

Mafalda Cristiana Ferreira Mota Silva

Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Mafalda Cristiana Ferreira Mota Silva

Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Mafalda Cristiana Ferreira Mota Silva

Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar

Mafalda Cristiana Ferreira Mota Silva

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em enfermagem

Resumo

O uso indevido dos Serviços de Urgência é uma questão que tem vindo a preocupar não só a nível financeiro, mas também a nível de desempenho dos profissionais de Saúde.

Existem vários fatores que contribuem para este facto, entre eles a mentalidade da população que ainda hoje acredita que este serviço oferece mais facilidades de acesso e dispõe de mais recursos fornecendo, portanto, melhores cuidados de Saúde. A proximidade dos SU, a realização imediata de exames e o seu fácil acesso foram os motivos mais apontados para que este fosse o primeiro serviço onde recorreriam.

Nota-se ainda que várias pessoas não têm conhecimento das valências dos cuidados de Saúde primários ou linha de Saúde 24. Torna-se assim, necessário a chegada de informação sobre outros serviços de cuidados de Saúde além dos SU para que desta forma seja possível educar a população com vista à correta utilização destes serviços, através de campanhas de sensibilização. Para que fosse possível conhecer os motivos que levam as pessoas a recorrer aos diferentes serviços de Saúde, foram aplicados questionários a uma população aleatória. Esta metodologia permite identificar vários motivos pelos quais a população recorreria aos diferentes serviços de Saúde. Conclui-se que 93,80% das pessoas já teria recorrido pelo menos uma vez ao SU adultos, sendo que 26,4% foi-lhe atribuída pulseira verde “pouco urgente”. Foi ainda possível perceber que apenas a 5,43% da população estudada foi informada (durante o ato da triagem) que poderia ter recorrido a outro serviço de Saúde (especificamente ao Centro de Saúde – médico de família) antes de ter recorrido aquele serviço.

Durante toda esta investigação apenas uma pessoa recorreu ao SU por indicação de outro serviço de Saúde o que mostra a necessidade de apostar na informação de outros métodos de cuidados de Saúde antes de recorrer a um SU de modo a que não haja uso indevido do mesmo.

PALAVRAS-CHAVE: serviço de urgência, médico de família, linha de Saúde 24, campanhas de sensibilização, Centro de Saúde.

Summary

The misuse of Emergency Services is a concern through out of the years in a financial level and also in a health professional performance.

There are many factors that contribute for this situation, between them is the population mentality, that nowadays still believe this service provide more resources and ease of access which can offer better health care.

The proximity of the Emergency services vicinity, the readiness to take the exams and their ease access were the main reasons pointed out for this to be the first service to appeal.

There are still many people that don't have the knowledge about the different departments of primary health care neither 24 hours' line support.

It becomes this way necessary the arrival of information about other health care services, apart from Emergency Services, so it's possible to teach the population aiming the correct use of these services throughout awareness campaigns.

To make it possible to get to know the reasons why people choose between the different health care services, there were made questionnaires to a random sample of population, which is the best methodology.

It was concluded that 93,80% of the population has already used the Emergency services for adults at least once, and 26,4% of them got the "Green bracelet" - Less Urgent.

It was even possible to understand that only a few 5,43% of this sample was informed (during the screening) that could be attended another health care service (specifically health centre - family doctor) before attending that service.

During all this investigation only one person attended to the Emergency service directed from another health service which shows the necessity of spreading information about others health care methods before attending the " Emergency services", to avoid the incorrect use this one.

Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar

KEY WORDS - Emergency services, Family Doctor, 24 hour health care line, Awareness Campaigns, Health Centre

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos meus pais, por todo o amor, apoio e compreensão durante todo este caminho que vim a percorrer ao longo de quatro anos e pelos valores que me transmitiram, fazendo com que tivesse oportunidade de me facultarem uma formação académica.

É com enorme gratidão que enuncio o Professor José Manuel dos Santos, orientador deste trabalho de investigação, uma vez que sem o seu tempo e dedicação não teria sido possível a realização desta investigação.

Também como forma de agradecimento escrevo aos meus amigos e namorado que no decorrer de todo o percurso académico me apoiaram e se mantiveram ao meu lado.

A todos os professores da Universidade Fernando Pessoa, um obrigada por me terem proporcionado um ensino de excelência e por me terem apoiado e ajudado a chegar ao final desta etapa com a sensação de dever cumprido.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

CS - Centros de Saúde

INEM - Instituto de Emergência Médica

PNS - Plano nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de urgências

Índice

Introdução.....	15
I. Fase conceptual.....	18
1. O problema de investigação	18
2. Revisão da literatura	20
3. Objetivos de investigação.....	26
II. Fase metodológica	28
1. Desenho de investigação	28
i. Tipo de estudo	29
ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem	29
iii. Variáveis em estudo	29
iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste.....	30
v. Tratamento e apresentação dos dados	31
2. Salvaguarda dos princípios éticos.....	32
III. Fase empírica.....	34
1. Apresentação, análise e interpretação dos dados.....	34
Conclusão	52
Referências bibliográficas	53
Anexos.....	56
Anexo 1. Questionário de estudo.....	56

Índice de gráficos

Gráfico nº 1- Distribuição das frequências relativas por Género	35
Gráfico nº 2 - Distribuição das frequências absolutas por Grupo Etário.....	35
Gráfico nº 3 - Distribuição das frequências absolutas por Situação Profissional.....	36
Gráfico nº 4 - Distribuição das frequências absolutas por ida ao Serviço de Urgências	36
Gráfico nº 5 - Distribuição das frequências absolutas por grupo etário no momento em que recorreu ao SU	37
Gráfico nº 6 - Distribuição das frequências relativas dos motivos que levaram as pessoas a recorrer ao SU.....	38
Gráfico nº 7 - Distribuição das frequências relativas da prioridade atribuída no momento da Triagem de Manchester	39
Gráfico nº 8 - Distribuição das frequências absolutas das propostas a alternativas ao SU	40
Gráfico nº 9 - Distribuição das frequências absolutas por realização de exames no SU	40
Gráfico nº 10 - Distribuição das frequências relativas por tratamentos realizados no SU	41
Gráfico nº 11 - Distribuição das frequências absolutas por proposta de internamento.	41
Gráfico nº 12 - Distribuição das frequências relativas por realização de medicação no domicílio.....	42
Gráfico nº 13 - Distribuição das frequências relativas por acompanhamento no médico de família após a alta	42

Gráfico nº 14 - Distribuição das frequências relativas de motivos que levariam as pessoas a recorrer ao SU.....	43
Gráfico nº 15 - Distribuição das frequências relativas de motivos que levariam a recorrer ao CS.....	46
Gráfico nº 16 - Distribuição das frequências relativas de motivos que levariam a recorrer a linha de Saúde 24	48

Índice de tabelas

Tabela 1- Prioridades da Triagem de Manchester	25
Tabela 2 - Motivos que o levariam a recorrer ao Serviço de Urgência	45
Tabela 3 - Motivos que o levariam a recorrer ao Centro de Saúde	47
Tabela 4 - Motivos que o levariam a recorrer à linha de Saúde 24	49

Introdução

Este trabalho monográfico surge no âmbito do plano curricular do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, com a finalidade de se obter o grau de Licenciatura, emitido pela Universidade Fernando Pessoa, unidade do Porto.

A elaboração desta monografia foi concretizada com base na motivação da investigadora, uma vez que a redação deste trabalho é sinónimo de fim de mais uma batalha e o início de uma meta há muito colocada, por outro lado, sustentou-se nos objetivos académicos, os quais se relacionam, essencialmente, com a aplicação de conhecimentos teóricos apreendidos, assim como, no desenvolvimento de competências e saberes ao nível da investigação científica. Foi também importante o tema a ser estudado uma vez que era do interesse da investigadora.

Consciente dos diversos serviços onde é possível a prestação de cuidados à população, considerou-se pertinente abordar a temática, **“Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar”**.

Os SU constituem uma importante componente da assistência em Saúde, uma vez que, estes serviços têm-se, ao longo dos anos, transformado na porta de entrada do SNS. Devido a estas circunstâncias, é cada vez mais visível a sobrecarga de trabalho e o aumento dos tempos de espera, fazendo assim com que haja uma maior insatisfação por parte dos utilizadores. Na verdade, o que os utentes não refletem é que os cuidados prestados no serviço de urgências de um hospital central podiam, muitas das vezes, ser resolvido através dos cuidados de Saúde primários, permitindo assim uma maior atenção por parte dos enfermeiros e toda a equipa multidisciplinar uma vez que, relativo ao atendimento de enfermagem, este deve ser consequentemente, tranquilizador, personalizado e discreto, de forma a diminuir a ansiedade ligada a todo um ambiente desconhecido.

Deste modo, optou-se por esta temática, cientes que só pesquisando, clarificando, compreendendo e refletindo sobre a questão do conhecimento do conceito de urgência virá a ser possível melhorar futuramente na busca da excelência do exercício profissional.

Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo geral, conhecer o motivo que leva as pessoas a recorrer ao SU como primeiro serviço.

