em nome do doente.

McHugh *et al.* (2013) também atribui ênfase à criação da posição de coordenador de camas dentro dos hospitais. Esta medida teve impacto moderado quando aplicada dentro dos diferentes hospitais da rede, facilitando a comunicação entre os coordenadores de cada unidade para discutir taxas de ocupação e necessidade de transferências. A equipa desenvolveu, testou e implementou um formulário padrão, que facilitava a comunicação entre os SUs e as unidades de internamento.

Criar modelos preditivos baseados em dados históricos

Apesar da variabilidade do afluxo ao SU algumas variações são previsíveis e explicadas pelos dias da semana. As utilizações de dados históricos para desenvolver modelos preditivos podem permitir uma melhor adequação da capacidade de resposta à procura de serviços. Isto serve tanto para a adequação de recursos humanos como para recursos logísticos (Soremekun *et al.*, 2011).

Se existe uma maior procura dos SUs em determinados dias, a equipa tem de ser reforçada nesses momentos. Para além de reforçar a equipa do SU também existe maior probabilidade de necessitar de mais camas, pois ao verificar-se um maior afluxo de doentes ao SU é expectável um aumento do número de internamentos. Assim, para uma gestão de recursos eficiente há necessidade de flexibilizar o sistema, permitindo a todos os serviços aumentar os recursos (recrutar mais profissionais, acionar protocolos de

sobrelotação, cancelar cirurgias eletivas) para responder às necessidades (Soremekun *et al.*, 2011).

O modelo preditivo é útil para uma melhor gestão dos recursos disponíveis, no entanto, existe a possibilidade de apresentar erros de previsão, pelo que há necessidade de criar respostas para situações imprevisíveis. Quando existe uma constante necessidade de flexibilização das respostas significa que o modelo tem de ser ajustado (Soremekun *et al.*, 2011).

Melhoria de processos administrativos

Sullivan *et al.* (2014) referiu no seu estudo que algumas das estratégias que facilitaram o acesso ao SU eram diretamente relacionadas com processos administrativos. As estratégias implementadas passaram por: (1) alargamento do horário administrativo para facilitar o processamento mais eficiente no pico noturno; (2) admissões e referências para o SU são recebidas pelos administrativos e processadas em tempo real, evitando o processamento por lotes; (3) alteração dos procedimentos de admissão para evitar um trânsito desnecessário de internamentos agudos ou eletivos planeados, clinicamente estáveis e transferências inter-hospitalares via SU.

McHugh *et al.* (2013) demonstrou que a criação de uma equipa com o intuito de otimizar os processos de admissão para doentes não urgentes trouxe melhorias moderadas nas taxas de permanência no SU e número de doentes que abandonam o serviço. Neste novo processo, através de pequenos dados demográficos consegue-se criar um registo do doente e realizar a triagem em três - cinco minutos. A implementação desta estratégia exigiu treino por parte da equipa.

Muitas das melhorias dos processos no SU derivam de transformações estratégicas exequíveis, com poucos custos e sustentáveis, que conseguem trazer impacto positivo à experiência de cuidados do doente (Sayah *et al.*, 2016).

Utilizar testes rápidos no SU

A utilização de testes rápidos no SU para investigações frequentemente solicitadas poderia agilizar o diagnóstico resultando na diminuição do tempo de permanência dos doentes no SU. Num estudo realizado por Norgaard and Mogensen, citado por Jarvis (2016), que comparava os tempos de resposta de um laboratório central que apoia o SU e

transporta os produtos pelo sistema de vácuo com os tempos de resposta dos testes rápidos no SU, verificaram que em média, com os testes, conseguiam obter resultados 46 minutos mais cedo.

A agilização do fluxo de doentes consequentemente também reduz a carga de trabalho. Alguns estudos também salientam a fiabilidade dos resultados e sugerem a sua utilização em meio pré-hospitalar como forma de reduzir o número de doentes conduzidos para o SU (Jarvis, 2016).

Como desvantagens desta estratégia encontram-se os elevados custos destes testes quando comparados aos testes similares em laboratório e a sobrecarga de trabalho adicional para uma equipa de enfermagem já sobrecarregada. Para além disso, a utilização destes testes exige um programa de treino robusto associado a uma regular recertificação (Jarvis, 2016).

O impacto da implementação destes testes é variável dependendo dos padrões de trabalho de cada SU. Quando utilizados eficazmente demonstram redução dos atrasos nos tratamentos, aumento do número de altas e redução dos tempos de permanência no SU. Isto significa que os custos desta estratégia podem ser recompensados pelas melhorias do fluxo de doentes (Jarvis, 2016).

Reduzir os tempos de resposta para testes laboratoriais

Reduzir os tempos de espera pelos resultados laboratoriais é essencial para reduzir os tempos de permanência dos doentes e melhorar o rendimento do SU (Scrofine & Fitzsimons, 2011; Hillman & Forero, 2008).

Paul & Lin (2012), utilizaram um modelo de simulação para demonstrar que o atraso nos resultados laboratoriais e de imagiologia têm um impacto significativo sobre os tempos de permanência, principalmente para doentes com perspectiva de alta.

Estabelecer horários e objetivos para escoar doentes

O tempo de demora para escoar doentes é um dos principais limitadores de fluxo do SU. Assim, o planeamento precoce da alta tem sido elogiado como uma das estratégias para a redução da sobrelotação, para a contenção de camas e para manter as taxas de ocupação hospitalar abaixo de níveis críticos (Khanna, Sier, Boyle, & Zeitz, 2016).

Existem picos de admissão e altas no SU. É frequente verificar-se que ao período da manhã corresponde um pico de admissões e que no período da tarde ocorre um pico de altas. Ao levar os hospitais a implementar *timings* e definir objetivos para as altas (por exemplo, às 11h, 80% dos doentes devem ter alta), sendo consideradas altas para o exterior ou altas para o internamento, permite melhorar o fluxo de doentes em todo o hospital (Khanna *et al.*, 2016).

O estudo realizado por Khanna, *et al* (2016) baseado num modelo de simulação, demonstra que o planeamento atempado das altas de acordo com os objetivos tem impacto positivo no fluxo global de doentes. Alguns médicos protestam este tipo de estratégia por alegarem que aumenta a pressão sobre os profissionais levando a planeamentos subótimos de altas. Este estudo não abordou as consequências adversas que estes *timings* podem trazer ao nível da qualidade, taxas de readmissão e resultados dos doentes.

Criar zonas de preparação para a alta

As zonas de alta são áreas no hospital para os doentes aguardarem pelos transportes ou até pelos processos de alta administrativa estarem completos (Moskop *et al.*, 2009b). Estudos verificaram que existe uma poupança substancial em horas de camas após a introdução das zonas de altas (Chan *et al.*, 2015; Rabin *et al.*, 2012). Estas áreas de trânsito melhoram o fluxo de doentes no SU (Mason *et al.*, 2016; Hillman & Forero, 2008; Schneider *et al.*, 2001).

Planear altas precoces em doentes de baixo risco

Iniciativas direcionadas para altas precoces em doentes internados atenuam o problema da sobrelotação no SU. A alta precoce de doentes de baixo risco, quase totalmente recuperados permite criar capacidade para novas admissões. Isto exige aos profissionais equilibrarem riscos e benefícios, refinarem regras de predição baseadas na evidência para categorizarem os níveis de risco das altas precoces (Chan *et al.*, 2015; Rabin *et al.*, 2012).

Este processo descrito por vezes como “triagem reversa” foi desenvolvido para eventos inesperados como situações de desastre, que conduziam a uma procura inesperada de camas, pois permitia selecionar doentes que podem receber alta em segurança com riscos reduzidos de consequências sérias. No entanto, este sistema também foi considerado adequado para uma utilização diária no hospital, de modo a garantir uma gestão segura da capacidade hospitalar (Chan *et al.*, 2015).

A tomada de decisão exige uma avaliação multidisciplinar e acompanhamento em contexto de ambulatório. Envolver assistentes sociais na gestão das altas precoces, para apoiar os doentes idosos demonstrou reduzir taxas de readmissão, sem aparente aumento da mortalidade, o que ajuda a prevenir a sobrelotação (Chan *et al.*, 2015).

Planear precocemente as altas

Sullivan *et al.* (2014), referem o planeamento precoce como uma das estratégias para reduzir os tempos de permanência hospitalar. No estudo realizado, o horário para atribuição de altas hospitalares foi alargado e o processo clínico do doente deve à priori, ter sempre a data estimada da alta e ter referenciada a pessoa a quem será dirigida a alta hospitalar. Isto exige que diariamente, haja um esclarecimento entre a equipa multidisciplinar acerca de cada doente, de forma a facilitar as referências para cuidados de saúde fora do hospital. Hillman & Forero (2008), defendem o planeamento adequado da alta como uma medida para reduzir o número de novas admissões hospitalares.

3 METODOLOGIA

Nesta fase procura-se estruturar o desenvolvimento da investigação de forma coerente e válida para a produção de conhecimento. Uma correta investigação, com os passos devidamente equacionados e desenvolvidos, contribui para o progresso da profissão. Assim, a reflexão nesta etapa revela-se de extrema importância para planejar eficiente e eficazmente o estudo, delineando a melhor estratégia para atingir os objetivos a que se propõe.

3.1 CONCRETIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

Os múltiplos estudos que foram surgindo nas últimas décadas a nível mundial demonstram que a sobrelotação nos SUs é um problema crescente não exclusivo do nosso país. São destacadas as consequências para o doente ao nível da diminuição da qualidade dos cuidados, do aumento da insegurança associada aos cuidados, de resultados deficitários, etc. Aos profissionais é associado um grande desgaste físico e emocional que aumenta o risco de ocorrência de erros, diminui a sua eficiência e aumenta a sua insatisfação. Consequentemente, às instituições é imputado um maior custo dos cuidados (Ahalt et al., 2016; Hwang et al., 2011).

Os estudos publicados a nível internacional demonstram causas, consequências, metodologias de avaliação e até estratégias para tentar ultrapassar esta problemática, mas o que transparece no nosso país é que pouco está a ser feito. As instituições têm consciência desta problemática, os SUs vivenciam diariamente esta problemática, os doentes sentem os seus efeitos, mas existem poucas estratégias desenvolvidas a nível institucional para responder às exigências.

Com o objetivo de sistematizar a informação existente acerca das estratégias já utilizadas a nível internacional realizou-se uma breve revisão integrativa da literatura. Para identificar os termos a incluir na pesquisa foi realizada uma pequena investigação livre na base de dados *PubMED* e *Scielo* que permitiram identificar palavras chave pertinentes. Os termos selecionados foram “*crowding*”, “*overcrowding*”, “*emergency*” e “*strategies*”.

De seguida, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *PubMED*, *CINAHL*, *Medline*, *Nursing and Health Collection* e *Scielo* com os termos acima citados e os operadores

booleanos utilizados foram “AND” e “OR”, com a seguinte sequência: “*crowding*” OR “*overcrowding*” AND “*emergency*” AND “*strategies*”.

Partindo desta pesquisa que permitiu reunir informação acerca das estratégias já utilizadas em outros países, questionam-se os enfermeiros que estão nestes contextos diariamente, detentores de Mestrado e/ou Especialização em Enfermagem, com poder de decisão (como os enfermeiros chefes dos serviços ou coordenadores / chefes / responsáveis de equipas), acerca de quais as estratégias que consideram válidas para a resolução desta problemática nos seus SUs.

Assim sendo, como objetivo principal deste estudo pretende-se:

- Sintetizar estratégias que possam ser consideradas válidas e aplicáveis nos SUs de Portugal, na melhoria da problemática da sobrelotação.

Inerente a este objetivo principal encontram-se alguns objetivos específicos, tais como:

- Sistematizar a evidência científica acerca das estratégias utilizadas a nível internacional para reduzir a sobrelotação;
- Validar as estratégias para o contexto do nosso país, recorrendo a um painel de peritos, de acordo com a metodologia *Delphi*;
- Compilar e divulgar as estratégias com poder de aplicabilidade nos SUs de Portugal.

Uma vez que a temática que se aborda é pouco estudada no nosso país, para atingir estes objetivos, a metodologia que se revela mais adequada é baseada na técnica de *Delphi*. Segundo Scarparo *et al.* (2012), esta técnica destina-se a situações de ausência de dados, carência de dados históricos, abordagens e reflexões interdisciplinares ou para impulsionar novas ideias.

Esta técnica baseia-se na utilização estruturada do conhecimento, da experiência e da criatividade de um conjunto de pessoas consideradas especialistas, partindo da suposição que o julgamento coletivo de pessoas providas de conhecimentos específicos representa um consenso válido e estruturado (Scarparo *et al.*, 2012).

A aplicação da metodologia *Delphi* exige ao investigador percorrer uma sequência de etapas para se obterem os melhores resultados, sendo estas: (1) seleção e contacto com os enfermeiros elegíveis; (2) elaboração e validação do primeiro questionário; (3) envio do

questionário aos participantes; (4) recolha e análise dos dados produzidos na primeira ronda de questionários; (5) elaboração e envio do segundo questionário, com *feedback* dos resultados já produzidos; (6) recolha e análise dos dados produzidos; (7) as rondas são replicadas até que se atinja o consenso estabelecido (Scarparo *et al.*, 2012).

As rondas de questionários são repetidas até que seja alcançada uma taxa de consenso previamente definida (Souza *et al.*, 2015). O nível de consenso utilizado geralmente varia entre 50% e 80% (Castro & Rezende, 2009; Scarparo *et al.*, 2012), sendo que para a realização deste estudo define-se os **75% como objetivo de consenso** para a análise dos dados.

São expectáveis desistências ao longo dos ciclos, pelo que geralmente se verifica um índice de abstenção de 30 a 50% na primeira ronda de questionários e de 20 a 30% na segunda ronda (Castro & Rezende, 2009; Scarparo *et al.*, 2012).

As principais vantagens desta metodologia passam pela abrangência geográfica que se pode atingir, custos reduzidos na sua aplicabilidade, inexistência de interação entre os especialistas evitando-se influências nas respostas, facilidade na reflexão individual e coletiva e a produção de conhecimento de alta qualidade e especificidade. Quanto às desvantagens, pode-se apontar a falta de interação entre especialistas que impossibilita esclarecimentos ou discussão, a dificuldade em selecionar os peritos e a abstenção dos participantes (Castro & Rezende, 2009; Scarparo *et al.*, 2012).

O questionário é construído recorrendo às informações conhecidas sobre o tema, pelo que é essencial uma pesquisa prévia da literatura científica existente. A realização de uma revisão integrativa da literatura científica sobre o tema é uma das formas de colher os dados para a construção dos questionários (Scarparo *et al.*, 2012).