Como objetivos específicos,

- Saber, das pessoas que já recorreram alguma vez a um serviço de urgência:
 1. Que idade tinha quando recorreu ao SU?
 2. Qual o motivo que as levou a recorrer ao SU?
 3. Qual a prioridade atribuída?
 4. Se lhe foi proposto que deveria ter recorrido ao Médico de Família e não ao SU?
 5. Se realizou, no SU, algum exame?
 6. Se fez algum tratamento no SU?
 7. Se lhe foi proposto ficar internado?
 8. Se lhe foi prescrita, no momento da alta do SU, alguma medicação para o domicílio?
 9. Se foi aconselhado a dirigir-se posteriormente ao Médico de Família?
 - Saber, das pessoas que nunca recorreram ao serviço de urgência:
 10. Quais as situações que as levariam a recorrer ao SU?
 11. Quais as situações que as levariam a optar por outros serviços de Saúde?

Tendo em conta as características do estudo a realizar, optou-se por uma metodologia quantitativa descritiva simples exploratória. O instrumento de colheita de dados foi o questionário, com perguntas abertas e fechadas, que foi aplicado a uma amostra de 187 elementos da população alvo.

Através da análise dos dados pode-se concluir que o principal motivo de recorrer ao serviço de urgência na amostra estudada são os sintomas/doenças súbitas.

É de salientar, que ao longo do todo o percurso do investigador para a elaboração do presente estudo, foram sentidas algumas dificuldades, nomeadamente, no respeitante ao

tempo e aos prazos académicos determinados, o que não permitiu que tudo sucedesse da forma planeada, havendo, por isso, necessidade de refazer os planos iniciais.

Este trabalho está dividido em sete partes: a introdução, seguida da apresentação da fase conceptual, fase metodológica e a fase empírica; as sugestões/conclusão, a bibliografia e, por fim os anexos.

I. Fase conceptual

Segundo Fortin (2009, pp.38), a fase conceptual consiste na escolha e formulação de um problema de investigação, na revisão pertinente da literatura bem como a elaboração de um quadro de referência e a enunciação do objetivo, questões de investigação ou as hipóteses. Conceptualizar “refere-se a um processo, uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo”.

1. O problema de investigação

De acordo com Fortin (2009, pp.48), esta fase consiste em delimitar um campo de interesse preciso focando-se num problema que, por consequência, “exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”. A fase concetual sustém uma grande importância, pois defere à investigação uma orientação e um objetivo.

“Para formular um problema, o investigador tem necessidade de juntar todos os elementos da situação problemática. Esta descrição progressiva dos elementos passa do concreto ao abstrato” (Fortin, 2009, pp.62).

i. Domínio da investigação

Para que seja possível realizar uma investigação é necessário “encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso” (Fortin, 2009, pp. 49).

Segundo Fortin (2009, pp. 49) o campo de interesse são habitualmente pontos de interesses pessoais e gerais. Dentro desse campo de interesse o investigador irá restringir um domínio mais específico para a sua investigação.

Assim, para Fortin (2009, pp.52) “o tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimento que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos”.

ii. Questões pivô e questão de investigação

Para Fortin (2009, pp.51), “Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. Uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.”

Segundo Brink e Wood (2001) *cit in* Fortin (2009, pp.51), “Qualquer questão delimita um tema de estudo, precisa a população e os conceitos e comporta uma questão pivô.”

Fortin afirma ainda que a questão pivô se trata de uma interrogação precedente ao domínio no enunciado da questão e precisa direção que será dada à investigação. Ela “situa o problema no contexto dos conhecimentos atuais” (Fortin, 2009, pp. 51).

Para este estudo foi delineada a seguinte questão pivô, a qual se pretendia obter uma resposta no final do estudo: quais os motivos que levam as pessoas a recorrer ao serviço de urgência hospitalar?

2. Revisão da literatura

A revisão da literatura é uma parte vital do processo de investigação.

De acordo com Fortin (2009, pp.68) a revisão da literatura é composta pela articulação entre um conjunto de publicações relacionados com um tema de investigação.

Cardoso, Alarcão e Celorico, (2010, pp. 7) referem que “cada investigador analisa minuciosamente os trabalhos dos investigadores que o precedem e, só então, compreendido o testemunho que lhe foi confiado, parte equipado para a sua própria aventura”.

Fortin (2009) afirma ainda que a revisão da literatura se torna indispensável para que seja possível definir bem o problema, mas também para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um determinado tema, das suas lacunas e contribuição da investigação para o desenvolvimento do saber.

i. Serviço de Urgência

Ao longo dos anos, os SU têm vindo a constituir uma despesa acarretada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e por isso, têm vindo a sofrer algumas reestruturações (Sousa, 2009).

Com o passar dos anos foi-se percebendo que é importante garantir a acessibilidade aos cuidados urgentes havendo, a nível mundial, uma procura pelos SU que excede a disponibilidade de recursos. A sua sobrelotação chega a ser descrita como um problema de Saúde pública pelo impacto na degradação de qualidade dos cuidados de Saúde (aumento do tempo de espera, atrasos no diagnóstico e tratamento, atraso no tratamento de pacientes graves), pelo aumento de custos (exames e tratamentos desnecessários) e insatisfação do doente (Dixe et al., 2018).

O serviço de urgências não é um serviço fácil para nenhum profissional e muito menos para o enfermeiro. Neste ambiente há um nível elevado de stress onde tudo é necessário de ser decidido com muita rapidez e, por isso, o tempo é um dos fatores fundamentais. Para que seja possível preservar vidas, esse profissional precisa de conhecimentos técnicos sólidos que permitam a tomada de decisões, além de grande equilíbrio emocional, para que não se deixem levar pelo pânico diante das situações que enfrentam.

Um outro aspecto fundamental é o trabalho em equipa, uma vez que o sucesso de um atendimento de emergência depende de um grupo multidisciplinar (Paulo e Oldenburg, 2005).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, a falta de um modelo de funcionamento integrado dos diversos níveis de prestação de cuidados de Saúde, as urgências tornaram-se, para muitos portugueses, o primeiro nível de acesso aos cuidados de Saúde, criando grandes disfuncionalidades no SNS. Para que esta visão possa ser alterada sugeriram a organização dos CS, no reforço da assistência domiciliar, na profissionalização das atividades desenvolvidas nas urgências e, por último, na definição clara das competências do INEM na coordenação dos meios de socorro (Ministério da Saúde, 2010).

Desta forma, torna-se necessário clarificar o que se entende na realidade por um SU. Segundo o Despacho nº 11/2002, “o serviço de urgência é considerado serviço de ação médica hospitalar.” São considerados “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de Saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência” (Ministério da Saúde, 2002).

O conceito de emergência e urgência “está definido no Despacho 18459/2006 como qualquer “situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais” (Ministério da Saúde, 2006).

Apesar de neste despacho não haver distinção clara entre os dois conceitos, sabe-se que as situações de urgência são todas as situações clínicas de instalação súbita, que podem ir desde as não graves até às graves, onde existe a possibilidade de falência das funções vitais. Em contrapartida, as situações de emergência dizem respeito a todas as situações clínicas de instalação súbita, onde existe, estabelecido ou eminente, o comprometimento de uma ou mais funções vitais (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

Geralmente, são dados como exemplos de emergência um politraumatismo, um enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral ou uma grande hemorragia grave e, como exemplos de urgência uma cefaleia, uma infeção urinária, uma otite ou uma lombalgia aguda. Ou seja, na literatura anglo-saxónica o conceito de urgência coincide com o que nós definimos, habitualmente, como doença aguda não urgente (Campos, 2014).

A Rede de Referência Hospitalar de urgência/emergência divide ainda os níveis de urgência em três níveis hierárquicos sendo eles, urgência básica que é o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência constituindo o nível de cariz médico podendo estar sediado numa área de influência com uma população superior a 40000 habitantes e onde a acessibilidade em condições normais a serviços de urgência de nível superior exceda um período de tempo para além dos sessenta minutos, a urgência médico-cirúrgica que corresponde ao segundo nível de acolhimento das situações de urgência e se deve localizar estrategicamente de modo a que na sua área de influência os trajetos terrestres não excedam os sessenta minutos entre o local da doença ou acidente e o hospital e a urgência polivalente que é o nível mais diferenciado de resposta à situação de emergência/urgência, localizando-se em regra num hospital geral central. Estes níveis permitem articular os recursos de instituições de Saúde para que haja garantia de uma ordenada capacidade de resposta às necessidades de atendimento urgente de toda a população (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

Apesar de ser um serviço destinado a pessoas em situação de gravidade o atendimento no serviço de urgências vem sendo cada vez mais procurado para atender problemas não urgentes (Paulo e Oldenburg, 2005).

As razões deste aumento são várias e complexas entre elas, não é necessária marcação, existe uma falta de acesso a médicos privados, é vantajoso para quem tem poucos recursos, há tratamento independentemente da possibilidade de pagar e está aberto 24h por dia 7 dias por semana durante todo o ano (Sheehy's, 2013).

Por outro lado, para a maior parte da população em geral os conceitos de urgência e emergência têm uma diferente interpretação da real, é como se fosse algo que não exista ou não fosse percebido e que, entretanto, passa a existir ou a manifestar-se. Como tal o indivíduo tende a procurar assistência em locais de fácil acesso e rápida solução fazendo assim com que sejam alocados inadequadamente, podendo revelar algumas fragilidades no sistema de Saúde uma vez que sobrecarrega ainda mais o serviço de urgência, que acaba também por receber situações de menos gravidade, aumentando assim o tempo de espera para atendimento e risco de agravamento da condição do paciente comprometendo a qualidade e eficácia da assistência (Tobase e Tomazini, 2017).

De acordo com Dixe et.al., (*cit. in* Gomes 2014) em Portugal, estima-se que cerca de 35% dos episódios de urgências sejam casos pouco urgentes ou não urgentes, tendo ocorrido em 2012 cerca de 6 milhões de episódios de uso inapropriado dos SU em Portugal

A nível internacional a utilização dos SU é paralela, sendo que é apontada uma taxa de utilização inadequada destes entre 20% a 40% (Paiva et.al., 2012).

ii. Panorâmica da Enfermagem de urgência

A época de Florence Nightingale (considerada a fundadora da enfermagem de urgência), só evoluiu como prática especializada ao longo dos últimos 25 anos. Foi nestes anos que a enfermagem alterou a imagem tradicional em que o Enfermeiro era o auxiliar do medico, que executava tarefas e apenas prestava cuidados que exigiam uma menor competência. Atualmente a enfermagem é considerada uma profissão cada vez mais autónoma, mais autocrítica e com maior peso nas decisões no que diz respeito ao cuidar do doente. Esta autonomia veio criar novos papeis para a equipa de Saúde, tais como, adquirir novos saberes e como tal serem aceites e respeitados pelas outras profissões na área da Saúde (Sheehy's, 2013).

Para Sheehy's (2013) a Enfermagem em contexto de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentam alterações de Saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Sheehy's (2013) considera ainda os cuidados de enfermagem de contexto de urgência episódicos, primários e normalmente agudos. Quanto á sua resolução pode implicar cuidados mínimos, ensino ao doente e família, encaminhamento adequado, conhecimento de implicações legais ou medidas mais drásticas como o caso da reanimação.

iii. Triagem de Manchester

A triagem de Manchester é um protocolo que surgiu na cidade com o mesmo nome, em 1994. Este advém da necessidade que médicos e enfermeiros sentiram em dar acesso a cuidados de Saúde nos SU pela identificação de prioridade clinica devido a um colapso dos cuidados de Saúde primários em Inglaterra e do aumento desregulado da procura aos SU hospitalares (Ponce, 2012).

Devido a este Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) foi criado o Grupo Português de Triagem (GPT) que tinham como objetivos o desenvolvimento de uma nomenclatura comum, definições comuns, desenvolvimento de uma sólida metodologia de triagem, desenvolvimento de um programa de formação e desenvolvimento de um guia de auditoria para a triagem. Foram ainda criadas prioridades e tempos alvo (Grupo Português de Triagem, 2010).

Todos os dias, os SU são alvo de um elevado numero de utentes que apresentam uma diversidade de problemas, provocando sobrecarga aos enfermeiros. Posto isto, torna-se indispensável a existência de um sistema de triagem passível de assegurar uma maior organização do serviço diferenciando as situações urgentes (Grupo Português de Triagem, 2010).

O método de triagem foi concebido para permitir ao profissional da triagem a atribuição rápida de uma prioridade clinica a cada doente. Assim, as decisões tomadas na triagem seguem cinco passos. A identificação do problema é o primeiro passo da triagem e este gira a volta do conceito da queixa apresentada, ou seja, “o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de Saúde que motiva o doente a procurar o serviço de urgência” (Grupo Português de Triagem, 2010).

Para que o processo de triagem seja feito de forma correta é necessário que os profissionais que a executam tenham conhecimentos claros dos objetivos que regem este protocolo sendo que este se relaciona com a identificação rápida dos doentes que se apresentam com estados de natureza urgente e em risco de vida (Sheehy's, 2013).

Tabela 1 - Prioridades da Triagem de Manchester

Número	Nome	Cor	Tempo-alvo (minutos)
1	Emergente	Vermelha	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240

(Grupo Português de Triagem, 2010)

Através da queixa apresentada pelo utente, é selecionado o fluxograma adequado sendo posteriormente necessária a recolha e análise de informações que permitam a determinação da prioridade real. Cada fluxograma mostra discriminadores-chave (perguntas) em cada nível de prioridade. “A avaliação é feita encontrando o grau mais elevado de resposta positiva (ou que não se consegue negar) para a pergunta discriminadora” (Grupo Português de Triagem, 2010, p. 31).

De acordo com os fundadores do Grupo Português de Triagem (2010) discriminadores são fatores que permitem a inclusão dos doentes numa das cinco prioridades clinicas podendo estes serem ser gerais como por exemplo a dor aguda, ou específicos que é o caso de dor pré-cordial e dor pleurítica.

Na triagem o enfermeiro tem como principal objetivo atribuir a prioridade exata aos doentes. Nesta função é necessária uma avaliação rápida, isto é, exige uma rápida tomada de decisões e a delegação de tarefas apropriadas (Grupo Português de Triagem, 2010).

3. Objetivos de investigação

Para Fortin (2009, p. 100), o objetivo de investigação de um estudo é a justificação da investigação. Estes encontram-se divididos em objetivos gerais e específicos.

“O objetivo de um estudo é um enunciado declarativo, que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação” (Fortin, 2009, p.100).

Como objetivo geral para este estudo definiu-se o seguinte:

Conhecer os motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar.

Posteriormente foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Saber, das pessoas que já recorreram alguma vez a um serviço de urgência:
 1. Que idade tinha quando recorreu ao SU?
 2. Qual o motivo que as levou a recorrer ao SU?
 3. Qual a prioridade atribuída?
 4. Se lhe foi proposto que deveria ter recorrido ao Médico de Família e não ao SU?
 5. Se realizou, no SU, algum exame?
 6. Se fez algum tratamento no SU?
 7. Se lhe foi proposto ficar internado?
 8. Se lhe foi prescrita, no momento da alta do SU, alguma medicação para o domicílio?
 9. Se foi aconselhado a dirigir-se posteriormente ao Médico de Família?

- Saber, das pessoas que nunca recorreram ao serviço de urgência:

Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar

1. Quais as situações que as levariam a recorrer ao SU?
2. Quais as situações que as levariam a optar por outros serviços de Saúde?

II. Fase metodológica

Neste capítulo foi definido o tipo de estudo a realizar bem como, a população e a amostra, as variáveis do estudo, o método de colheita e de análise de dados pois, segundo Fortin, a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação (Fortin, 2009).

A fase metodológica tem como finalidade determinar os métodos a utilizar para obter as respostas às questões de investigação colocadas. O que determina uma correta pesquisa científica é a adoção de uma metodologia de trabalho (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009), a investigação científica é o método mais rigoroso e mais aceitável de aquisição de conhecimentos.

1. Desenho de investigação

O desenho de investigação é o “plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas validas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.” (Fortin, 2009, pp.132).

Além de um plano lógico, o desenho de investigação é também um conjunto de diretivas associadas ao tipo de estudo escolhido. Este permite isolar as variáveis importantes de outras variáveis e medi-las com precisão a fim de assegurar a credibilidade dos dados (Fortin, 2009).

Nesta fase do estudo uma das principais características é o controlo uma vez que não podem ser perfeitamente controladas todas as fontes potenciais de erro (Fortin, 2009).

Segundo McMillan e Schumacker, cit in Fortin (2009, pp.17) “um estudo possui uma validade interna se as fontes de erro foram colocadas com sucesso”.

Segundo Fortin (2009), na condução de cada tipo de investigação, que será explicitada no decurso dos capítulos seguintes, deve-se tentar aproximar o mais possível da perfeição e fazer os possíveis reduzir ou eliminar o maior numero possível de ameaças a validade.

i. Tipo de estudo

Para realização deste trabalho foi elaborado um estudo do tipo: quantitativo, descritivo simples, transversal e realizado em meio natural, baseado em elementos recolhidos através de um questionário, visando identificar as variáveis intervenientes.

Para Fortin (2009) a investigação quantitativa centra-se num tipo de investigação cuja finalidade é interpretar os fenómenos através da empatia, ou seja, segundo a perspectiva dos sujeitos. As observações são descritas principalmente sob forma narrativa.

Na maioria dos estudos descritivos, existe uma caracterização de um fenómeno ou um conceito de interesse ao investigador (Fortin, 2009).

ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

Segundo a definição dada por Fortin (2009, pp. 373), população “é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em conta uma ou varias características semelhantes, sobre o qual assenta a investigação”.

Assim sendo, a população alvo será o conjunto de pessoas das quais se pretende adquirir informações. No presente trabalho a população é constituída por 187 pessoas.

De acordo com Fortin (2009, pp. 363) a amostra é “um conjunto de sujeitos retirados de uma população”.