Esta metodologia também permite abertura para respostas de opinião, no entanto, estas situações exigem uma posterior confrontação com a literatura existente e, caso sejam consideradas pertinentes para os objetivos das pesquisas, serão integradas nas consequentes rondas de questionários (Scarparo *et al.*, 2012).

A aplicação destes questionários pode ser feita com recurso a plataformas eletrónicas que se têm revelado como ferramentas facilitadoras na realização de colheitas de dados por meio de questionários, com recetividade por parte dos participantes nas técnicas *Delphi*. Estas plataformas permitem salvaguardar os princípios éticos, garantindo o anonimato e

assegurando, com conteúdo explícito, a concordância ou não com o termo de consentimento livre e esclarecido (Scarparo *et al.*, 2012).

Posteriormente, a análise dos dados estatísticos será realizada a cada fase do desenvolvimento do estudo. De um modo geral, são necessárias duas a três rondas de opiniões, no entanto, varia sempre consoante a natureza e homogeneidade do grupo, bem como a complexidade do assunto (Scarparo *et al.*, 2012).

Os resultados estatísticos obtidos em cada ciclo são apresentados aos peritos com os objetivos de permitirem o acompanhamento da sua construção, bem como possibilitarem a cada um rever a argumentação acerca de cada questão (Castro & Rezende, 2009).

3.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com a problemática definida para este estudo considero que a questão central se baseia em:

- Quais são as estratégias consideradas válidas pelos enfermeiros peritos dos SUs portugueses, com potencial para reduzir as situações de sobrelotação nos seus serviços?

Obviamente que esta questão é extremamente abrangente e que a sua análise detalhada implica: (1) investigar estratégias utilizadas em outros países; (2) apresentar estas estratégias a um conjunto de peritos dos SUs portugueses; e (3) organizar uma base válida que possa merecer atenção, por parte das instituições, como ferramenta para melhorar a problemática da sobrelotação.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Na utilização da metodologia de *Delphi*, a seleção dos participantes é de extrema importância, sendo exigido um nível relevante de qualificação profissional sobre a temática. Assim sendo, a amostra selecionada é não aleatória, de conveniência ou intencional justificada pela necessidade de selecionar peritos (Scarparo *et al.*, 2012).

Para criar uma rede de peritos com características comuns foi solicitado aos participantes iniciais que indicassem outros participantes que cumpriam os critérios de inclusão (Scarparo *et al.*, 2012). Assim, foi criada uma lista de contactos da amostra que iria participar no estudo e recorrendo à plataforma *Google Docs*, foi elaborado e enviado o

link correspondente ao questionário, para cada um dos possíveis participantes, garantindo sempre o seu anonimato e solicitando a sua participação livre e consentida.

O conceito de perito não é claro, no entanto, na área da enfermagem Patrícia Benner introduziu já em 1982, o conceito de perito como um enfermeiro com amplo conhecimento, que permite ter uma compreensão intuitiva de situações complexas do doente. Não se baseando em princípios, regras ou linhas orientadoras para relacionar os acontecimentos com a atuação mais adequada (Davis, Gardner, Thomas, & Kellgren, 2012).

Recorrendo a Nunes (2010), a definição de perito em enfermagem, passa pelo reconhecimento por outros, de alguém que se considera qualificado. O tempo de exercício é importante, mas não é o elemento principal, pois o conhecimento provém da reflexão das vivências e não apenas das experiências. Ser perito não está inerente a um título profissional de especialista ou a uma categoria.

Em relação aos critérios utilizados para guiar a escolha dos participantes considerados elegíveis para um estudo *Delphi*, é de extrema importância que estes tenham antecedentes e experiências relacionadas com a área que está a ser alvo de estudo, que sejam capazes de contribuir com intervenções úteis e estejam dispostos a rever os seus julgamentos iniciais ou anteriores com o objetivo de procurar e atingir o consenso (Hsu & Sandford, 2007).

Para uma produção de conhecimento especializada não é suficiente nem recomendado que os indivíduos selecionados para a amostra sejam apenas conhecedores do problema. É de extrema importância que sejam indivíduos mais qualificados, sendo referidos por Hsu & Sandford (2007), como pessoas que se insiram num dos três grupos seguintes: (1) os principais responsáveis pelas decisões de gestão que possam vir a utilizar os resultados; (2) profissionais de suporte dentro da sua equipa; (3) inquiridos ao questionário de *Delphi*, cuja opinião está a ser solicitada.

O número de participantes num estudo *Delphi* não é um fator preponderante da sua operacionalização, sendo que o sucesso da aplicação da técnica está diretamente relacionado com a qualificação profissional da área em estudo dos participantes (Scarparo *et al.*, 2012). Assim, não existe consenso na literatura quanto ao número de participantes envolvidos neste tipo de estudo, ou seja, o número é variável. No entanto, a maioria dos

estudos *Delphi* utilizam entre 15 a 20 indivíduos. Se a amostra for muito pequena, pode não ser considerada como representativa da opinião de peritos e, se for muito grande, surgem as desvantagens inerentes à técnica, como baixas taxas de resposta, grandes períodos de tempo para recolha de respostas e análise dos resultados (Hsu & Sandford, 2007).

Para a seleção da amostra neste estudo definiu-se como critérios de inclusão: (1) enfermeiros que aceitem participar na investigação, através do preenchimento voluntário e confidencial de um questionário; (2) enfermeiros que possuam um Mestrado e/ou Especialização em Enfermagem; (3) enfermeiros que exerçam funções de decisores nos SUs – responsáveis ou chefes de serviço, coordenadores ou chefes de equipas de urgência. Como critérios de exclusão: (1) os enfermeiros que não preencham os requisitos; (2) os questionários que não estejam devidamente preenchidos.

3.4 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Tendo em conta o tipo de estudo proposto e os seus objetivos, a melhor forma para construir o instrumento de colheita de dados passou por criar uma base científica acerca do tema, realizada previamente através de uma revisão integrativa da literatura. Assim, identificaram-se 36 estratégias já utilizadas em outros países que subsidiaram a construção de um instrumento e a colheita de dados.

Para a construção do primeiro questionário apresentaram-se as estratégias identificadas que seriam validadas ou não pelos peritos, como possivelmente eficazes na melhoria da sobrelotação no SU. Para garantir que a formulação do questionário era clara na exposição das estratégias e evitava influenciar ou direcionar respostas, foi realizado um pré-teste com Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica ou Reabilitação, docentes e/ou com experiência em coordenação de SUs, que permitiu identificar lacunas e validar o seu conteúdo.

Ambos os questionários se encontravam divididos em duas secções, sendo que na primeira secção fez-se referência à colheita de dados sociodemográficos (idade, sexo, tempo total de exercício profissional, tempo total de exercício em contexto de urgência) da amostra, enquanto que, a segunda secção apresentou-se as estratégias para assinalar as opiniões.

Foram utilizadas questões de resposta curta onde se pretendia aferir o grau de concordância dos peritos, através de uma escala de *Likert* com cinco níveis: (1) discordo totalmente; (2) discordo parcialmente; (3) não concordo nem discordo; (4) concordo parcialmente; (5) concordo plenamente. No final, era dada a possibilidade de fazer comentários e sugestões através de uma resposta aberta.

A primeira ronda de questionários decorreu entre os dias quatro de janeiro de 2018 e 17 de janeiro de 2018. E a segunda ronda decorreu entre os dias 31 de janeiro de 2018 e 18 de fevereiro de 2018.

3.5 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A investigação deve reger-se pelos princípios do respeito pela pessoa humana, requerendo que se tenha presente os direitos / princípios éticos determinados pelo código de ética: o direito à autodeterminação, à intimidade; ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal.

Tratando-se da utilização da metodologia *Delphi*, em que se seleciona previamente a amostra e se recorre a uma plataforma eletrónica (*Google® forms*) para difundir os questionários, o consentimento livre e esclarecido é enviado a todos os participantes através de um *link*, e a concordância na abordagem do conteúdo é condição essencial para prosseguir no questionário. Assim, estão então garantidas a confidencialidade e o anonimato na participação.

3.6 TRATAMENTO DE DADOS

Perante os objetivos do estudo e a tipologia do mesmo, o tratamento de dados foi realizado com recurso ao programa *Excel®*, baseado no tratamento estatístico simples, calculando-se percentagens, medianas, medidas de dispersão e de frequência absoluta.

Para avaliar a concordância acerca dos itens apresentados no instrumento recorreu-se ao método de índice de validade de conteúdo (IVC). Este mede a proporção ou percentagem de peritos que estão em concordância sobre os itens do instrumento com recurso a uma escala tipo *Likert* (Alexandre & Coluci, 2011). Foi utilizada uma escala com cinco níveis, onde se considerou que a validação das estratégias exigia uma concordância dos itens em **75%**. Esta concordância poderia ser expressa pelos peritos através das respostas “4” e “5”, como forma de validar a estratégia, referindo-se a uma concordância positiva, ou

poderia ser expressa pelos peritos nas respostas “1” e “2”, como forma de eliminar a estratégia, ou seja, uma concordância negativa.

Os resultados do índice são calculados por meio da soma da concordância dos itens e expressos em percentagem. Assim, os itens que foram pontuados com “4” ou “5”, revelam uma concordância positiva que implica a validação do seu conteúdo, sendo a fórmula descrita de seguinte modo: $\% \text{ concordância positiva} = \frac{\text{número de respostas 4 ou 5}}{\text{número total de respostas}} \times 100$.

E os itens que foram pontuados com “1” ou “2”, revelam uma concordância negativa que implica a exclusão do seu conteúdo, sendo a fórmula representada de seguinte modo: $\% \text{ concordância negativa} = \frac{\text{número de respostas 1 ou 2}}{\text{número total de respostas}} \times 100$. Considerou-se que as respostas com o número “3” correspondem a uma opinião não formada, pelo que não foram incluídas nos cálculos de concordância.

A análise das respostas abertas dadas na área de “comentários e sugestões” da primeira ronda de questionários foram examinadas tendo em conta a literatura existente e incluídas ou não, na segunda ronda consoante a sua pertinência.

4 RESULTADOS

Este capítulo visa apresentar os resultados obtidos pelas rondas de questionários efetuadas segundo a metodologia *Delphi*.

4.1 PRIMEIRA RONDA DA TÉCNICA DE *DELPHI*

A primeira ronda permitiu aos 29 peritos que participaram, demonstrar consenso superior a 75% em 17 estratégias das 36 apresentadas. Destas, 15 obtiveram concordância positiva e duas obtiveram concordância negativa (Apêndice 2).

Com **concordância positiva**, ou seja, com validação positiva pelos peritos, como estratégia eficaz para a melhoria da problemática da sobrelotação validaram-se (Tabela 1):

Tabela 1: Resultados primeira ronda - Concordância Positiva

	(1) Discordo totalmente	(2) Discordo parcialmente	(3) Não concordo, nem discordo	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo plenamente
P16 - A criação de Unidades de Decisão Clínica melhora a avaliação e planeamento dos doentes, reduzindo consequentemente tempos de permanência e a sobrelotação no Serviço de Urgência.	0 / 29	3 / 29	4 / 29	9 / 29	13 / 29
					Validada com 76%
P24 - Criar equipas de avaliação rápida dentro dos Serviços de Urgência, facilita o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sua sobrelotação.	1 / 29	1 / 29	2 / 29	18 / 29	7 / 29
					Validada com 86%
P25 - Criar áreas dentro do Serviço de Urgência, para uma avaliação rápida dos doentes de baixa gravidade, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação.	0 / 29	1 / 29	1 / 29	17 / 29	10 / 29
					Validada com 93%
P26 - Criar áreas dentro do Serviço de Urgência, para avaliação dos doentes de média gravidade, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação.	0 / 29	2 / 29	5 / 29	13 / 29	9 / 29
					Validada com 76%

P28 - Criar protocolos institucionais que definam critérios de internamento em cada especialidade ou em enfermarias de curta duração, reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência.	0 / 29	1 / 29	4 / 29	13 / 29	11 / 29
				Validada com 83%	
P29 - Criar protocolos institucionais para agilizar transferências do Serviço de Urgência para os serviços de internamento, reduz a sua sobrelotação.	0 / 29	1 / 29	0 / 29	13 / 29	15 / 29
				Validada com 97%	
P30 - A existência de um protocolo institucional de sobrelotação, que é ativado nestas situações, reduz a problemática da sobrelotação.	0 / 29	1 / 29	2 / 29	9 / 29	17 / 29
				Validada com 90%	
P31 - O reajuste no agendamento das admissões eletivas facilita a coordenação dos internamentos e reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência.	0 / 29	0 / 29	7 / 29	11 / 29	11 / 29
				Validada com 76%	
P32 - 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 Serviço de Urgência.	0 / 29	0 / 29	2 / 29	13 / 29	14 / 29
				Validada com 93%	
P33 - Agilizar as observações por outras especialidades, através do rastreamento dos tempos de resposta, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência.	0 / 29	0 / 29	3 / 29	15 / 29	11 / 29
				Validada com 90%	
P34 - Criar a figura do "Enfermeiro Coordenador de Vagas", com o objetivo de gerir e otimizar a ocupação das camas de internamento, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência.	0 / 29	0 / 29	4 / 29	11 / 29	14 / 29
				Validada com 86%	

P39 - Agilizar os tempos de resposta dos testes laboratoriais e de imagiologia, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência.	0 / 29	1 / 29	3 / 29	12 / 29	13 / 29
				Validada com 86%	
P41 - Criar zonas de preparação para alta, onde os doentes aguardam pelos transportes ou processos administrativos, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência.	2 / 29	0 / 29	4 / 29	14 / 29	9 / 29
				Validada com 79%	
P42 - Planear e antecipar altas em doentes de baixo risco, aumenta a capacidade para novas admissões e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência.	0 / 29	1 / 29	4 / 29	16 / 29	8 / 29
				Validada com 83%	
P43 - Planear precocemente a alta, em articulação com assistentes sociais e pessoa responsável pelo doente, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência.	0 / 29	1 / 29	2 / 29	15 / 29	11 / 29
				Validada com 90%	

Com **concordância negativa**, ou seja, sem qualquer possibilidade de validação pelos peritos como estratégia eficaz para a melhoria da problemática da sobrelotação, excluíram-se (Tabela 2):

Tabela 2: Resultados primeira ronda - Concordância Negativa

	(1) Discordo totalmente	(2) Discordo parcialmente	(3) Não concordo, nem discordo	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo plenamente
P10 - A realização da Triagem de Manchester por Médicos melhora o fluxo de doentes no Serviço de Urgência e consequentemente reduz a sobrelotação.	23 / 29	3 / 29	3 / 29	0 / 29	0 / 29
	Excluída com 90%				

P18 - Alocar camas aos corredores do Serviço de Urgência reduz a sua sobrelotação.	29 / 29	0 / 29	0 / 29	0 / 29	0 / 29
	Excluída com 100%				

No final do questionário foi colocada uma zona para comentários e sugestões que permitiram abertura para abordar outras estratégias não identificadas com a revisão integrativa da literatura.