Neste trabalho, o método de amostragem utilizado foi bola de neve, ou seja, os participantes da pesquisa recrutam outros participantes para o estudo.

No presente estudo a amostra é constituída por 187 indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 77 anos.

iii. Variáveis em estudo

As variáveis são “(...) qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são investigadas numa investigação” (Fortin, 2009, pp. 36).

Variáveis atributo são as características dos sujeitos num estudo. A escolha das variáveis atributo é determinada em função das necessidades do estudo. Uma vez colhidos os dados,

a informação serve para traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra. (Fortin, 2009).

No trabalho em questão, as variáveis atributo são: o gênero; a idade; a profissão.

Estão também presentes neste trabalho as variáveis em estudo tais como a ida ou não ao SU, a pulseira atribuída, o motivo da ida ao SU, realização de exames ou medicação no SU ou no domicílio posteriormente e a realização de algum exame ou tratamento no SU.

iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste

Neste trabalho foi utilizado como método de colheita de dados um questionário estruturado “(...) preenchido pelos próprios sujeitos, sem assistência.

“O questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessitam de respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos” (Fortin, 2009, pp. 249). A mesma autora aponta como principal desta técnica, a possibilidade de a mesma ser utilizada na toda a população (Fortin, 2009).

De referir ainda que o questionário elaborado para o efeito, foi elaborado pela investigadora, com a finalidade de poder dar resposta aos objetivos traçados para o estudo e foi previamente testado sob a forma de pré-teste.

O Pré-teste é realizado com o objetivo de verificar a validade, fidedignidade e operacionalidade do instrumento de pesquisa (questionário), e de modo a testar se é adequada a sua utilização como instrumento de pesquisa (Fortin, 2009).

Para Fortin (2009, pp.386) o pré-teste é “(...) a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 a 20 pessoas) da população alvo.”. Lakatos e Marconi (2008, p.32), refere que o “ (...) pré-teste pode ser aplicado mais de uma vez, tendo em vista o seu aprimoramento e o aumento da sua validade”.

Ainda no pré-teste foi necessária a correção de uma questão na parte II uma vez que não se fazia referencia ao facto dos dados a serem colhidos se referirem à última experiência no SU o que poderia assim causar alguma discordância nas respostas.

O questionário, instrumento de colheita de dados utilizado nesta investigação, é constituído por 16 questões que identificam o motivo de ida à urgência por parte da população em estudo (Anexo I).

Como critérios de inclusão foi definido que a população necessitava de ter mais de 18 anos na altura de recorrer ao SU, ser atendido no SU adultos e as respostas serem válidas a todas as questões.

v. Tratamento e apresentação dos dados

A análise de dados deve ser realizada através de um método oportuno de acordo com os objetivos e o desenho do estudo de forma a que este seja acessível à descrição de relações, verificação de relação entre as variáveis ou comparações de grupo (Fortin, 2009).

O tratamento estatístico é crucial em qualquer trabalho de pesquisa, na medida em que nos permite atribuir uma significação aos dados obtidos pela aplicação do instrumento da colheita de dados. Para Fortin (2009, pp.27), “a análise estatística dos dados e a apresentação dos resultados estatísticos necessitam, evidentemente, de um bom conhecimento dos princípios de base da estatística”.

Após a seleção do instrumento de colheita de dados e tendo em conta as suas características será elaborada uma base de dados para a análise dos mesmos. Estes serão submetidos a análises para dar resposta às questões levantadas. Deste modo serão analisados pelo método estatístico utilizando programas de estatística descritiva simples, com a respetiva análise de frequências (Fortin, 2009).

O método de tratamento de dados utilizado neste estudo foi executado através do Microsoft Office Excel 2007. Os dados serão apresentados sobre forma de tabelas e gráficos para melhor compreensão e organização dos dados.

Segundo Fortin (2009) as estatísticas descritivas permitem descrever os valores obtidos pela medida de variáveis servindo para caracterizar as relações entre duas ou mais variáveis.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

Fortin (2009) defende que, a investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Assim, é importante tomar as disposições necessárias para proteger os direitos e as liberdades das pessoas que participam nas investigações. De acordo com os códigos de ética foram desenvolvidos cinco princípios: direito à auto- determinação, à intimidade, à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e prejuízo e a um tratamento justo e equitativo, que serão aplicados no presente trabalho.

Segundo Fortin (2009 , pp.117), “ a ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta”.

O direito a autodeterminação baseia-se no respeito pelas pessoas, isto é, cada pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Este principio foi, portanto, cumprido uma vez que os sujeitos tiveram o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação (Fortin, 2009).

Quanto ao direito à intimidade, qualquer investigação junto dos seres humanos constitui uma forma de intrusão na vida pessoal dos sujeitos. O investigador deve assegurar-se que o seu estudo é o menos invasivo possível e que a intimidade dos sujeitos está protegida (Fortin, 2009) .

Fortin (2009) reforça ainda que num estudo de investigação o sujeito consente em participar no estudo e em revelar esta informação íntima ao investigador. Ao longo deste estudo foi mantido o anonimato da pessoa, respeitando-se também o direito à confidencialidade uma vez que a identidade do sujeito não pode ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. O respeito a estes princípios compreende igualmente a etapa de divulgação de resultados.

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo corresponde “ às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem” (Fortin, 2009, pp. 117).

Quando ao direito a um tratamento justo e equitativo Fortin (2009) refere que os sujeitos têm direito a receber um tratamento adequado durante toda a participação no estudo.

Este direito refere-se ao “direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para o qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo”. Estas informações foram expostas através de um consentimento no início do questionário (Fortin, 2009).

III. Fase empírica

De acordo com Fortin (2009, pp. 41) na fase empírica há uma descrição dos métodos de colheita de dados que irão ser utilizados. É também nesta fase que o plano de investigação que foi anteriormente elaborado é posto em prática. “Esta fase inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e tratamento dos dados. Para fazer isto, utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos, análise de conteúdo” (Fortin, 2009).

Após isto, é feita a interpretação e comunicação dos resultados. É a partir destes resultados que se podem propor novas vias de investigação e formular recomendações.

1. Apresentação, análise e interpretação dos dados

Após a colheita de dados da amostra, a análise e interpretação dos dados consiste na apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados.

Para concretização do estudo foram respondidos 187 questionários sendo que esta amostra ficou reduzida a 129 questionários após aplicados os critérios de inclusão.

No que diz respeito à apresentação de dados obtidos, de acordo com Fortin (2009, pp. 341) “a descrição compreende o número de sujeitos que participaram no estudo e as duas

características sociodemográficas pertinentes tais como idade, o sexo, o estado civil, o grupo étnico, a profissão, o nível de escolaridade.”

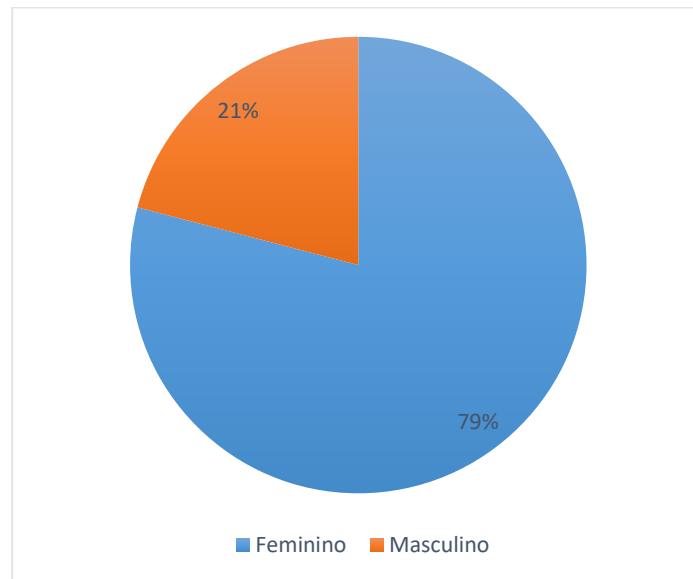


Gráfico n° 1- Distribuição das frequências relativas por Género

De acordo com a amostra deste estudo, formada por 129 indivíduos, verifica-se através do gráfico acima apresentado que 79% constituíam o género feminino e 21% o género masculino, correspondendo assim a 102 mulheres e 27 homens respetivamente.