Uma das sugestões dadas foi de “**estabelecer equipas médicas inteiramente dedicadas aos SUs**”. No nosso país, as equipas de enfermagem que atuam nos SUs são exclusivas do mesmo, no entanto, o mesmo não acontece com as equipas médicas.

No último relatório da Direção Geral de Saúde (DGS) acerca da Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012, p.15), destaca-se que os profissionais que desempenham funções nos SUs são dotados de “conhecimentos, competências e capacidades específicas, respeitando um ampla gama de patologias e situações clínicas de carácter médico, cirúrgico e traumático, num largo espetro de gravidade, orientada para a avaliação de problemas clínicos e usando metodologias de triagem, estabilização, avaliação e resolução”. Neste relatório, destaca-se que enfermeiros e assistentes operacionais estão inteiramente dedicados à especificidade deste serviço e lamenta-se o facto de o mesmo não acontecer com a equipa médica. Alega-se que existe uma heterogeneidade de perfis médicos a realizar atendimentos em contexto de urgência, apesar de já existir um Despacho Normativo nº11/2002, emitido a 6 de março, que preconiza a constituição de equipas médicas dedicadas ao SU, dotadas de competências e qualificações próprias.

Também o Colégio da Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos emitiu um comunicado em dezembro de 2016, defendendo o reconhecimento da especialidade em Medicina de Urgência e Emergência (como já acontece noutros países da União Europeia) com o intuito de criar equipas dedicadas aos SUs. Neste comunicado defendem que esta exclusividade iria permitir ultrapassar alguns constrangimentos dos SUs, fornecendo recursos humanos diferenciados e adaptadas à realidade.

Indo ao encontro destas opiniões, a estratégia “**estabelecer equipas médicas inteiramente dedicadas ao SU**” foi incluída na segunda ronda de questionários, de acordo com a metodologia *Delphi*.

No final da primeira ronda ficaram 19 estratégias sem consenso, que permaneceram para a segunda ronda de questionários e, de acordo com Scarparo *et al.* (2012), foram novamente apresentadas com a descrição estatística obtida em cada resposta, de modo a permitir uma reflexão individual perante a orientação do grupo.

4.1.1 Caracterização da amostra na primeira ronda de questionários.

A primeira ronda de questionários contou com 29 peritos, com idades variáveis entre os 30 e os 55 anos, tendo em média 40 anos. A representatividade ao nível do sexo foi de 66% (19 peritos) do sexo feminino e 34% (10 peritos) do sexo masculino.

Ao nível da experiência profissional estes possuíam em média um tempo total de exercício de 17,8 anos e, em média, o tempo de exercício de funções em contexto de SU era de 13 anos.

Todos os 29 participantes exercem funções de chefia / coordenação de equipas e/ou serviço, e são detentores de Mestrado e/ou Especialidade em Enfermagem, sendo que 72% pertencem à Enfermagem Médico-Cirúrgica (21 peritos), 7% à Enfermagem de Reabilitação (2 peritos) e 21% a outras áreas da Enfermagem (6 peritos).

Quanto à área de abrangência geográfica do estudo, verificou-se que as instituições onde os peritos exercem funções foi mais expressiva ao nível da Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), contando com 69% das participações entre seis instituições diferentes - Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), Centro Hospitalar de Leiria; (CHLeiria), Centro Hospitalar do Oeste (CHO), Hospital Distrital de Santarém (HDSantarém), Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN), Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (CHBM); e da ARS do Centro com 21% das participações entre três instituições diferentes – Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, Centro Hospitalar Baixo Vouga (CHBV), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Contou ainda, em menor expressividade, com a participação em 3% do Centro Hospitalar de São João (CHSJoão) que pertence à ARS do Norte, e com a participação em 7% do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUAlgarve) que pertence à ARS do Algarve.

4.2 SEGUNDA RONDA DA TÉCNICA DE DELPHI

Na segunda ronda os 22 peritos que participaram demonstraram consenso superior a 75% em oito estratégias das 20 apresentadas. Destas, sete obtiveram concordância positiva e uma obteve concordância negativa (Apêndice 4).

Com **concordância positiva**, ou seja, com validação positiva pelos peritos, como estratégia eficaz para a melhoria da problemática da sobrelotação validaram-se (Tabela 3):

Tabela 3: Resultados segunda ronda - Concordância Positiva

	(1) Discordo totalmente	(2) Discordo parcialmente	(3) Não concordo, nem discordo	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo plenamente
P7 - Estabelecer equipas médicas inteiramente dedicadas aos Serviços de Urgência melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação.	0 / 22	1 / 22	1 / 22	7 / 22	13 / 22
				Validada com 91%	
P9 - A introdução de indicadores clínicos de qualidade pelas entidades governamentais é pertinente na redução da sobrelotação.	1 / 22	3 / 22	0 / 22	12 / 22	6 / 22
				Validada com 82%	
P14 - O aumento do número de camas de internamento reduz o tempo de permanência dos doentes no Serviço de Urgência e conseqüentemente a sua sobrelotação.	1 / 22	4 / 22	0 / 22	6 / 22	11 / 22
				Validada com 77%	
P21 - 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 no Serviço de Urgência.	2 / 22	0 / 22	2 / 22	7 / 22	11 / 22
				Validada com 82%	

P22 - Dar aos enfermeiros a autoridade para admitir os doentes internados nas enfermarias, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência.	1 / 22	1 / 22	3 / 22	6 / 22	11 / 22
				Validada com 77%	
P23 - Criar modelos preditivos baseados nos dados históricos que possibilitem o ajuste de recursos às necessidades, reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência.	1 / 22	0 / 22	1 / 22	9 / 22	11 / 22
				Validada com 91%	
P26 - Estabelecer horários e objetivos para escoar doentes, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência.	1 / 22	2 / 22	2 / 22	15 / 22	2 / 22
				Validada com 77%	

Com **concordância negativa**, ou seja, sem qualquer possibilidade de validação pelos peritos como estratégia eficaz para a melhoria da problemática da sobrelotação, excluiu-se (Tabela 4):

Tabela 4: Resultados segunda ronda - Concordância Negativa

	(1) Discordo totalmente	(2) Discordo parcialmente	(3) Não concordo, nem discordo	(4) Concordeo parcialmente	(5) Concordeo plenamente
P13 - A expansão do Serviço de Urgência é uma forma de reduzir a sua sobrelotação.	13 / 22	8 / 22	1/22	0 / 22	0 / 22
	Excluída com 95%				

No final da segunda ronda verificou-se que 12 estratégias não obtiveram qualquer consenso por parte dos peritos, demonstrando uma opinião dúbia quanto à sua validade na realidade dos seus SUs. Estas estratégias foram:

- “A introdução de objetivos quanto ao tempo de permanência dos doentes no SU pelas entidades governamentais reduz a sobrelotação”;
- “Desviar ambulâncias para outras instituições diminui o afluxo de doentes ao SU e consequentemente reduz a sobrelotação”;

- “Desviar doentes que recorrem pelos próprios meios, para outras instituições, diminui o afluxo de doentes ao SU e conseqüentemente reduz a sobrelotação”;
- “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”;
- “Alocar camas aos corredores das enfermarias reduz a sobrelotação nos SUs”;
- “Aumentar o número de médicos nos SUs reduz a sua sobrelotação”;
- “Aumentar o número de enfermeiros nos SUs reduz a sua sobrelotação”;
- “Criar equipas de enfermagem “flutuantes” (equipas flexíveis preparadas para dar resposta às necessidades quer dos SUs quer dos internamentos) reduz a sobrelotação no SU”;
- “Ter Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica nos SUs reduz a sua sobrelotação.”;
- “Aumentar as competências da equipa de enfermagem (para a solicitação de ECD e administração de analgesia), reduz a sobrelotação nos SUs”;
- “Melhorar os processos administrativos facilita o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação no SU”;
- “Utilizar testes rápidos, como avaliação de troponinas, INR ou sedimentos urinários, melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação no SU”.

Todas estas estratégias foram apresentadas nas duas rondas de questionários, sem capacidade de obter qualquer consenso acerca das mesmas. Assim, e segundo Scarparo *et al.* (2012), a probabilidade de atingir uma convergência de opiniões acerca das estratégias acaba por ser quase nula, não havendo necessidade de prosseguir com mais rondas em busca de consenso.

4.2.1 Caracterização da amostra na segunda ronda de questionários.

A segunda ronda de questionários contou com 22 peritos (verificando-se um decréscimo na participação inferior a 30%), com idades variáveis entre os 31 e os 55 anos, tendo em média 41 anos. A representatividade ao nível do sexo foi de 64% (14 peritos) do sexo feminino e 36% (8 peritos) do sexo masculino.

Ao nível da experiência profissional, estes possuíam em média, um tempo total de exercício de 18,5 anos e, em média, o tempo de exercício de funções em contexto de SU foi de 13,9 anos.

Todos os 22 participantes exercem funções de chefia / coordenação de equipas e/ou serviço, e são detentores de Mestrado e/ou Especialidade em Enfermagem, sendo que 77% pertencem à Enfermagem Médico-Cirúrgica (17 peritos), 9% à Enfermagem de Reabilitação (2 peritos) e 14% a outras áreas da Enfermagem (3 peritos).

Quanto à área de abrangência geográfica do estudo, verificou-se que as instituições onde os peritos exercem funções foi mais expressiva ao nível da ARS de LVT, contando com 73% das participações entre seis instituições diferentes - CHMT, CHLeiria, CHO, HDSantarém, CHLN, CHBM; e da ARS do Centro com 18% das participações entre três instituições diferentes –ULS da Guarda, CHBV, CHUC. Contou ainda, em menor expressividade, com a participação em 5% do CHSJoão que pertence à ARS do Norte, e com a participação também em 5% do CHUAlgarve que pertence à ARS do Algarve.

5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Nesta fase do estudo, é realizada uma análise dos resultados obtidos nas duas rondas de questionários, tendo em conta a revisão da literatura realizada previamente. Deste modo, pretende-se confrontar a opinião dos peritos com os achados dos estudos já realizados sobre o tema. Com o intuito de facilitar a análise, a discussão de resultados é feita através do agrupamento das estratégias em validadas ou não validadas.

5.1 ESTRATÉGIAS VALIDADAS

A estratégia “**criação de unidades de decisão clínica**”, foi validada com um consenso de 76% (22 em 29 peritos) na primeira ronda. Perante a perspectiva de autores como Mason *et al.* (2016), Chan *et al.* (2015), Elder *et al.* (2015), Hillman & Forero (2008), Schneider *et al.* (2001), a criação de unidades de decisão clínica melhora eficazmente a circulação de doentes, permite uma abordagem mais próxima e individualizada acabando consequentemente por reduzir a sobrelotação no SU.

Contudo, Chan *et al.* (2015) alerta para que os resultados favoráveis desta medida podem dever-se apenas ao aumento do número de camas disponíveis pelo que há necessidade de incorporar protocolos e planos de cuidados e de adequar a equipa, de modo a evitar aumentos dos tempos de permanência em internamento.

A “**criação de equipas de avaliação rápida**”, obteve um consenso de 86% (25 em 29 peritos) na primeira ronda. Estas equipas são constituídas por médicos e enfermeiros que se dedicam à avaliação de doentes com determinados critérios. McHugh *et al.* (2013) e Crawford *et al.* (2014) defendem que com a criação destas equipas pretende-se agilizar as abordagens, antecipar as intervenções, reduzir tempos de permanência no SU e reduzir o número de utentes que abandonam os serviços sem ser observados.

Em Portugal, já existem orientações da DGS que valorizam e incentivam a criação destas equipas para agilizar atendimentos a situações de maior gravidade, no entanto, estas não têm uma vertente de obrigatoriedade. Na Norma nº002/2018 de 09/01/2018 acerca dos Sistemas de Triagem dos SUs e Referenciação Interna Imediata, verifica-se a referência às vias verdes do trauma, do acidente vascular cerebral, da sépsis, e a coronária. Ao consultar as já emitidas Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO acerca dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, Norma nº 010/2016 acerca da Via Verde

da Sepsis e Norma 015/2017 acerca da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral verifica-se em todas elas que é um requisito essencial ter uma equipa, composta por médico(s) e enfermeiro(s), capacitada e dedicada para estas situações de doentes críticos, em prol de melhores respostas de saúde.

“Criar áreas dentro do SU para avaliação rápida dos doentes de baixa gravidade”, foi uma estratégia que apresentou um consenso de 93% (27 em 29 peritos) na primeira ronda. Estes resultados estão em acordo com autores como Jarvis (2016), Sayah *et al.* (2016), Chan *et al.* (2015), Crawford *et al.* (2014) e Scrofine & Fitzsimons (2011), que defendem que a segregação destes doentes específicos em áreas separadas de doentes com necessidades mais complexas, dotados de equipas dedicadas, melhoram o fluxo e satisfazem os doentes.

Recorrendo aos dados disponíveis no site de Monitorização do SNS, é possível verificar que a percentagem de atendimentos no SU de doentes com prioridade verde/azul/branca, ou seja, com baixa gravidade, foi de 41.1% do total de atendimentos no mês de outubro de 2017 (dados mais recentes disponíveis). Isto permite inferir que a agilização da observação desta tipologia de doentes interfere com cerca de 40% dos doentes que recorrem às urgências, tendo à priori um impacto significativo sobre a sobrelotação no SU.

Jarvis (2016), Chan *et al.* (2015), Crawford *et al.* (2014) e Scrofine & Fitzsimons (2011), apontam notórios benefícios ao nível da redução nos tempos de permanência no SU, da redução nos tempos de espera até à observação, e da redução da taxa de doentes que abandonam o serviço sem ser observados.

“Criar áreas dentro do SU para avaliação rápida dos doentes de média gravidade”, também obteve consenso na ordem dos 76% (22 em 29 peritos) na primeira ronda. De acordo com Soremekun *et al.* (2014), este grupo de doentes apresentam maiores tempos de espera e maiores probabilidades de abandono, pelo que uma área exclusiva para estes doentes permite reduzir a variabilidade do tempo.



Figura 1: Tipologia dos atendimentos segundo TM

Fonte: <http://monitorizacao.acss.min-saude.pt>

Examinando os dados apresentados no site de Monitorização do SNS é possível identificar uma percentagem muito relevante de doentes de média gravidade que recorrem ao SU (47.68% no mês de outubro de 2017 – **Figura 1**), pelo que uma área exclusiva para esta tipologia de doentes poderia ter utilidade na redução dos seus períodos de permanência e consequentemente, na redução da sobrelotação.

“Criar protocolos institucionais que definam critérios de internamento em cada especialidade ou em enfermarias de curta duração” foi uma estratégia validada com um consenso de 83% (24 em 29 peritos), e **“criar protocolos institucionais para agilizar transferências”**, obteve um consenso de 97% (28 em 29 peritos), ambas na primeira ronda. A criação deste tipo de protocolos é defendida por Sullivan *et al.* (2014), Rabin *et al.* (2012) e Hillman & Forero (2008), como uma forma de envolver todo o hospital no processo de resolução da problemática da sobrelotação.

Sullivan *et al.* (2014) expõem que um dos principais problemas para o atraso das transferências entre SUs e serviços de internamento devem-se a processos de admissão ineficientes, referenciados pelas equipas dos internamentos que não dão prioridade às tarefas e má coordenação na gestão de camas com tempos de transferência prolongados.

Handel *et al.* (2010) referem que muitos serviços têm por base uma cultura individualizada que os leva a agir em seu próprio interesse, o que pode resultar num constante atraso de transferências, devido a uma perspetiva de “nós contra eles” para com o SU. A criação de protocolos que explicitem os critérios específicos, bem como as condições para admissão em determinado serviço (quer seja enfermaria, quer seja unidade de curta duração), envolve os profissionais de todos os serviços, são uma salvaguarda para as tomadas de decisão e permite a agilização das transferências (Rabin *et al.*, 2012). Com esta medida, Sullivan *et al.* (2014) apresentaram uma redução de aproximadamente 30% na média de tempo que os doentes despendem no SU até serem admitidos em contextos de internamento.

A **“existência de um protocolo institucional de sobrelotação, que é ativado nestas situações”**, obteve um consenso de 90% (26 em 29 peritos) na primeira ronda. Esta é defendida por Moskop *et al.* (2009) como uma forma de retirar doentes a aguardar vaga para os serviços de internamento dos SUs sobrelotados. Assim, estes protocolos permitem aliviar a sobrecarga do SU e retirar os doentes de áreas consideradas pouco seguras.

No entanto, este tipo de protocolo não resolve a problemática da sobrelotação, apenas surge como uma ferramenta útil para gerir crises maiores, obrigando à envolvimento de todo o hospital.

O **“reajuste no agendamento das admissões eletivas”**, alcançou um consenso de 76% (22 em 29 peritos) na primeira ronda. Rabin *et al.* (2012), Soremekun *et al.* (2011), Moskop *et al.* (2009) e Vonderen, (2008) defendem que a programação das admissões eletivas, quer sejam para procedimentos quer sejam para cirurgias, devem ser sempre ajustadas às realidades desses hospitais. Isto é, define-se o número de internamentos eletivos tendo por base o histórico das necessidades de internamento provenientes da urgência, o que permite aliviar a previsível escassez de camas que iria resultar na sobrelotação do SU (Moskop *et al.*, 2009).

A estratégia **“criar uma equipa de coordenação de cuidados para identificar, tratar, facilitar a alta em segurança e evitar readmissões em doentes de elevado risco”**, obteve um consenso de 93% (27 em 29 peritos) na primeira ronda e é defendida por Hillman & Forero (2008) e por Crawford *et al.* (2014). A criação desta equipa multidisciplinar promove a prestação de cuidados médicos especializados, centrados no doente, integrando recursos hospitalares e da comunidade, conduzindo a uma nova abordagem da gestão de doentes.

Crawford *et al.* (2014) relatam um elevado grau de satisfação da equipa e doentes, bem como uma prestação de serviços de qualidade. Para os SUs, apresentaram resultados positivos na medida em que se verificou uma redução significativa do número de admissões dos doentes que recorriam frequentemente ao SU, bem como a manutenção do número de doentes internados perante um aumento do número de admissões no SU.

No nosso país, foi recentemente implementado um projeto com este tipo de bases, pelo Hospital Garcia de Orta, denominado de **“Projeto High Users”**. Este projeto visa identificar utilizadores frequentes do SU e estabelecer através de uma parceria multidisciplinar entre o hospital e os CSP um plano de assistência que envolve as equipas domiciliárias dos CSP e da Segurança Social. Segundo a instituição, esta medida já representou uma redução de 56% as admissões no SU por estes utilizadores.

“Agilizar as observações por outras especialidades”, apresentou um consenso de 90% (26 em 29 peritos) na primeira ronda, acabando por ser um reflexo da perceção da equipa

na demora, por vezes existente, da reavaliação dos doentes por outras especialidades. Esta estratégia referida por McHugh *et al.* (2013) foi exposta com algumas dificuldades na sua execução necessitando de ajuste ao longo do período experimental. No entanto, é referida pelos profissionais como uma estratégia com potencial para melhorias significativas no fluxo de doentes.

A estratégia “**criar a figura do enfermeiro coordenador de vagas**”, foi validada com um consenso de 86% (25 em 29 peritos) na primeira ronda. É uma estratégia amplamente defendida na bibliografia por Mason *et al.* (2016), Chan *et al.* (2015), Sullivan *et al.* (2014), Healy-Rodriguez *et al.* (2014), McHugh *et al.* (2013), Rabin *et al.* (2012), Moskop *et al.* (2009), Hillman & Forero (2008) e Vonderer (2008), como eficaz na melhoria do fluxo de doentes no SU.

Nesta vertente existe um enfermeiro que trabalha lado a lado com as equipas multidisciplinares da urgência e dos internamentos, monitorizado a disponibilidade das vagas, priorizando a alocação de doentes com base nas admissões e perspectivas de alta e precavendo o encerramento de camas por situações de isolamento (Healy-Rodriguez *et al.*, 2014).

O enfermeiro é um elemento de referência com capacidade reconhecida para fazer este papel de gestor, pois é reconhecida a sua capacidade de colaboração dentro da equipa multidisciplinar, a sua capacidade de comunicação com os outros profissionais, o conhecimento acerca dos cuidados de enfermagem e as suas capacidades de supervisão. Este elemento funciona como uma ponte entre todo o hospital, reduzindo a mentalidade de “SU contra internamento” (Healy-Rodriguez *et al.*, 2014).

Healy-Rodriguez *et al.* (2014), focaram-se essencialmente nos detalhes desta estratégia para atingir resultados, que não só reduziram os tempos de espera por vagas no internamento, mas também se revelaram eficazes na diminuição dos tempos de permanência no SU, bem como os tempos de internamento.

No estudo desenvolvido por McHugh *et al.* (2013), valoriza-se o facto de a função de coordenador de vagas não se limitar apenas à gestão das camas de cada hospital. Esta gestão deve incluir também a coordenação e comunicação das taxas de ocupação entre as instituições dentro do sistema, permitindo equacionar transferências de doentes consoante

necessidade. Deste modo, apresentam-se melhorias significativas na redução dos tempos de permanência no SU e redução do número de doentes que abandonam o serviço.

Este tipo de coordenação já existe em algumas instituições de Portugal, como no Hospital Beatriz Ângelo – Loures, no entanto não se encontra difundida.

“Agilizar os tempos de resposta dos testes laboratoriais e de imagiologia”, obteve um consenso de 86% (25 em 29 peritos) na primeira ronda. Apesar de ser uma estratégia externa ao SU, os tempos de resposta dos testes laboratoriais e de imagiologia têm grande impacto nos tempos de permanência, pelo que a agilização destes é defendida por Paul & Lin (2012), Scrofine & Fitzsimons (2011) e Hillman & Forero (2008), como eficaz na redução dos tempos de permanência no SU, melhoria do fluxo de doentes e consequentemente redução da sobrelotação.

“Criar zonas de preparação para a alta”, apresentou um consenso de 79% (23 em 29 peritos) na primeira ronda. Desta forma, os peritos reconhecem que, muitas vezes, existem doentes, já sem necessidade de cuidados agudos, que ocupam camas necessárias para outros devido a questões não clínicas.

A criação de zonas de alta são uma estratégia apontada por Chan *et al.* (2015), Rabin *et al.* (2012), Moskop *et al.* (2009) e Hillman & Forero (2008), como uma forma de permitir uma maior flexibilidade e rotatividade nas camas existentes, melhorar o fluxo de doentes, de modo a este processo não ser atrasado por transportes morosos ou documentos administrativos.

“Planear e antecipar altas em doentes de baixo risco”, apresentou um consenso de 83% (24 em 29 peritos) na primeira ronda. Esta estratégia também denominada por Chan *et al.* (2015) e Rabin *et al.* (2012), como “triagem reversa”, permite selecionar doentes de baixo risco, quase totalmente recuperados e antecipar a sua alta. Este procedimento, inicialmente descrito para situações de desastre, garante aos hospitais uma gestão segura da capacidade hospitalar.

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) no Relatório Anual de acesso aos cuidados de saúde de 2016 valoriza estratégias já implementadas em alguns hospitais do país que revelam eficiência da gestão do internamento, como por exemplo, a prestação de cuidados em contexto domiciliário a doentes em fase aguda pelas equipas hospitalares, ou transferência destes cuidados para as equipas de CSP sempre que haja uma redução

das necessidades dos cuidados. Isto permite abreviar tempos de internamento, reduzir infeções nosocomiais e garantir uma continuidade de cuidados (ACSS, 2017).

O “**planear precocemente a alta, em articulação com assistentes sociais e pessoa responsável pelo doente**”, obteve um consenso de 90% (26 em 29 peritos) na primeira ronda, fruto da perceção dos profissionais que muitas vezes, a efetiva preparação antecipada da alta, com todos os elementos da equipa multidisciplinar, não é adequadamente realizada. O que se reflete posteriormente, no atraso do seu processamento.

Sullivan *et al.* (2014), Rabin *et al.* (2012) e Hillman & Forero (2008), defendem uma estratégia de adequado planeamento da alta hospitalar, envolvendo a equipa multidisciplinar e pessoa de referência desde a admissão, quer em contexto de internamento, quer em contexto de urgência.

Também a DGS justifica que “um bom planeamento das altas hospitalares é fundamental, não somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade” (DGS, 2004, p.2). Intensifica a ideia da complexidade exigida neste planeamento, que obriga a uma efetiva comunicação entre a equipa multidisciplinar, o doente e a sua família, por forma a clarificar as suas condições socioeconómicas e garantir os apoios necessários ao nível dos cuidados e serviços oferecidos na comunidade.

“**Estabelecer equipas médicas inteiramente dedicadas aos SUs**” foi validada pelos peritos com um consenso de 91% (20 em 22 peritos) na segunda ronda. Esta estratégia foi introduzida fruto das sugestões dos participantes na primeira ronda, obtendo uma aprovação imediata na segunda ronda, que foi a sua primeira exposição.

O relatório da DGS acerca da Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, (2012) defende a implementação de um modelo de organização dos recursos humanos no SU vulgarmente designado por “urgência fixa”. Este modelo, define que a totalidade ou maioria dos médicos exerçam a sua atividade exclusivamente no SU, permitindo aos serviços ter uma equipa com vocação e competência para esta prática clínica.

Os recursos humanos médicos tornam-se numa preocupação central do atendimento no SU à medida em que aumenta a consciência e que surge evidência da importância do tempo numa resposta terapêutica adequada. Com o estabelecimento de uma equipa

médica dedicada é possível aos SUs ter autonomia e estruturar objetivos claros a nível organizacional.

O relatório da Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012), apresenta ainda este tipo de modelo organizacional exclusivo, como promissor na redução de custos com recursos humanos, uma vez que permitiria reduzir o trabalho extraordinário.

A “**introdução de indicadores clínicos de qualidade pelas entidades governamentais**” foi validada pelos peritos com um consenso de 82% (18 em 22 peritos) na segunda ronda. Para Chan *et al.* (2015), esta é uma forma de impor aos administradores hospitalares soluções para enfrentar a sobrelotação que tem sido tratada levemente, de modo a não comprometer lucros hospitalares.

Perante a revisão realizada foi possível vislumbrar que muitas das estratégias surgiram posteriormente à implementação de objetivos para os SUs e hospitais, por parte de entidades governamentais. Isto significava que associado ao cumprimento de alguns indicadores clínicos, os hospitais eram compensados financeiramente, servindo assim de estímulo para a melhoria do atendimento no SU e resolução dos seus problemas.

Em Portugal, este ano 2018, foram introduzidos indicadores para calcular o índice de desempenho dos SUs, que interferem com a componente financeira. No documento emitido pela ACSS dos Termos de Referência para a Contratualização dos Cuidados de Saúde no SNS para 2018 foi introduzida uma componente dependente da avaliação do desempenho para o pagamento aos SUs, estabelecida em 5% dos valores médios expectáveis para cada tipologia de SU. Esta avaliação baseia-se em diferentes indicadores, tais como: (1) percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem; (2) peso dos episódios de urgência com prioridade atribuída verde/azul/branca; (3) peso dos episódios de urgência com internamento; (4) peso dos utilizadores frequentes, entenda-se com mais de quatro episódios, no total de utilizadores do SU; (5) rácio entre consultas externas / episódios de urgência.

Neste documento também se referem indicadores de acesso e desempenho assistencial que passam a ser monitorizados, tais como: (1) tempo de permanência após a primeira observação médica até à alta para o ambulatório; (2) tempo de permanência após a primeira observação médica até à alta para o internamento; (3) taxa de abandono do SU

por prioridade de cor de triagem; (4) taxa de doentes que permanecem no SU por período superior a seis horas. O objetivo inferido pela ACSS (2017, p.35) é que

“o financiamento dos serviços que compõem a Rede de Urgência e Emergência seja um fator indutor do reforço da articulação e da coordenação entre as entidades prestadoras de cuidados de saúde no SNS, no sentido de assegurar uma resposta adequada e atempada à população, valorizando a qualidade dos serviços prestados e dos resultados alcançados”.

A introdução destes indicadores foi uma inovação para o SNS que surgiu durante a elaboração deste estudo, manifestando assim, em conformidade com a opinião dos peritos, que o estabelecimento de indicadores clínicos de qualidade podem ser grandes impulsionadores para a melhoria dos cuidados prestados nos SUs.