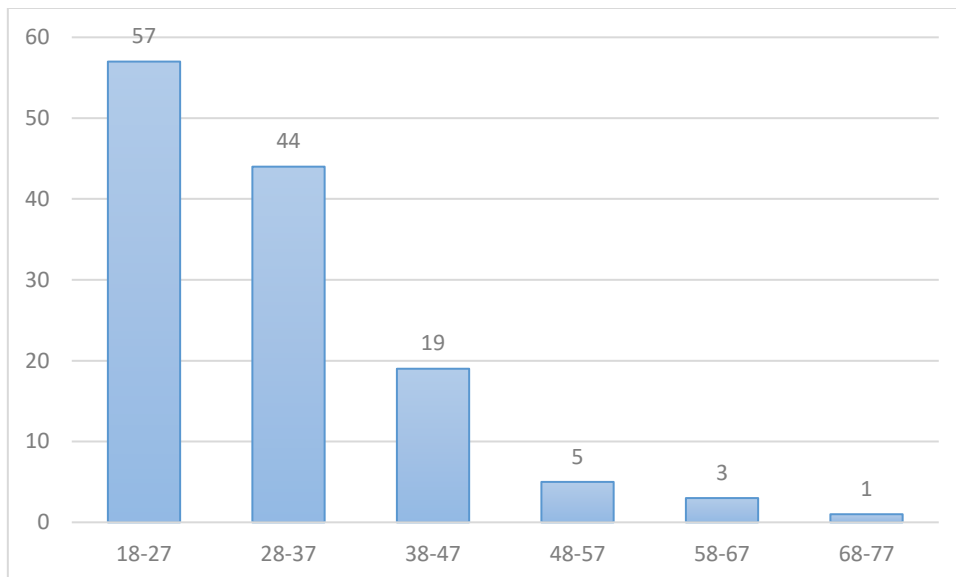


Gráfico n° 2 - Distribuição das frequências absolutas por Grupo Etário

Dada a existência de uma grande variedade de idades foram criados os intervalos visíveis no gráfico acima apresentado com o intuito de facilitar a leitura e a apresentação dos

resultados. Posto isto, pode verificar-se através do gráfico nº2, que a maioria dos participantes (57 pessoas) apresentavam idades entre os 18 e os 27 anos, correspondendo assim a 44,18% da amostra.

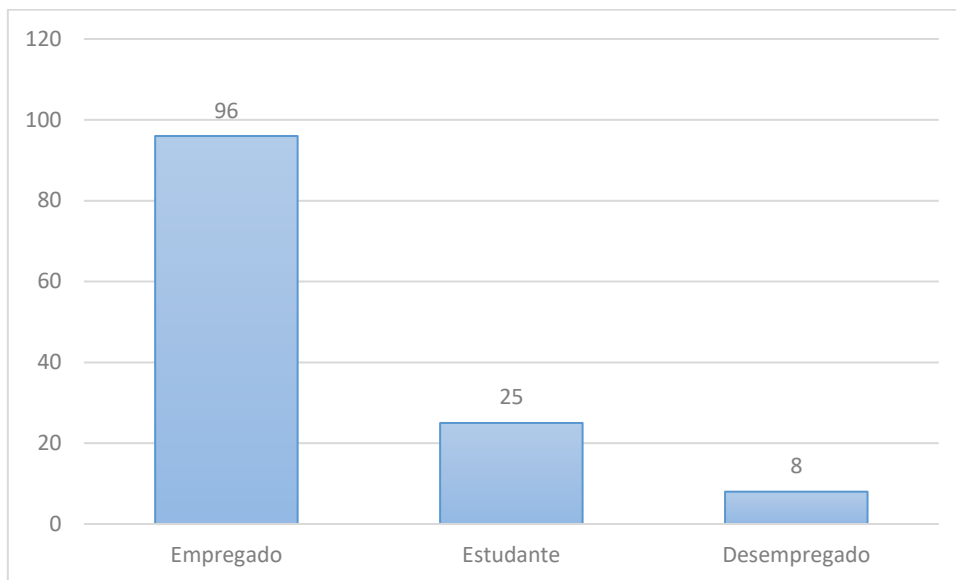


Gráfico nº 3 - Distribuição das frequências absolutas por *Situação Profissional*

O gráfico nº3 indica a situação profissional dos indivíduos no momento em que os dados foram recolhidos. Constatou-se então que 74,42% dos participantes (96 pessoas) estavam empregadas, 19,38% que corresponde a 25 pessoas eram estudantes e 8 pessoa correspondente a 6,20% se encontrava desempregada.

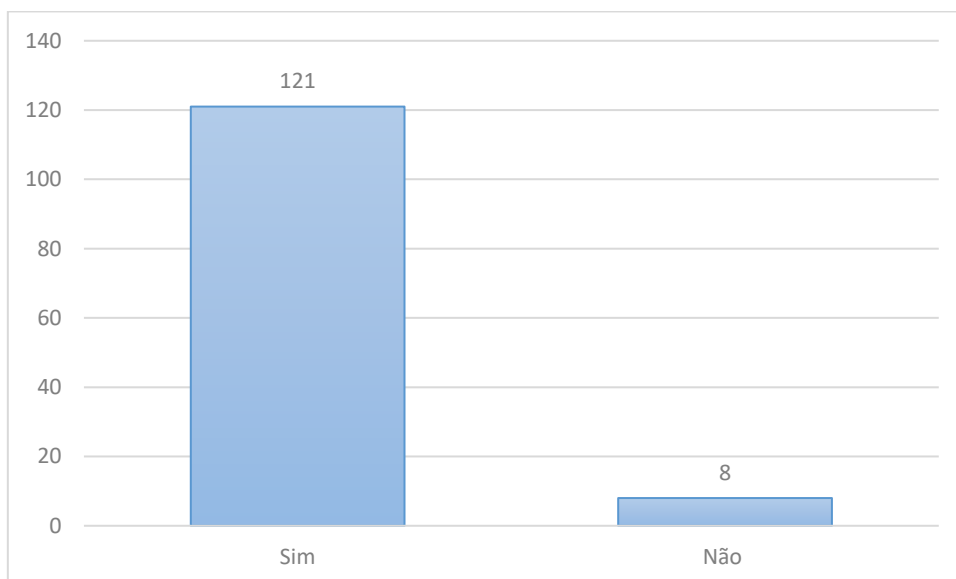


Gráfico nº 4 - Distribuição das frequências absolutas por *ida ao Serviço de Urgências*

Considerando o gráfico acima representado, relativo à ida ou não ao serviço de urgência, foi possível verificar que a maior parte dos indivíduos da amostra, correspondente a 93,80% (121 pessoas) já recorreram ao SU pelo menos uma vez em adulto enquanto que 6,20% (8 pessoas) nunca recorreram ao SU.

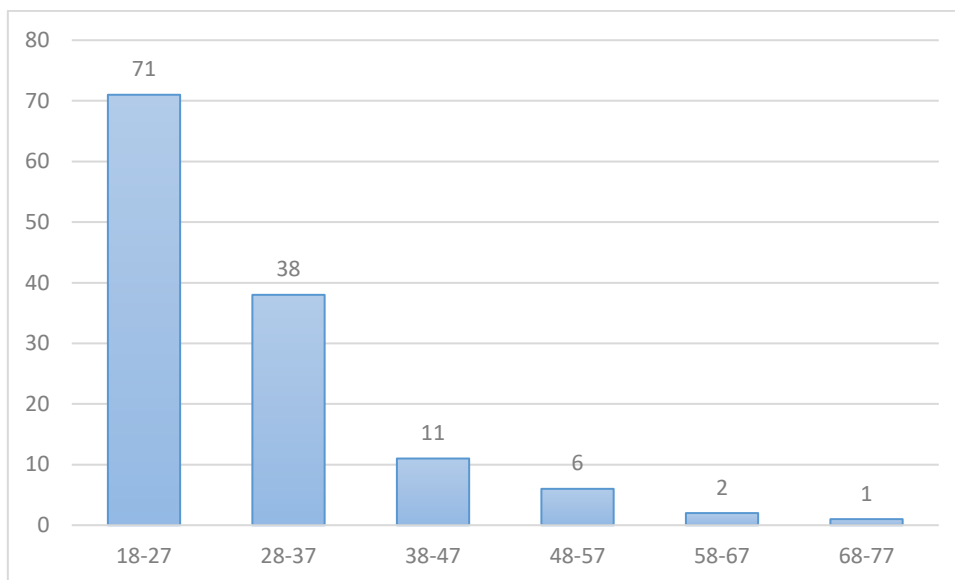


Gráfico nº 5 - Distribuição das frequências absolutas por grupo etário no momento em que recorreu ao SU

O gráfico nº5 faz referência à idade com que as pessoas recorreram ao SU tendo em conta o seu último episódio de urgência. Com isto, foi possível concluir que há uma maior afluência na ida à urgência entre as idades 18 e 27 anos (55,04%), de acordo com a amostra trabalhada. Podemos ainda afirmar que o intervalo de idades com menos afluência ao SU na amostra estudada é entre os 68 e 77 anos (0,78%).

Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar

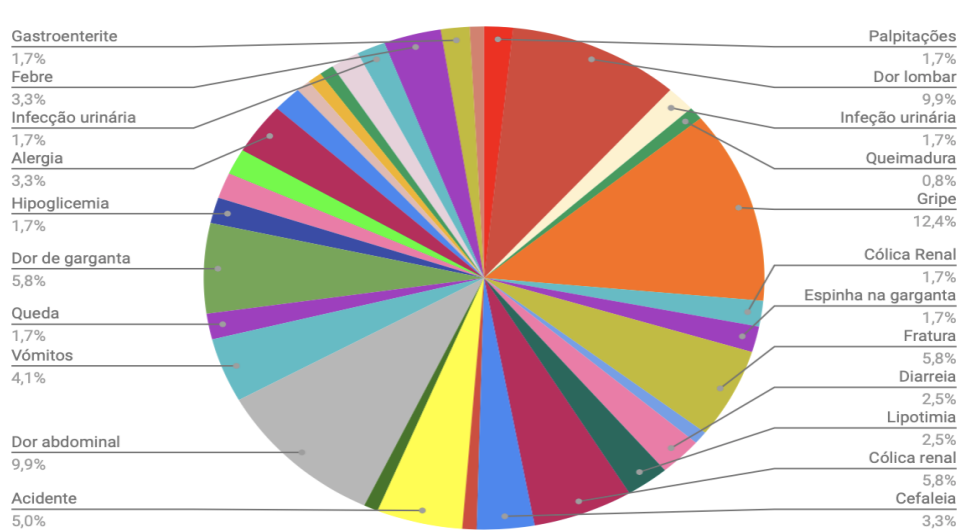


Gráfico nº 6 - Distribuição das frequências relativas dos motivos que levaram as pessoas a recorrer ao SU

O gráfico acima apresentado refere-se ao motivo que levou as pessoas a recorrer ao SU tendo em conta a sua última visita. No momento em que foi aplicado o questionário cerca de 12,40% da amostra (15 pessoas) recorreram ao SU por gripe enquanto que aproximadamente 9,90% da amostra recorreu por dor lombar ou dor abdominal (12 pessoas em cada).

Neste gráfico nº6 é ainda possível verificar que 0,80% da amostra (1 pessoa) recorreu por hemorragia, gravidez, dor crónica, infeção respiratória ou otite e 1,7% da amostra (2 pessoas) recorreu por ansiedade ou dispneia. Uma vez que o número de pessoas a recorrer ao SU pelos motivos anteriormente mencionados é mínimo, estes não aparecem legendados no gráfico.

Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar

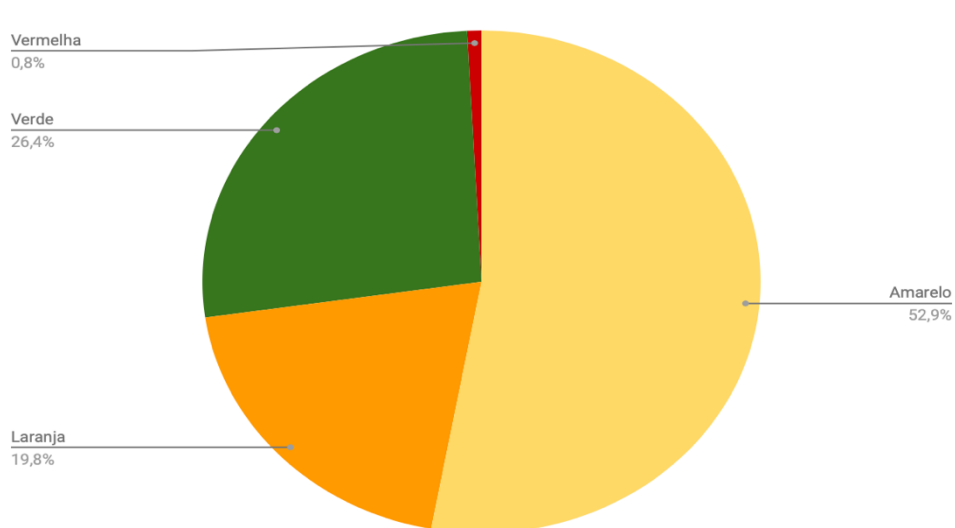


Gráfico nº 7 - Distribuição das frequências relativas da prioridade atribuída no momento da Triagem de Manchester

Os resultados deste gráfico nº7 mostram que a maioria dos adultos deste estudo que recorreram ao SU, isto é cerca 52,90% (68 pessoas) foram atribuídas com pulseira amarela, ou seja, com prioridade urgente, enquanto que 26,40% da amostra (34 pessoas) apresentavam pulseira verde, pouco urgente.

No que diz respeito à atribuição da pulseira laranja, esta tem uma percentagem de 19,80% que representa 26 pessoas. Já a pulseira vermelha apenas foi atribuída a uma pessoa da amostra estudada perfazendo assim 0,80%.

Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar

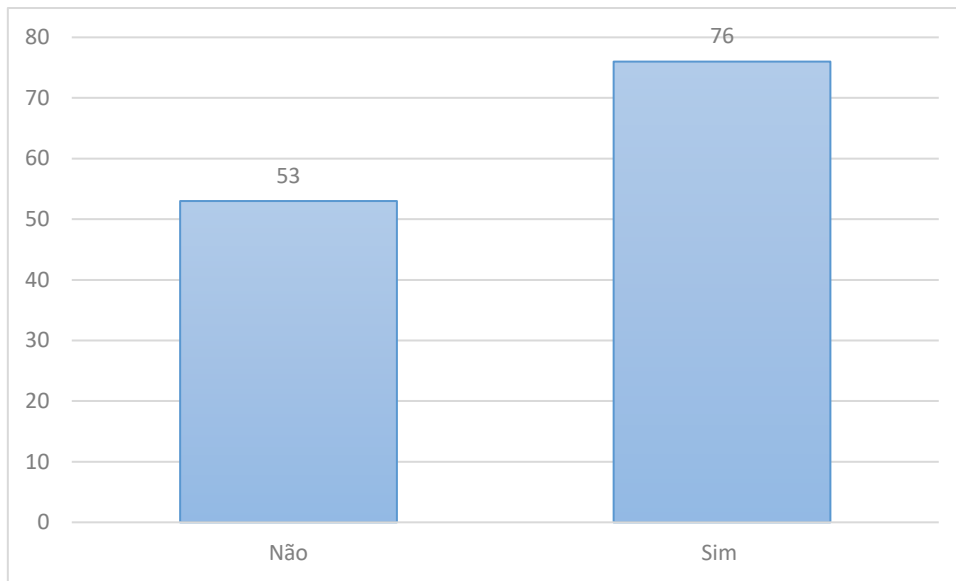


Gráfico nº 8 - Distribuição das frequências absolutas das *propostas a alternativas ao SU*

Foi ainda questionado à amostra se no momento da triagem, foi-lhe proposto que deveria ter recorrido ao Médico de família sendo possível através do gráfico nº8 confirmar que apenas 5,43% (7 pessoas) foram informadas de que não seria necessário recorrer ao SU uma vez que o médico de família poderia resolver a situação atual da pessoa.

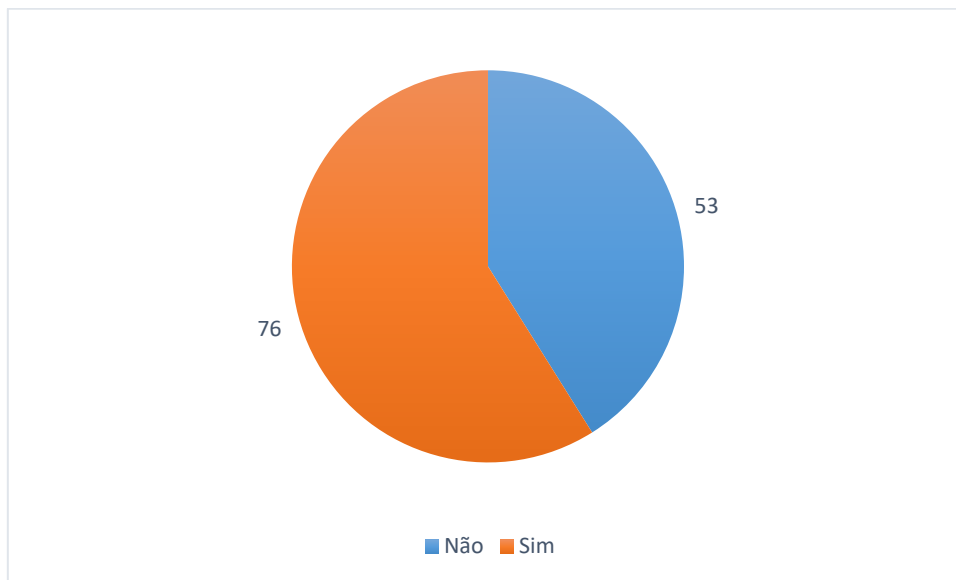


Gráfico nº 9 - Distribuição das frequências absolutas por *realização de exames no SU*

O gráfico nº8 mostra-nos que 58,91% (76 pessoas) das pessoas realizaram exames durante a sua ida ao SU enquanto que 41,09% (53 pessoas) não realizou qualquer exame.

Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar

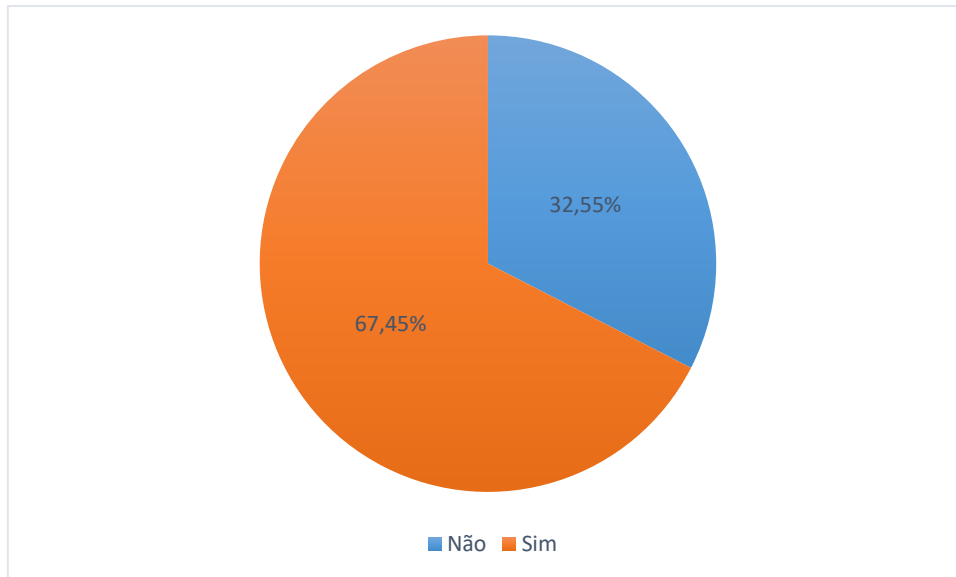


Gráfico n° 10 - Distribuição das frequências relativas por tratamentos realizados no SU

O gráfico anterior dá-nos os dados das pessoas que realizaram no SU qualquer tipo de tratamento, chegando à conclusão de que em 32,55% (42 pessoas) não necessitou de qualquer tipo de tratamento.

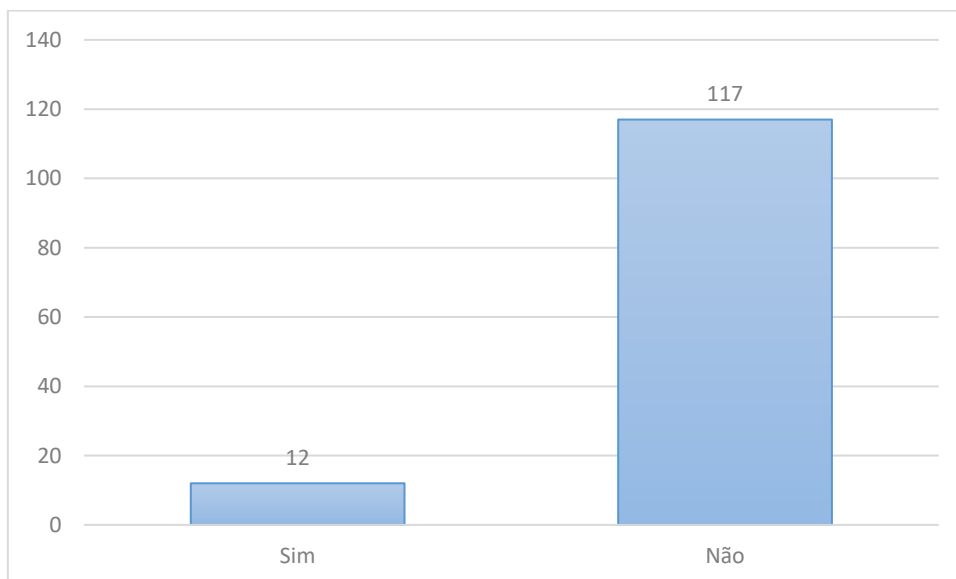


Gráfico n° 11 - Distribuição das frequências absolutas por proposta de internamento

No que diz respeito ao internamento, o gráfico n°11 diz-nos que 90,69% (117 pessoas) da amostra apresentava qualquer necessidade de internamento.

Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar

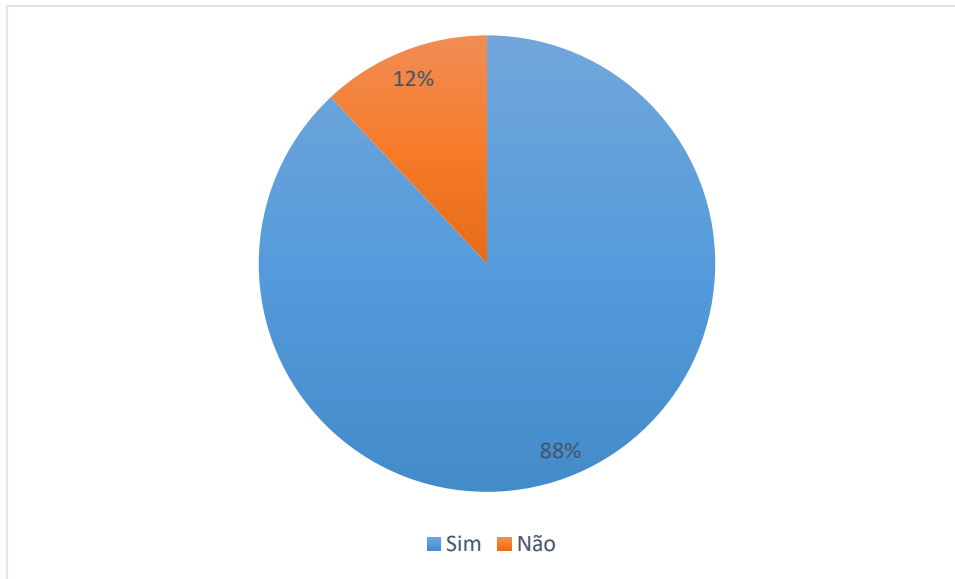


Gráfico n° 12 - Distribuição das frequências relativas por realização de *medicação no domicílio*

Através do gráfico n°12 podemos concluir que após o momento da alta apenas 12,00% (15 pessoas) não necessitaram de fazer medicação no domicílio resultante da sua condição aquando a ida ao SU.

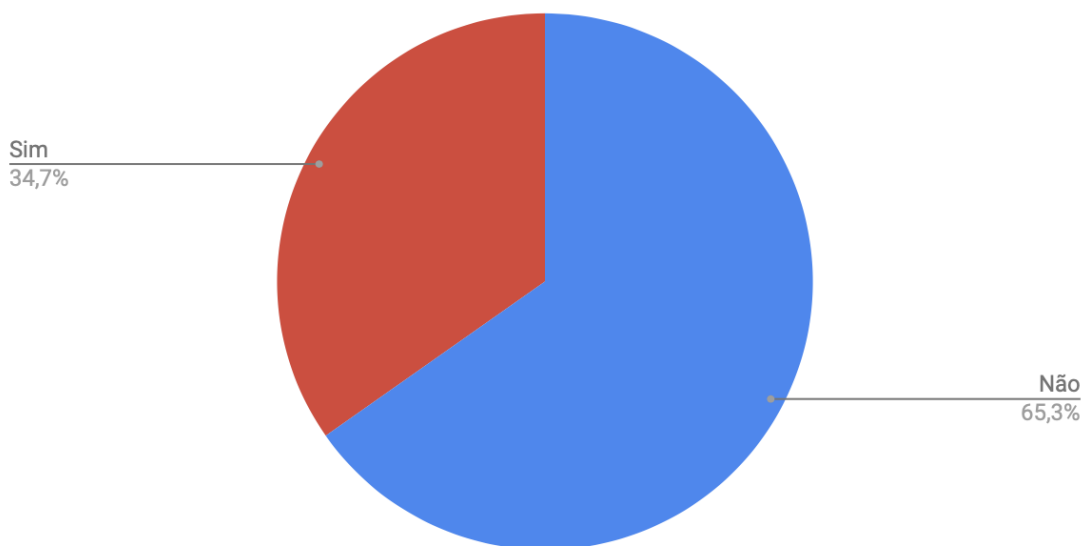


Gráfico n° 13 - Distribuição das frequências relativas por *acompanhamento no médico de família após a alta*

Após recorrerem ao SU, apenas 34,70% foram aconselhadas a dirigir-se ao médico de família posteriormente para vigilância da sua condição.