O **“aumento do número de camas de internamento”** foi uma estratégia validada pelos peritos com um consenso de 77% (17 em 22 peritos) na segunda ronda. Indo ao encontro da revisão realizada, atribui-se ao insuficiente número de camas hospitalares, o principal fator de sobrelotação no SU, pela permanência no SU de doentes que necessitam de cuidados em unidades de internamento mas que não têm camas disponíveis dentro de um prazo razoável (Mason *et al.*, 2016; Elder *et al.*, 2015; Hillman & Forero, 2008).

De acordo com o Relatório anual de acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas de 2016 (publicado em agosto de 2017), é possível verificar um decréscimo do número de camas hospitalares do SNS nos últimos anos - retrocedendo cinco anos verifica-se que em 2011 estavam disponíveis 22 299 camas e em 2016 estavam disponíveis 21 384 – representando um decréscimo de 4%, ou seja, 915 camas. Recorrendo a dados recentes do *Eurostat* (publicados em novembro de 2017), verifica-se que em relação a 2015, Portugal tinha 340.05 camas hospitalares por 100 000 habitantes e a média dos 28 países da EU era de 514.54 – o que representa uma discrepância de 34% na oferta de camas hospitalares.

Hillman & Forero (2008), alegam que as instituições têm vindo a ser pressionadas a reduzir o número de camas hospitalares para aumentar taxas de ocupação e melhorar a eficiência operacional. No entanto, isto pode ter um efeito negativo que só pode ser compensado com o ajuste às necessidades, e segundo os autores, este ajuste é feito, mantendo taxas de ocupação não superiores a 85%.

Recorrendo à plataforma Transparência do SNS e limitando a pesquisa ao ano de 2016 e às instituições pertencentes à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, verifica-se uma média de anual ocupação de 90,51%, havendo instituições que apresentam a média anual superior a 100%. Estes dados refletem a necessidade de ajuste da oferta revelada também na opinião dos peritos ao validar esta estratégia.

“Alocar um enfermeiro à sala de espera dos doentes para apoiar a triagem, reavaliar, monitorizar e iniciar protocolos de analgesia e exames complementares” foi validada pelos peritos com um consenso de 82% (18 em 22 peritos) na segunda ronda. De acordo com Crawford *et al.* (2014) aos períodos de maior afluência estão associados aumentos de trabalho na triagem e aumentos dos tempos de espera, com consequente deterioração da condição clínica dos doentes em espera. Esta também é uma realidade no nosso país, percecionada pelos peritos, levando a alguns comentários destacando a estratégia como fundamental para a segurança dos doentes.

Pines & Griffey (2015) referem mesmo que algumas mortes nas salas de espera são diretamente causadas pela sobrelotação, uma vez que os doentes agravam o seu estado clínico em consequência do atraso dos cuidados. A introdução de um enfermeiro na sala de espera dá uma maior segurança aos doentes que ali aguardam, permite monitorizar os doentes e as suas condições clínicas, iniciar protocolos, facilitando todo o processo do atendimento.

“Dar aos enfermeiros a autoridade para admitir os doentes internados nas enfermarias” foi validada pelos peritos com um consenso de 77% (17 em 22 peritos) na segunda ronda. Esta estratégia é percecionada pelos peritos como útil devido à prolongada permanência dos doentes, em contexto de SU, mas já com perspectiva de internamento. De facto, por vezes os doentes permanecem no SU pelos condicionamentos da comunicação entre os serviços, que são maioritariamente assumidos pela equipa médica (ou seja, apesar de se saber que o doente aguarda vaga para o internamento, este só é efetivamente transferido aquando da permissão médica).

Mason *et al.* (2016) destaca este tipo de intervenção como benéfica, mas salvaguarda que esta realizada de modo isolado, pode não obter efeitos significativos, realçando a necessidade de melhorar a comunicação entre serviços e criar protocolos. Ou seja, a implementação de intervenções que agilizem os processos de admissão nos serviços de internamento, geridas por enfermeiros, aquando da presença de vagas, baseados em

protocolos previamente acordados, permite melhorar o fluxo de doentes e reduzir a sobrelotação no SU.

“Criar modelos preditivos baseados nos dados históricos que possibilitem o ajuste de recursos às necessidades” foi validada pelos peritos com um consenso de 91% (20 em 22 peritos) na segunda ronda. Apesar da variabilidade do afluxo de doentes ao SU ser reconhecida como imprevisível, existe um padrão variável consistente com as horas e os dias da semana, que é reconhecido pelos peritos na perspectiva de ajustar os recursos existentes às variações expectáveis.

Soremekun *et al.* (2011) defende a criação deste tipo de modelos preditivos, baseados nos dados históricos como forma de otimizar os processos de gestão do SU. No entanto, ressalva que a criação deste tipo de modelos pode apresentar erros de previsão que obrigam os serviços a criar flexibilidade. Esta flexibilidade baseia-se por exemplo, na capacidade dos serviços em reforçarem as equipas perante um afluxo superior ao esperado. Perante uma constante necessidade de reforçar as equipas é necessário ajustar o modelo preditivo.

“Estabelecer horários e objetivos para escoar doentes”, obteve um consenso de 77% (17 em 22 peritos) na segunda ronda. O estudo realizado por Khanna *et al.* (2016), baseado numa simulação, defende que uma das formas mais eficazes de manter os SU não lotados é ter objetivos e horários para escoar doentes. Nesta simulação, foram melhorados os tempos de permanência no SU em 16% e os tempos de espera para internamento em 25% perante o objetivo de escoar 80% dos doentes às 11h.

Esta obrigatoriedade de avaliação dos doentes, permite uma libertação atempada do SU, maximiza a comunicação entre os profissionais e acautelam estratégias dos profissionais, como manter os doentes mais uma noite, em prol de adiar decisões (Khanna *et al.*, 2016).

5.2 ESTRATÉGIAS NÃO VALIDADAS

No decurso das duas rondas de questionários verificou-se que os peritos descartaram completamente três estratégias como válidas perante a realidade que conhecem. Houve uma concordância negativa, ou seja, uma percentagem superior a 75% que demonstra uma opinião de ineficácia das estratégias.

“**Realização de triagem de Manchester pelos médicos**”, foi uma estratégia considerada de todo ineficaz para ultrapassar o problema da sobrelotação no SU pelos peritos, com um consenso de 90% (26 em 29 peritos) na primeira ronda. Esta conclusão vai ao encontro das conclusões do estudo de Sayah *et al.* (2016), apesar de outros autores como Jarvis (2016) e Elder *et al.* (2015) identificarem esta estratégia como eficaz.

Pelos SUs do nosso país, a Triagem de *Manchester* (TM) é realizada pela equipa de enfermagem, isto acontece em parte, pela desvinculação existente da equipa médica àquele serviço. A legislação existente que regulamenta as escalas médicas, as assimetrias na possibilidade de contratação destes profissionais e a inexistência de uma carreira específica na área de urgência e emergência afasta os médicos deste serviço (Machado, 2008).

É neste ponto que a realidade do SNS pode tornar estratégias consideradas válidas noutros contextos, impraticáveis no nosso país – se os médicos não dedicam o seu dia a dia ao SU é mais complicado terem a formação e o treino exigido para realizarem TM. Para além disso, como refere Machado (2008, p.21) “a triagem corresponde a uma hierarquização de atendimento, elevando os parâmetros da equidade no acesso a cuidados, a níveis muito elevados; não se trata de fazer um diagnóstico à entrada do serviço de urgência”.

“**Alocar camas aos corredores do SU**”, é considerada uma estratégia de todo ineficaz pelos peritos, com um consenso de 100% (29 em 29 peritos) na primeira ronda, reflexo da constante sobrelotação no SU e sobrecarga da equipa de enfermagem. Mason *et al.* (2016) também descarta esta estratégia pois verifica que o aumento do número de camas no SU está associado ao aumento do número de doentes internados, o que aumentaria a problemática da sobrelotação.

A estratégia “**expansão do SU**”, também foi considerada ineficaz, com um consenso de 95% (21 em 22 peritos) na segunda ronda. Isoladamente, esta não é uma adequada solução para a sobrelotação. Sayah *et al.* (2016) e Mumma *et al.* (2014) referem mesmo que, associada à expansão do SU, normalmente verificam-se aumentos dos tempos médios para observação, de permanência e taxas de abandono. Indo ao encontro desta perspetiva, os peritos acreditam que claramente o espaço físico e os recursos utilizados são importantes, mas a adequada solução integra a melhoria do fluxo de doentes.

Também como estratégias ineficazes, perceptíveis pela incapacidade de obter consenso entre os peritos, identificam-se 12 estratégias. **“A introdução de objetivos quanto ao tempo de permanência dos doentes no SU pelas entidades governamentais”** foi mencionada por Chan *et al.* (2015) e Sullivan *et al.* (2014) como impulsionadoras de reformas hospitalares em prol de atingir os objetivos. No entanto, a nível internacional não deixa de ser uma estratégia controversa pela possibilidade de comprometer os cuidados. Em Inglaterra, onde esta estratégia foi pioneira, já se optou pela sua substituição. A introdução de indicadores de qualidade como impulsionadores das reformas tem melhor aceitação – indo de encontro à opinião demonstrada pelos peritos.

“Desviar ambulâncias para outras instituições” e **“desviar doentes que recorrem pelos próprios meios, para outras instituições”**; também se podem revelar estratégias incoerentes. Como é perceptível em toda a bibliografia consultada, a problemática da sobrelotação não diz respeito a um número residual de instituições, ou seja, é um problema generalizado em todas as instituições. Isto significa que o facto de “empurrar” os doentes para os SUs vizinhos, não resolve a base do problema dentro da instituição, podendo apenas prejudicar os doentes que necessitam de cuidados, bem como os outros SUs que têm de gerir o aumento da procura.

“Alterar os processos de admissão no SU através da alocação imediata do doente à zona de tratamento e posterior registo” ou **“melhorar os processos administrativos”** não foram validadas pois podem não ser estratégias adequadas à realidade do nosso país. Ao contrário de instituições a nível mundial que ainda recorrem aos formulários em formato de papel para admitir doentes e solicitar tratamentos, em Portugal, os sistemas informáticos estão amplamente difundidos e são uma ferramenta que permite agilizar o processo de admissão numa instituição. Para além disso, a TM é uma ferramenta essencial para determinar qual a melhor zona do SU para prestar cuidados perante a situação clínica apresentada. Assim, considera-se que a utilização de estratégias que alocariam de imediato os doentes a áreas de tratamento poderiam ter mais efeitos negativos que o modelo de fluxo em vigor.

Também **“alocar camas aos corredores das enfermarias”** isoladamente não comporta efeito positivos na sobrelotação do SU. Esta é uma estratégia que se encontra incorporada na criação de protocolos de sobrelotação, e se por sistema já existirem camas nos corredores das enfermarias, o que representa logo à priori um número inadequado de

camas de internamento, perde-se a capacidade de flexibilização de camas dentro da instituição. Ou seja, pontualmente podem existir camas nos corredores das enfermarias ao abrigo de protocolos de sobrelotação, mas esta não deve ser uma realidade diária.

“Aumentar o número de médicos” e **“aumentar o número de enfermeiros”** são estratégias que devem ser contextualizadas. Perante SUs com recursos humanos insuficientes para a população que abrange, há necessidade de reajustar as equipas o que consequentemente obriga à contratação de profissionais. Mas em SUs cujo o número de profissionais está adequado, tendo em conta em dotações seguras apresentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), a problemática não se limita à quantidade de profissionais, podendo haver necessidade de educar os profissionais para práticas mais eficientes nos cuidados prestados.

Soremekun *et al.* (2011), descrevem uma variabilidade individual nas práticas de prestação de cuidados nos SUs, perante queixas semelhantes, que se refletem num maior ou menor consumo de recursos. Assumindo que a qualidade dos cuidados é equivalente, o facto de reduzir a sua variabilidade, por exemplo, ao realizar menos ECD, vai permitir libertar antecipadamente os profissionais e até reduzir os tempos de permanência no SU. Ou seja, não basta aumentar o número de profissionais, mas também se deve procurar a eficiência com os recursos existentes.

“Criar equipas de enfermagem “flutuantes”” pode parecer à primeira vista uma estratégia atraente na gestão da sobrelotação, no entanto, pode ir contra as boas práticas defendida pela OE que valoriza o processo de integração dos enfermeiros nos serviços onde estes desenvolvem a sua atividade. A política de formação contínua de enfermeiros exige a existência de planos de integração no serviço, para a OE (2013, p.1) a integração é uma necessidade básica da organização, cujo “objetivo principal é o adequado ajustamento dos profissionais à instituição, tendo em conta tanto os objetivos pessoais como os institucionais”.

“Ter Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica nos SUs” não obteve consenso como estratégia eficaz na redução da sobrelotação. Os peritos consideraram que o tipo de formação dos profissionais pode não ter tanto peso quanto à implementação de outras estratégias. Contudo, o despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto estabelece que ao nível dos recursos humanos, 50% dos enfermeiros que exerçam

funções num SU devem ter “competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica, atribuída pela OE” (2014, p.20677).

Esta foi também uma estratégia identificada na literatura que poderia ser interpretada de acordo com diferentes contextos. Em Portugal, apesar deste tipo de profissionais serem vistos como uma mais valia para os serviços na prestação de cuidados de enfermagem, não têm um aumento de competências ao nível da prescrição, por exemplo. O mesmo não acontece em Inglaterra ou Austrália, onde este tipo de profissionais (designados por “*emergency nurse practitioners*”) têm autonomia para solicitar ECD, prescrever terapêutica ou mesmo realizar procedimentos simples como suturar (Chan *et al.*, 2015).

“**Aumentar as competências da equipa de enfermagem**” mereceu uma atitude reticente por parte dos peritos. Remetendo para um passado recente, em que se iniciou a implementação de algoritmos para solicitar ECD (ECG ou raio-x) no momento da TM pelos enfermeiros, muitas foram as vozes controversas, quer dentro da enfermagem quer pela classe médica.

Apesar desta estratégia ser defendida como eficaz por diversos investigadores como Elder *et al.* (2015), Douma *et al.* (2016) e Crawford *et al.* (2014), estes ressaltam que há necessidade de uma cooperação interdisciplinar e que a sua implementação aumenta a carga de trabalho para uma equipa de enfermagem já saturada.

A estratégia “**utilizar testes rápidos no SU**” poderia agilizar a obtenção de resultados, no entanto, esta pode ser encarada como uma estratégia que volta a sobrecarregar a equipa de enfermagem, com efeito limitado (não existem testes rápidos para muitas das análises clínicas solicitadas). Assim, os peritos valorizaram os benefícios da redução dos tempos de resposta dos testes laboratoriais (com 86% de concordância na primeira ronda) mas tiveram dúvidas quanto à utilização dos testes rápidos.

6 CONCLUSÃO

Os SUs são a principal porta de acesso aos cuidados de saúde, pelo que a sua disponibilidade influencia a capacidade de resposta para quem os procura. O reconhecimento da sobrelotação como um problema fulcral é o primeiro passo para uma discussão que pretende melhorar os cuidados prestados.

Entende-se por sobrelotação, a inadequação de recursos disponíveis à procura dos serviços, e que acarreta efeitos negativos para todos os envolvidos – doentes, familiares, profissionais de saúde, instituições. Reconhecendo esta realidade como um problema presente nos SUs portugueses, a elaboração desta dissertação torna-se um contributo para a reflexão, clarificação da problemática e identificação de estratégias que apoiam à sua resolução.

Sendo os enfermeiros os profissionais de saúde mais habilitados, que se encontram a desenvolver a sua atividade de forma exclusiva ao SU, são estes profissionais que todos os dias vivem e possuem consciência do cerne do problema.

Para desenvolver esta investigação foi necessário em primeiro lugar identificar estratégias utilizadas e consideradas válidas em contexto internacional. Para isso, realizou-se uma revisão integrativa da literatura que permitiu identificar ao todo 36 estratégias com potencial para melhorar o problema. Reunida a informação acerca das estratégias, foi necessário recorrer aos enfermeiros, que desenvolvem a sua atividade diária no contexto de urgência e emergência e cujo desempenho é valorizado pelos serviços, ao terem funções de coordenação e/ou chefia de equipas, para recolher a sua opinião acerca da validade das estratégias para a sua realidade.

A metodologia utilizada foi a técnica de *Delphi*, pois esta tem elevado potencial para o desenvolvimento de pesquisas quantitativas, quando se pretende estabelecer consensos, perspetivas e ideias qualificadas. Assim, foi fundamental recorrer a um painel de enfermeiros peritos, para validar as estratégias que se adequam à sua realidade. Para isto foram necessárias duas rondas de questionários, em que os enfermeiros atribuíam um grau de concordância às estratégias, de um a cinco, sendo que foi considerada como concordância positiva as classificações quatro e cinco. Para obterem validação da estratégia foi exigido uma percentagem de resposta superior a 75%.

Ao analisar os resultados obtidos nas duas rondas de questionários verificou-se que das 36 estratégias apresentadas, 21 foram validadas como potencialmente eficazes para a realidade portuguesa. Foi ainda incluída uma estratégia que surgiu das sugestões dos peritos que está diretamente relacionada com o contexto português, pelo que não adveio da revisão realizada. Assim totalizam-se 22 estratégias que, na opinião de profissionais que se encontram diariamente neste contexto, têm capacidade para reduzir a problemática da sobrelotação.

As estratégias consensuais foram: (1) a criação de unidades de decisão clínica; (2) a criação de equipas de avaliação rápida; (3) a criação de áreas dentro do SU para avaliação de doentes de baixa gravidade; (4) a criação de áreas dentro do SU para avaliação de doentes de média gravidade; (5) o desenvolvimento de protocolos institucionais que definam critérios de internamento; (6) o desenvolvimento de protocolos que permitam a agilização das transferências; (7) a implementação de protocolos de sobrelotação quando necessário; (8) o reajuste no agendamento das admissões eletivas; (9) criar equipas de coordenação de cuidados para facilitar a alta em segurança e evitar readmissões de doentes de elevado risco; (10) agilizar as observações por outras especialidades; (11) implementar a figura do enfermeiro coordenador de vagas; (12) agilizar os tempos de resposta dos testes laboratoriais e de imagiologia; (13) criar zonas de preparação para a alta; (14) planear e antecipar altas em doentes de baixo risco; (15) planear precocemente a alta, em articulação com assistentes sociais e pessoa responsável pelo doente; (16) estabelecer equipas médicas inteiramente dedicadas aos SUs; (17) a avaliação de indicadores clínicos de qualidade pelas entidades governamentais; (18) o aumento do número de camas de internamento; (19) alocar um enfermeiro à sala de espera dos doentes para apoiar a triagem, reavaliar, monitorizar e iniciar protocolos de analgesia e exames complementares; (20) dar aos enfermeiros a autoridade para admitir os doentes internados nas enfermarias; (21) criar modelos preditivos baseados nos dados históricos que permitam o ajuste de recursos; e (22) estabelecer horários e objetivos para escoar doentes.

Observando todas as estratégias aceites pelos peritos é válido inferir que a solução não pode passar única e exclusivamente pelo SU. Uma das ilações mais presentes na revisão da literatura é que a problemática da sobrelotação não é exclusiva do SU mas afeta todo o hospital. Assim, é imperativo que as soluções não envolvam apenas os SUs, mas que abranjam todos os serviços hospitalares. A sobrelotação não é um problema dos SUs, é um problema da instituição.

Este estudo pretende ser um primeiro passo para um período de mudança. Esta mudança que é exigida cada vez mais, não só por instituições internacionais que fomentam a qualidade dos cuidados como a OMS, por exemplo, mas também por clientes cada vez mais informados e exigentes, e prestadores que zelam pelos melhores cuidados.

Todos os SUs são diferentes e cada um tem a sua particularidade - os contextos em que estão inseridos diferem; a população que abrangem têm a sua especificidade; a política das instituições diverge; a organização dos serviços é exclusiva - o que pode significar diferenças de resultados na aplicabilidade das estratégias. Mas uma coisa é certa, os resultados só se obtêm do empenho de todos os profissionais dentro da instituição e nisso, os enfermeiros têm um papel fulcral.

Numa perspetiva futura, vislumbro aplicações para esta dissertação em diferentes domínios, com consciência de que ainda há muito a fazer em relação à problemática da sobrelotação. A nível prático, e confesso que este foi a minha maior motivação, pretendo fazer chegar as minhas conclusões aos decisores, a quem está à frente dos SUs do nosso país, para que possam refletir o leque de estratégias apontadas, a aplicabilidade nos seus serviços e verificar a melhoria dos cuidados prestados dentro das suas instituições. Partindo desta expectativa, considero também o contributo que esta dissertação pode vir a ter para posteriores investigações, principalmente como forma de fomentar mudanças. Realizar estudos que verifiquem o impacto de cada medida aplicada, pode atribuir (ou não) mais força a determinada estratégia, o que levará (ou não) à replicação da mesma por outras instituições. Ao nível do ensino, tendo em conta a gestão como parte integrante da formação dos Enfermeiros Especialistas, esta dissertação tem utilidade para despertar consciências para a problemática e servir de base impulsionadora para a mudança.

Assim, valorizando todo o empenho por mim investido, proponho-me a divulgar esta dissertação aos Enfermeiros Chefes de SUs que colaboraram comigo, e também junto da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Esta divulgação parece-me de extrema importância, pois esta comissão, criada através do Despacho nº13377/2011 tem como missão avaliar o estado de implementação da rede de urgências, propor alterações à rede e fazer sugestões para a sua evolução. Com o intuito de alcançar e sensibilizar mais profissionais na área, pretendo também fazer a apresentação destes resultados em congresso de Enfermagem e também através da sua publicação em revistas da área da saúde.

Uma das maiores dificuldades sentidas na realização do estudo foi a desmotivação refletida por parte dos profissionais dos SUs para o preenchimento dos questionários, uma vez que se encontravam numa época de grande sobrelotação nos seus serviços. Os questionários foram aplicados entre janeiro e fevereiro, altura crítica do pico da gripe, que conduziu SUs a situações severas de sobrelotação. A nível pessoal, senti dificuldade em definir objetivos temporais para as tarefas e em conjugar a vida profissional e pessoal, com a dedicação exigida para a elaboração da dissertação. Como limitações desta dissertação, identifico a impossibilidade de alcançar todas as instituições hospitalares e respetivos profissionais de referência.

Ainda há muito a fazer perante esta problemática, mas este trabalho é uma forma de impulsionar a reflexão e fomentar mudanças. A título de sugestão para novos trabalhos, reconheço a necessidade de definir quantitativamente a sobrelotação, o que permitiria uma identificação objetiva deste problema, fornecendo uma métrica que não difira de avaliador para avaliador. Já existem diversas escalas a nível internacional, e seria interessante verificar a sua adaptabilidade à realidade portuguesa. Assim, perante uma escala objetiva de sobrelotação, as instituições teriam de implementar estratégias, de acordo com a severidade da sobrelotação em causa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2017). *Monitorização do Serviço Nacional de saúde*. Acedido a 18 de Janeiro de 2018 em <http://monitorizacao.acss.min-saude.pt/monitormensal/groupprodracioseficiencia/prodracioseficiencia2017/prodracioseficiencia2017urgenciaHtml5.aspx>
- Administração Central do Sistema de Saúde (2017). *Relatório Anual de Acesso aos Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e Entidades convencionadas em 2016*. Ministério da Saúde. Acedido a 20 de Janeiro de 2018 em www.acss.min-saude.pt
- Administração Central do Sistema de Saúde (2017). *Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde para 2018*. Ministério da Saúde. Acedido a 18 de Janeiro de 2018 em www.acss.min-saude.pt
- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). *Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3061–3068. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Ahalt, V., Argon, N. T., Ziya, S., Strickler, J., & Mehrotra, A. (2016). Comparison of emergency department crowding scores: a discrete-event simulation approach. *Health Care Management Science*, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s10729-016-9385-z>
- Bellow, A. A., & Gillespie, G. L. (2014). The evolution of ED crowding. *Journal of Emergency Nursing*, 40(2), 153–160. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2013.01.013>
- 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*, 24, 74–77. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.05.004>
- Brazão, M., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23, 8–14. Acedido a 10 de Abril de 2017 em http://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf

- Castro, A., & Rezende, M. (2009). The Delphi Technique and its use in brazilian nursing research : bibliographical review. *Rev. Min.Enfermagem*, 13(3), 429–434.
- 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. <https://doi.org/10.12809/hkmj144399>
- Colégio da Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos (2016). *Comunicado do Colégio da Competência em Emergência Médica acerca da prestação de cuidados médicos no Serviço de Urgência*. Ordem dos Médicos. Publicado a 8 de dezembro de 2016. Acedido a 20 de janeiro de 2018 em <https://www.simedicos.pt/fotos/noticias/432a6a952.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lusodidacta.
- 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. *Collegian*, 21(4), 359–366. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.09.005>
- Davis, A., Gardner, L., Thomas, C. M., & Kellgren, M. (2012). Patricia Benner : Novice to Expert – A Concept Whose Time Has Come (Again) Be a Part of the OU Medical System Team Online RN-BSN Program. *Nursing Science Quarterly*, 30(4), 339–340. <https://doi.org/10.1177/0894318417708410>
- Despacho Normativo nº11/2002 de 6 de Março (2002). Reorganização da urgência hospitalar, integrada no âmbito das linhas gerais definidas para a reforma do Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República I Série-B*, nº55, 1865-1866
- Despacho nº10319/2014 de 11 de Agosto (2014). Definição da estrutura física, logística e de recursos humanos na Rede de Serviços de Urgência. Ministério da Saúde. *Diário da República 2ª Série*, nº153, 20673-20678;
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Planeamento da Alta do Doente com AVC*. Circular Informativa nº 12/DSPCS emitida a 19/04/2004. Acedido a 20 de janeiro de 2018

em www.dgs.pt;

Direção-Geral da Saúde (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO emitida a 31/03/2010. Acedido a 20 de janeiro de 2018 em www.dgs.pt;

Direção-Geral da Saúde (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência emitido a 10/02/2012. Acedido a 21 de janeiro de 2018 em www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde (2017). *Via Verde Sépsis no Adulto*. Norma nº 010/2016 emitida a 30/09/2016 e atualizada a 16/05/2017. Acedido a 20 de janeiro de 2018 em www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde (2017). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Norma nº 015/2017 emitida a 13/07/2017. Acedido a 20 de janeiro de 2018 em www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Norma nº 002/2018 emitida a 09/01/2018. Acedido a 20 de janeiro de 2018 em www.dgs.pt

Douma, M. J., Drake, C. A., O'Dochartaigh, D., & Smith, K. E. (2016). A Pragmatic Randomized Evaluation of a Nurse-Initiated Protocol to Improve Timeliness of Care in an Urban Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 68(5), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.06.019>

Elder, E., Johnston, A., & Crilly, J. (2015). Review article: systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department. *Emergency Medicine Australasia: EMA*, 27(5), 394–404. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12446>

Eurostat (2017). *Hospital beds per 100000 inhabitants*. Eurostat. Publicado em 28 de Novembro de 2017. Acedido a 23 Janeiro de 2018 em <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00046> .

- Handel, D. A., Hilton, J. A., Ward, M. J., Rabin, E., Zwemer, F. L., & Pines, J. M. (2010). Emergency department throughput, crowding, and financial outcomes for hospitals. *Academic Emergency Medicine*, *17*(8), 840–847. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2010.00814.x>
- Healy-Rodriguez, M. A., Freer, C., Pontiggia, L., Wilson, R., Metraux, S., & Lord, L. (2014). Impact of a logistics management program on admitted patient boarders within an emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, *40*(2), 138–145. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.12.008>
- Hillman, K., & Forero, R. (2008). Access Block and Overcrowding: a Literature Review. New South Wales, Australia: University of New South Wales. Acedido a 21 de Março de 2017 em <https://acem.org.au/getattachment/a9b0069c-d455-4f49-9eec-fe7775e59d0b/Access-Block-2008-literature-review.aspx>
- Hsu, C.-C., & Sandford, B. A. (2007). The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, *12*(10), 1–8. Acedido a 20 de Março de 2017 <http://pareonline.net/getvn.asp?v=12&n=4> .
- Hughes, G. (2012). A & E quality indicators. *Emergency Medicine Journal*, *29*(2), 2011–2012. <https://doi.org/10.1136/emermed-2011-200876>
- Hwang, U., McCarthy, M. L., Aronsky, D., Asplin, B., Crane, P. W., Craven, C. K., ... Bernstein, S. L. (2011). Measures of crowding in the emergency department: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, *18*(5), 527–538. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01054.x>
- 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>
- Kao, C. Y., Yang, J. C., & Lin, C. H. (2015). The impact of ambulance and patient diversion on crowdedness of multiple emergency departments in a region. *PLoS ONE*, *10*(12), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144227>
- Khanna, S., Sier, D., Boyle, J., & Zeitz, K. (2016). Discharge timeliness and its impact on hospital crowding and emergency department flow performance. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, *28*(2), 164–170. [80](https://doi.org/10.1111/1742-</p>
</div>
<div data-bbox=)

- Lin, C. H., Kao, C. Y., & Huang, C. Y. (2015). Managing emergency department overcrowding via ambulance diversion: A discrete event simulation model. *Journal of the Formosan Medical Association*, 114(1), 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2012.09.007>
- Machado, H. (2008). *Relação entre a triagem de prioridades no serviço de urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes*. Trabalho de Projeto – Mestrado de Gestão em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Acedido a 21 de janeiro de 2018 em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/machado_h.pdf
- Mason, S., Knowles, E., & Boyle, A. (2016). Exit block in emergency departments: a rapid evidence review. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, emermed-2015-205201. <https://doi.org/10.1136/emermed-2015-205201>
- Mchugh, M., Dyke, K. Van, McClelland, M., & Moss, D. (2011). *Improving Patient Flow Department Crowding : and Reducing Emergency Department Crowding : A Guide for Hospitals*. Agency for Healthcare research and quality. AHRQ Publication No.11(12)-0094. Acedido a 20 de Março de 2017 em http://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/sphhs_policy_facpubs
- McHugh, M., Van Dyke, K. J., Howell, E., Adams, F., Moss, D., & Yonek, J. (2013). Changes in patient flow among five hospitals participating in a learning collaborative. *Journal for Healthcare Quality : Official Publication of the National Association for Healthcare Quality*, 35(1), 21–9. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2011.00163.x>
- McHugh, M., Van Dyke, K. J., Yonek, J., & Moss, D. (2012). Time and Expenses Associated with the Implementation of Strategies to Reduce Emergency Department Crowding. *Journal of Emergency Nursing*, 38(5), 420–428. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.07.001>
- Moskop, J. C., Sklar, D. P., Geiderman, J. M., Schears, R. M., & Bookman, K. J. (2009a). Emergency Department Crowding, Part 1-Concept, Causes, and Moral Consequences. *Annals of Emergency Medicine*, 53(5), 605–611.

<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.09.019>

Moskop, J. C., Sklar, D. P., Geiderman, J. M., Schears, R. M., & Bookman, K. J. (2009b). Emergency Department Crowding, Part 2-Barriers to Reform and Strategies to Overcome Them. *Annals of Emergency Medicine*, 53(5), 612–617. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.09.024>

Mumma, B. E., McCue, J. Y., Li, C. S., & Holmes, J. F. (2014). Effects of emergency department expansion on emergency department patient flow. *Academic Emergency Medicine*, 21(5), 504–509. <https://doi.org/10.1111/acem.12366>

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem - uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*. Acedido a 12 de Outubro de 2017 em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf

Ordem dos enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – enquadramento conceptual – enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Portugal. Acedido a 20 de novembro de 2017 em www.ordemenfermeiros.pt;

Ordem dos enfermeiros (2013). Instrução de trabalho nº6.2.3.A. *Estrutura de Idoneidades – Acreditação da idoneidade formativa do contexto de prática clínica*. Ordem dos Enfermeiros. Portugal. Acedido a 28 de Fevereiro de 2018 em www.ordemenfermeiros.pt;

Ordem dos enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica*. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. Portugal. Acedido a 20 de janeiro de 2018 em www.ordemenfermeiros.pt;

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Acedido a 20 de novembro de 2017 em: www.ordemenfermeiros.pt;

Organização Mundial de Saúde (2017) *Human rights and health – fact sheet*. Organização Mundial de Saúde. Acedido em 1 de fevereiro de 2018 em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>

- Paul, J. A., & Lin, L. (2012). Models for improving patient throughput and waiting at hospital emergency departments. *Journal of Emergency Medicine*, 43(6), 1119–1126. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.01.063>
- Pines, J. M., & Griffey, R. T. (2015). What We Have Learned from a Decade of ED Crowding Research. *Academic Emergency Medicine*, 22(8), 985–987. <https://doi.org/10.1111/acem.12716>
- Rabin, E., Kocher, K., McClelland, M., Pines, J., Hwang, U., Rathlev, N., ... Trueger, N. S. (2012). Solutions to emergency department “boarding” and crowding are underused and may need to be legislated. *Health Affairs*, 31(8), 1757–1766. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0786>
- Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República 2º Série. Nº 35 (11-02-18)*, 8648-8653
- Regulamento 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República 2º Série. Nº 35 (11-02-18)*, 8656-8657
- Regulamento 361/2015 de 26 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República 2º Série. Nº 123 (15-06-26)*, 17240-17243
- Royal College of Emergency Medicine. (2015). *Tackling Emergency Department Crowding*. London. Acedido a 20 de Abril de 2017 em <http://www.rcem.ac.uk>
- Sayah, A., Lai-Becker, M., Kingsley-Rocker, L., Scott-Long, T., O’Connor, K., & Lobon, L. F. (2016). Emergency department expansion versus patient flow improvement: Impact on patient experience of care. *Journal of Emergency Medicine*, 50(2), 339–348. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.06.068>
- Scarparo, A. ., Laus, A. ., Azevedo, A. ., Freitas, M. ., Gabriel, C. ., & Chaves, L. (2012). Reflexões sobreo uso da Técnica Delphi em pesquisas na Enfermagem. *Rev Rene.*, 13(1), 242–51. https://doi.org/10.15253/rev_rene.v13i1.36
- Schneider, S., Zwemer, F., Doniger, a, Dick, R., Czapranski, T., & Davis, E. (2001).

- Rochester, New York: a decade of emergency department overcrowding. *Academic Emergency Medicine*, 8(11), 1044–50. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2001.tb01113.x>
- Scrofine, S., & Fitzsimons, V. (2011). Emergency Department Throughput. *Hospitals & Health Networks*, 44(7), 375–377. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000085>
- Soremekun, O. A., Shofer, F. S., Grasso, D., Mills, A. M., Moore, J., & Datner, E. M. (2014). The effect of an emergency department dedicated midtrack area on patient flow. *Academic Emergency Medicine*, 21(4), 434–439. <https://doi.org/10.1111/acem.12345>
- Soremekun, Terwiesch, & Pines. (2011). Emergency medicine: An operations management view. *Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1262–1268. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01226.x>
- Souza, D. J. De, Contim, D., Beatriz, M., Ferreira, G., Dos Santos Costa, N., & D'innocenzo, M. (2015). A metodologia delphi em pesquisas na área de enfermagem: um estudo bibliométrico. *Revista de Enfermagem UFPE*, 9(9), 9216–23. <https://doi.org/10.5205/reuol.7874-68950-4-SM.0909201508>
- Sullivan, C. M., Staib, A., Flores, J., Aggarwal, L., Scanlon, A., Martin, J. H., & Scott, I. A. (2014). Aiming to be NEAT: Safely improving and sustaining access to emergency care in a tertiary referral hospital. *Australian Health Review*, 38(5), 564–574. <https://doi.org/10.1071/AH14083>
- Tallesi, Z., Hosseinejad, S., Khatir, G., Bozorgi, F., Heidari, A., & Heidari, M. (2014). The effect of a new emergency program on patient length of stay in a teaching hospital emergency department of tehran. *Nigerian Medical Journal*, 55(2), 134–138. <https://doi.org/10.4103/0300-1652.129645>
- Vonderen, M. (2008). Managing Rural Emergency Department Overcrowding. *Journal of Trauma Nursing*, 15(3), 112–117. <https://doi.org/10.1097/01.JTN.0000337152.08464.46>

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO DA COLHEITA DE DADOS DA PRIMEIRA RONDA

A Sobrelotação no Serviço de Urgência: Estratégias de redução pela metodologia Delphi

O meu nome é Joana Filipa Costa Gonçalves e este questionário surge no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sob a orientação da Professora Doutora Sónia Ramalho.

Os serviços de urgência são a principal zona de contacto dos utentes com o Serviço Nacional de Saúde, no entanto, estes sofrem de um problema crescente, a sua sobrelotação. A sobrelotação é definida por uma procura pelos serviços que ultrapassa os recursos disponíveis.

Este é um problema vivenciado na maioria das urgências do nosso país e a nível internacional. É amplamente divulgado por estudos científicos internacionais, pois coloca em risco doentes, profissionais e instituições.

Através de uma revisão integrativa da literatura compilou-se as estratégias para resolver o problema, sobre as quais gostaríamos de conhecer o seu grau de concordância.

Recorrendo à técnica de delphi este questionário é aplicado num grupo de enfermeiros peritos de forma a obter um consenso de 75% nas estratégias consideradas por este como válidas. Este é o primeiro questionário, serão realizadas mais rondas até à obtenção do consenso estipulado.

No final do questionário é disponibilizado um campo para “comentários e sugestões”, permitindo algum comentário que considere pertinente em relação às sugestões apresentadas e abertura para a sugestão de estratégias que considera eficazes e que não foram contempladas.

Será sempre dado um feedback das respostas de todas as rondas realizadas aos participantes.

Agradeço desde já a disponibilidade no preenchimento deste questionário. O tempo de preenchimento será de cerca de 20 minutos.

A sua participação é voluntária e todas as informações obtidas através deste questionário são anónimas e confidenciais e serão apenas utilizadas para fins da investigação, estando em todos os momentos assegurada a sua privacidade.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional não hesite em contactar-me:

Enfermeira Joana Gonçalves

(telefone 916967146)

(email: joanafcgoncalves@gmail.com)

Obrigada pela sua colaboração.

***Obrigatório**

Dados Sociodemográficos

1. Idade *

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

3 Formação Académica *

Marcar apenas uma oval.

Especialidade e/ou Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Especialidade e/ou Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Especialidade e/ou Mestrados em Outras áreas da Enfermagem

_____ Outra:

4. Hospital onde exerce funções *

5. Tempo total de exercício profissional *

6. Tempo em exercício de funções no Serviço de Urgência *

7. Considera a sobrelotação um problema existente no Serviço de Urgência 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 grau de sucesso. Pretende-se que reflita sobre cada uma, considerando a sua pertinência para o contexto Serviço de urgência que conhece, respondendo de acordo com o seu grau de concordância numa escala de 1 a 5, sendo o 1 correspondente ao discordo totalmente e o 5 concordo plenamente.

8. A introdução de objetivos quanto ao tempo de permanência dos doentes no Serviço de Urgência pelas entidades governamentais reduz a sobrelotação. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Discordo Totalmente Concordo Plenamente

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 serviço de urgência; tempo até à avaliação inicial; tempo até ao tratamento; tempo total de permanência no Serviço de Urgência).

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

10 A realização da Triagem de Manchester por Médicos melhora o fluxo de doentes no Serviço de Urgência e consequentemente reduz a sobrelotação. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

11. Desviar ambulâncias para outras instituições diminui o afluxo de doentes ao Serviço de Urgência e consequentemente reduz a sobrelotação. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

12. Desviar doentes que recorrem pelos próprios meios, para outras instituições, diminui o afluxo de doentes ao Serviço de Urgência e consequentemente reduz a sobrelotação. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

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

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

14. A expansão do Serviço de Urgência é uma forma de reduzir a sua sobrelotação. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

15. O aumento do número de camas de internamento reduz o tempo de permanência dos doentes e consequentemente a sobrelotação no Serviço de Urgência. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

16. A criação de Unidades de Decisão Clínica melhora a avaliação e planeamento dos doentes, reduzindo conseqüentemente tempos de permanência e a sobrelotação no Serviço de Urgência. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

17. Alocar camas aos corredores das enfermarias reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

18. Alocar camas aos corredores do Serviço de Urgência reduz a sua sobrelotação. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

19. Aumentar o número de Médicos no Serviço de Urgência reduz a sua sobrelotação. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

20. Aumentar o número de Enfermeiros no Serviço de Urgência reduz a sua sobrelotação. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

21. Criar equipas de enfermagem "flutuantes" reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. * (São equipas flexíveis preparadas para dar resposta às necessidades quer do Serviço de Urgência quer dos internamentos; "elementos móveis") Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

22. Ter Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica nos Serviços de Urgência reduz a sua sobrelotação. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

23 Aumentar as competências da equipa de enfermagem reduz a sobrelotação nos Serviços de Urgência. *

(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 Concordo Plenamente

24. Criar equipas de avaliação rápida dentro dos Serviços de Urgência, facilita o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sua sobrelotação. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

25. Criar áreas dentro do Serviço de Urgência, para uma avaliação rápida dos doentes de baixa gravidade, melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

26. Criar áreas dentro do Serviço de Urgência, para avaliação dos doentes de média gravidade, melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

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 conseqüentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

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

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

- 29 Criar protocolos institucionais para agilizar transferências do Serviço de Urgência para os serviços de internamento, reduz a sua sobrelotação. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Discordo Totalmente Concordo Plenamente

30. A existência de um protocolo institucional de sobrelotação, que é ativado nestas situações, reduz a problemática da sobrelotação. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Discordo Totalmente Concordo Plenamente

31. O reajuste no agendamento das admissões eletivas facilita a coordenação dos internamentos e reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Discordo Totalmente Concordo Plenamente

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 Serviço de Urgência. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Discordo Totalmente Concordo Plenamente

33. Agilizar as observações por outras especialidades, através do rastreamento dos tempos de resposta, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Discordo Totalmente Concordo Plenamente

34. Criar a figura do "Enfermeiro Coordenador de Vagas", com o objetivo de gerir e otimizar a ocupação das camas de internamento, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Discordo Totalmente Concordo Plenamente

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

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

36. Criar modelos preditivos baseados nos dados históricos que possibilitem o ajuste de recursos às necessidades, reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

37. Melhorar os processos administrativos facilita o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

38. Utilizar testes rápidos, como avaliação de troponinas, INR ou sedimentos urinários, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. *
Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

39. Agilizar os tempos de resposta dos testes laboratoriais e de imagiologia, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. *
Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

40. Estabelecer horários e objetivos para escoar doentes, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

- 41 Criar zonas de preparação para alta, onde os doentes aguardam pelos transportes ou processos administrativos, melhora o fluxo de doentes e consequentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

42. Planejar e antecipar altas em doentes de baixo risco, aumenta a capacidade para novas admissões e conseqüentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. *
Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

43. Planejar precocemente a alta, em articulação com assistentes sociais e pessoa responsável pelo doente, melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

44. Comentários e Sugestões

APÊNDICE 2

RESULTADOS OBTIDOS NA PRIMEIRA RONDA

Pergunta	Frequencia de Resposta						Porcentagem de Resposta						Concordância Negativa (% R1 + % R2)	Concordância Positiva (% R4 + % R5)
	1	2	3	4	5	TOTAL	1	2	3	4	5	TOTAL		
P8	2	8	4	5	10	29	7%	28%	14%	17%	34%	100%	34%	52%
P9	2	7	4	8	8	29	7%	24%	14%	28%	28%	100%	31%	55%
P10	23	3	3	0	0	29	79%	10%	10%	0%	0%	100%	90%	0%
P11	7	9	7	5	1	29	24%	31%	24%	17%	3%	100%	55%	21%
P12	3	2	10	12	2	29	10%	7%	34%	41%	7%	100%	17%	48%
P13	7	7	6	6	3	29	24%	24%	21%	21%	10%	100%	48%	31%
P14	14	7	6	2	0	29	48%	24%	21%	7%	0%	100%	72%	7%
P15	1	4	3	9	12	29	3%	14%	10%	31%	41%	100%	17%	72%
P16	0	3	4	9	13	29	0%	10%	14%	31%	45%	100%	10%	76%
P17	8	5	7	5	4	29	28%	17%	24%	17%	14%	100%	45%	31%
P18	29	0	0	0	0	29	100%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%
P19	9	7	4	7	2	29	31%	24%	14%	24%	7%	100%	55%	31%
P20	4	9	5	5	6	29	14%	31%	17%	17%	21%	100%	45%	38%
P21	6	5	9	7	2	29	21%	17%	31%	24%	7%	100%	38%	31%
P22	4	4	10	5	6	29	14%	14%	34%	17%	21%	100%	28%	38%
P23	5	4	9	4	7	29	17%	14%	31%	14%	24%	100%	31%	38%
P24	1	1	2	18	7	29	3%	3%	7%	62%	24%	100%	7%	86%
P25	0	1	1	17	10	29	0%	3%	3%	59%	34%	100%	3%	93%
P26	0	2	5	13	9	29	0%	7%	17%	45%	31%	100%	7%	76%
P27	3	2	5	9	10	29	10%	7%	17%	31%	34%	100%	17%	66%
P28	0	1	4	13	11	29	0%	3%	14%	45%	38%	100%	3%	83%
P29	0	1	0	13	15	29	0%	3%	0%	45%	52%	100%	3%	97%
P30	0	1	2	9	17	29	0%	3%	7%	31%	59%	100%	3%	90%
P31	0	0	7	11	11	29	0%	0%	24%	38%	38%	100%	0%	76%
P32	0	0	2	13	14	29	0%	0%	7%	45%	48%	100%	0%	93%
P33	0	0	3	15	11	29	0%	0%	10%	52%	38%	100%	0%	90%
P34	0	0	4	11	14	29	0%	0%	14%	38%	48%	100%	0%	86%
P35	0	2	8	7	12	29	0%	7%	28%	24%	41%	100%	7%	66%
P36	1	1	6	9	12	29	3%	3%	21%	31%	41%	100%	7%	72%
P37	1	4	6	10	8	29	3%	14%	21%	34%	28%	100%	17%	62%
P38	0	2	10	11	6	29	0%	7%	34%	38%	21%	100%	7%	59%
P39	0	1	3	12	13	29	0%	3%	10%	41%	45%	100%	3%	86%
P40	1	3	4	14	7	29	3%	10%	14%	48%	24%	100%	14%	72%
P41	2	0	4	14	9	29	7%	0%	14%	48%	31%	100%	7%	79%
P42	0	1	4	16	8	29	0%	3%	14%	55%	28%	100%	3%	83%
P43	0	1	2	15	11	29	0%	3%	7%	52%	38%	100%	3%	90%

APÊNDICE 3

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DA SEGUNDA RONDA

A Sobrelotação no Serviço de Urgência: Estratégias de redução pela metodologia Delphi - 2ª Ronda

O meu nome é Joana Filipa Costa Gonçalves e este questionário surge no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sob a orientação da Professora Doutora Sónia Ramalho.

Os serviços de urgência são a principal zona de contacto dos utentes com o Serviço Nacional de Saúde, no entanto, estes sofrem de um problema crescente, a sua sobrelotação. A sobrelotação é definida por uma procura pelos serviços que ultrapassa os recursos disponíveis.

Este questionário vem na sequência de uma primeira ronda onde se apresentaram estratégias já utilizadas na resolução desta problemática e resulta da análise dessas respostas. Na primeira ronda houve consenso superior a 75% em 17 estratégias das 36 apresentadas. Neste questionário perduram as estratégias que não obtiveram consenso na ronda anterior e expõem-se os resultados obtidos de modo a permitir uma reflexão individual tendo em conta a orientação do grupo. Foram também incluídas algumas estratégias que resultaram dos contributos feitos na zona de “sugestões e comentários”.

Agradeço desde já a disponibilidade no preenchimento deste questionário. O tempo de preenchimento será de cerca de 15 minutos.

Caso não tenha participado na primeira ronda do questionário, agradeço que não preencha o questionário.

A sua participação é voluntária e todas as informações obtidas através deste questionário são anónimas e confidenciais e serão apenas utilizadas para fins da investigação, estando em todos os momentos assegurada a sua privacidade.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional não hesite em me contactar.

Enfermeira Joana Gonçalves
(telefone 916967146)
(email: joanafcgoncalves@gmail.com)

Se pretender ter acesso aos resultados do estudo deverá solicitá-los através do email supracitado.

Obrigada pela sua colaboração.

***Obrigatório**

Dados Sociodemográficos

1. Idade *

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

3 Formação Acadêmica *

Marcar apenas uma oval.

- Especialidade e/ou Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Especialidade e/ou Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
- Especialidade e/ou Mestrados em Outras áreas da Enfermagem
- _____ Outra:

4. Hospital onde exerce funções *

5. Tempo total de exercício profissional (em anos) *

6. Tempo em exercício de funções no Serviço de Urgência (em anos) *

Estratégias para reduzir a sobrelotação

As estratégias apresentadas seguidamente resultam da análise do questionário anterior. Neste questionário foram introduzidas estratégias e perduram as que não obtiveram consenso, expondo os resultados obtidos de modo a permitir uma reflexão individual tendo em conta a orientação do grupo. Deve responder de acordo com o seu grau de concordância numa escala de 1 a 5, sendo o 1 correspondente ao discordo totalmente e o 5 concordo plenamente.

7. Estabelecer equipas médicas inteiramente dedicadas aos Serviços de Urgência melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação. * Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

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

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 7%; (2) discordo parcialmente – 28%; (3) não concordo nem discordo – 14%; (4) concordo parcialmente – 17%; (5) concordo plenamente – 34% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

- 9 A introdução de indicadores clínicos de qualidade pelas entidades governamentais é pertinente na redução da sobrelotação (taxas de abandono do serviço sem ser observado; taxas de reatendimentos no Serviço de Urgência; tempo até à avaliação inicial; tempo até ao tratamento; tempo total de permanência no Serviço de Urgência). *

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 7%; (2) discordo parcialmente – 24%; (3) não concordo nem discordo – 14%; (4) concordo parcialmente – 28%; (5) concordo plenamente – 28% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

10. Desviar ambulâncias para outras instituições diminui o fluxo de doentes ao Serviço de Urgência e consequentemente reduz a sobrelotação. *

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 24%; (2) discordo parcialmente – 31%; (3) não concordo nem discordo – 24%; (4) concordo parcialmente – 17%; (5) concordo plenamente – 3% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

11. Desviar doentes que recorrem pelos próprios meios, para outras instituições, diminui o fluxo de doentes ao Serviço de Urgência e consequentemente reduz a sobrelotação. *

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 10%; (2) discordo parcialmente – 7%; (3) não concordo nem discordo – 34%; (4) concordo parcialmente – 41%; (5) concordo plenamente – 7% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

12. Alterar os processos de admissão no Serviço de Urgência através da alocação imediata do doente à zona de tratamento e posterior registo reduz os tempos de permanência no Serviço de Urgência. *

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 24%; (2) discordo parcialmente – 24%; (3) não concordo nem discordo – 21%; (4) concordo parcialmente – 21%; (5) concordo plenamente – 10% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

13. A expansão do Serviço de Urgência é uma forma de reduzir a sua sobrelotação. *

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 48%; (2) discordo parcialmente – 24%; (3) não concordo nem discordo – 21%; (4) concordo parcialmente – 7%; (5) concordo plenamente – 0% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

- 14 O aumento do número de camas de internamento reduz o tempo de permanência dos doentes no Serviço de Urgência e consequentemente a sua sobrelotação. *

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 3%; (2) discordo parcialmente – 14%; (3) não concordo nem discordo – 10%; (4) concordo parcialmente – 31%; (5) concordo plenamente – 41% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

15. Alocar camas aos corredores das enfermarias reduz a sobrelotação nos Serviços de Urgência. *

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 28%; (2) discordo parcialmente – 17%; (3) não concordo nem discordo – 24%; (4) concordo parcialmente – 17%; (5) concordo plenamente – 14% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concorde Plenamente

16. Aumentar o número de médicos nos Serviços de Urgência reduz a sua sobrelotação. *

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 31%; (2) discordo parcialmente – 24%; (3) não concordo nem discordo – 14%; (4) concordo parcialmente – 24%; (5) concordo plenamente – 7% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concorde Plenamente

17. Aumentar o número de enfermeiros nos Serviços de Urgência reduz a sua sobrelotação. *

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 14%; (2) discordo parcialmente – 31%; (3) não concordo nem discordo – 17%; (4) concordo parcialmente – 17%; (5) concordo plenamente – 21% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concorde Plenamente

18. Criar equipas de enfermagem “flutuantes” (equipas flexíveis preparadas para dar resposta às necessidades quer dos Serviços de Urgência quer dos internamentos) reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. *

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 21%; (2) discordo parcialmente – 17%; (3) não concordo nem discordo – 31%; (4) concordo parcialmente – 24%; (5) concordo plenamente – 7% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concorde Plenamente

19. Ter Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica nos Serviços de Urgência reduz a sua sobrelotação. *

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 14%; (2) discordo parcialmente – 14%; (3) não concordo nem discordo – 34%; (4) concordo parcialmente – 17%; (5) concordo plenamente – 21% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concorde Plenamente

20. Aumentar as competências da equipa de enfermagem (para a solicitação de exames complementares de diagnóstico e administração de analgesia), reduz a sobrelotação nos Serviços de Urgência. *

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 17%; (2) discordo parcialmente – 14%; (3) não concordo nem discordo – 31%; (4) concordo parcialmente – 14%; (5) concordo plenamente – 24% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

21. 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 no Serviço de Urgência. * Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 10%; (2) discordo parcialmente – 7%; (3) não concordo nem discordo – 17%; (4) concordo parcialmente – 31%; (5) concordo plenamente – 34% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

22. Dar aos enfermeiros a autoridade para admitir os doentes internados nas enfermarias, melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. *
- Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 0%; (2) discordo parcialmente – 7%; (3) não concordo nem discordo – 28%; (4) concordo parcialmente – 24%; (5) concordo plenamente – 41%
- Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

23. Criar modelos preditivos baseados nos dados históricos que possibilitem o ajuste de recursos às necessidades, reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. *
- Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 3%; (2) discordo parcialmente – 3%; (3) não concordo nem discordo – 21%; (4) concordo parcialmente – 31%; (5) concordo plenamente – 41%
- Marcar apenas uma oval.

- 1 2 3 4 5
- 24 Melhorar os processos administrativos facilita o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. *
- Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 3%; (2) discordo parcialmente – 14%; (3) não concordo nem discordo – 21%; (4) concordo parcialmente – 34%; (5) concordo plenamente – 28% Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

Discordo Totalmente Concordo Plenamente

25. Utilizar testes rápidos, como avaliação de troponinas, INR ou sedimentos urinários, melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. *

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 0%; (2) discordo parcialmente – 7%; (3) não concordo nem discordo – 34%; (4) concordo parcialmente – 38%; (5) concordo plenamente – 21%

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. Estabelecer horários e objetivos para escoar doentes, melhora o fluxo de doentes e conseqüentemente reduz a sobrelotação no Serviço de Urgência. *

Resultados da Primeira Ronda: (1) discordo totalmente – 3%; (2) discordo parcialmente – 10%; (3) não concordo nem discordo – 14%; (4) concordo parcialmente – 48%; (5) concordo plenamente – 24% 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. Comentários e Sugestões

Com tecnologia



APÊNDICE 4

RESULTADOS OBTIDOS NA SEGUNDA RONDA

Pergunta	Frequencia de Resposta						Porcentagem de Resposta						Concordância Negativa	Concordância Positiva
	1	2	3	4	5	TOTAL	1	2	3	4	5	TOTAL	(% R1 + % R2)	(% R4 + % R5)
P7	0	1	1	7	13	22	0%	5%	5%	32%	59%	100%	5%	91%
P8	1	3	2	10	6	22	5%	14%	9%	45%	27%	100%	18%	73%
P9	1	3	0	12	6	22	5%	14%	0%	55%	27%	100%	18%	82%
P10	5	7	2	6	2	22	23%	32%	9%	27%	9%	100%	55%	36%
P11	3	4	4	7	4	22	14%	18%	18%	32%	18%	100%	32%	50%
P12	6	5	5	5	1	22	27%	23%	23%	23%	5%	100%	50%	27%
P13	13	8	1	0	0	22	59%	36%	5%	0%	0%	100%	95%	0%
P14	1	4	0	6	11	22	5%	18%	0%	27%	50%	100%	23%	77%
P15	4	3	6	7	2	22	18%	14%	27%	32%	9%	100%	32%	41%
P16	6	6	2	2	2	18	33%	33%	11%	11%	11%	100%	67%	22%
P17	3	6	4	8	1	22	14%	27%	18%	36%	5%	100%	41%	41%
P18	4	8	5	5	0	22	18%	36%	23%	23%	0%	100%	55%	23%
P19	3	4	5	5	5	22	14%	18%	23%	23%	23%	100%	32%	45%
P20	3	3	1	9	6	22	14%	14%	5%	41%	27%	100%	27%	68%
P21	2	0	2	7	11	22	9%	0%	9%	32%	50%	100%	9%	82%
P22	1	1	3	6	11	22	5%	5%	14%	27%	50%	100%	9%	77%
P23	1	0	1	9	11	22	5%	0%	5%	41%	50%	100%	5%	91%
P24	1	1	4	11	5	22	5%	5%	18%	50%	23%	100%	9%	73%
P25	1	3	2	11	5	22	5%	14%	9%	50%	23%	100%	18%	73%
P26	1	2	2	15	2	22	5%	9%	9%	68%	9%	100%	14%	77%