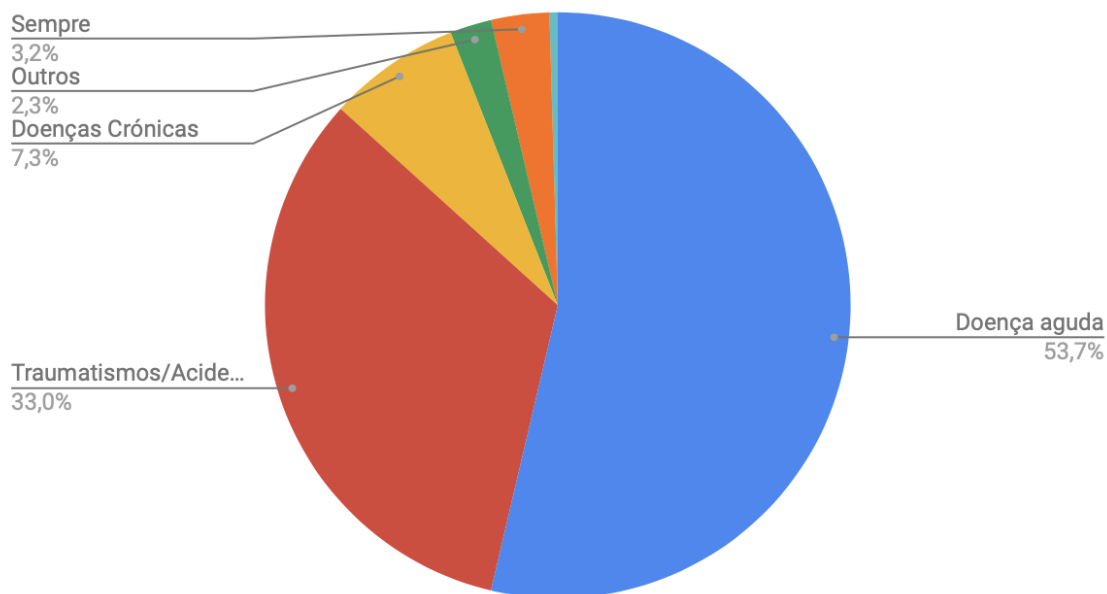


Gráfico nº 14 - Distribuição das frequências relativas de motivos que levariam as pessoas a recorrer ao SU

Para que fosse possível a realização dos gráficos nºs 14, 15 e 16 e das tabelas nºs 2, 3 e 4 foi necessário construir classes e subclasses no que diz respeito as respostas dadas pelos indivíduos em estudo para uma melhor organização de dados. Passo então a citar as classes e subclasses que são respetivamente:

1. Sintomas/Doenças Agudas

- 1.1- Doenças Cardiovasculares
- 1.2- Distúrbios gastrointestinais (ex. diarreia, vômitos, indisposição)
- 1.3- Distúrbios do trato urinário (ex. infecção urinária)
- 1.4- Dor aguda (ex. lombalgias, cefaleias, odinofagia, dor relacionada a cólica renal)
- 1.5- Gripe (ex. mau estar geral)
- 1.6- Hipertermia
- 1.7- Sincope
- 1.8- Hemorragias

2. Sintomas/Doenças Crônicas

- 2.1- Vigilância de doenças crônicas
- 2.2- Agudização de doenças crônicas

2.3- Pedido de exames/medicação

3. Traumatismos/Acidentes
4. Outros (ex. gravidez, esclarecimento de dúvidas, quando encaminhado por algum serviço de Saúde)
5. Recorro sempre a este serviço
6. Nunca recorro a este serviço

Posto isto, esta gráfico faz referência às respostas da questão “refira dois motivos que o levariam a recorrer ao serviço de urgência” sendo nem todas as pessoas referiram dois motivos em cada pergunta e algumas responderam mais do que dois motivos em cada questão, 53,7% (que equivale a 117 respostas) respondeu que iria por motivo de doença aguda, 33,0% (71 respostas) recorreriam ao SU por traumatismos ou acidentes, 7,3% (16 respostas) apelariam ao SU em caso de doença crónica, 3,2% (7 respostas) usaria o SU como serviço de prestação de Saúde para qualquer tipo de situação e 2,3% (5 respostas) dirigiam-se ao SU por motivos que não estão representados em nenhuma das outras categorias.

Tabela 2 - Motivos que o levariam a recorrer ao Serviço de Urgência

Motivos que o levariam a recorrer ao Serviço de Urgência		
	Porcentagem (%)	Número de respostas (n°)
1. Sintomas/Doenças agudas	53,7%	117
1.1. Doenças Cardiovasculares	7,4%	16
1.2. Distúrbios gastrointestinais (ex. diarreia, vômitos, indisposição)	3,4%	8
1.3. Distúrbios do trato urinário (ex. infeções urinárias)	0,9%	2
1.4. Dor aguda (lombalgias, cefaleias, odinofagia, dor relacionada com cólicas renais)	29,0%	63
1.5. Gripe (ex. mau estar geral)	3,2%	6
1.6. Hipertermia	5,5%	12
1.7. Sincope	2,3%	5
1.8. Hemorragias	2,3%	5
2. Sintomas/Doenças crónicas	7,3%	16
2.1. Vigilância de doenças crónicas	0,5%	1
2.2. Agudização de doenças crónicas	5,9%	11
2.3. Pedido de exames/medicação/baixas	2,2%	4
3. Traumatismos/Acidentes	33,0%	71
4. Outros	2,3%	5
4.1. Gravidez (vigilância, confirmação, desconforto)	1,4%	3
4.2. Esclarecimento de dúvidas	0,5%	1
4.3. Quando encaminhado por outro serviço de Saúde	0,5%	1
5. Recorro sempre a este serviço	3,2%	7
6. Nunca recorro a este serviço	0,5%	1

A partir da tabela anterior é possível perceber que mais de metade da amostra (53,7%) que recorreria ao SU como 1ª opção por doença aguda iria com o motivo de dor enquanto que apenas 1 pessoa (0,5%) apenas iria quando encaminhada por outro serviço de Saúde.

É ainda possível verificar que 3,2% da amostra recorreriam ao SU por gripe.

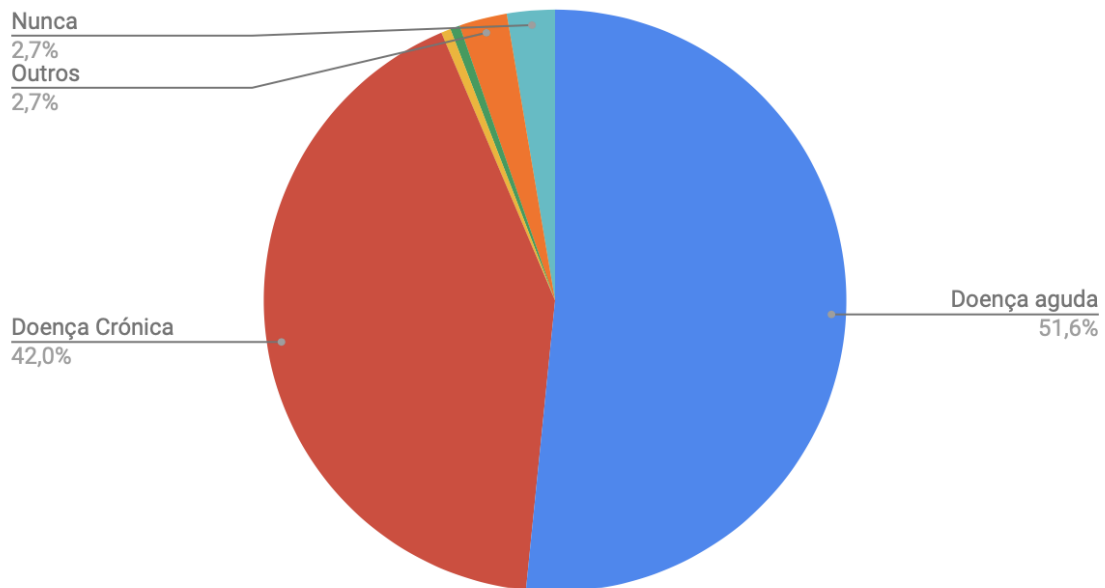


Gráfico n° 15 - Distribuição das frequências relativas de motivos que levariam a recorrer ao CS

O gráfico anterior mostra que 42,0% (79 respostas) recorreriam ao CS em caso de doença crónica e 51,6% (79 respostas) recorreriam ao CS por doença aguda. Através destas respostas foi ainda possível verificar que 2,7% (5 respostas) nunca recorreriam ao CS e igualmente 2,7% recorreriam por motivos que não se enquadram em nenhuma das classes anteriores.

Tabela 3 - Motivos que o levariam a recorrer ao Centro de Saúde

Motivos que o levariam a recorrer ao Centro de Saúde		
	Percentagem (%)	Número de respostas (nº)
1. Sintomas/Doenças agudas	51,6%	97
1.1. Doenças Cardiovasculares	0,0%	0
1.2. Distúrbios gastrointestinais (ex. diarreia, vômitos, indisposição)	5,9%	11
1.3. Distúrbios do trato urinário (ex. infeções urinárias)	4,8%	9
1.4. Dor aguda (lombalgias, cefaleias, odinofagia, dor relacionada com cólicas renais)	20,2%	38
1.5. Gripe (ex. mau estar geral)	14,4%	29
1.6. Hipertermia	4,8%	9
1.7. Sincope	0,5%	1
1.8. Hemorragias	0,0%	0
2. Sintomas/Doenças crónicas	42,0%	79
2.1. Vigilância de doenças crónicas	13,3%	25
2.2. Agudização de doenças crónicas	2,7%	5
2.3. Pedido de exames/medicação/baixas	26,1%	49
3. Traumatismos/Acidentes	0,5%	1
4. Outros	2,7%	5
4.1. Gravidez (vigilância, confirmação, desconforto)	1,6%	3
4.2. Esclarecimento de dúvidas	1,1%	2
4.3. Quando encaminhado por outro serviço de Saúde	0,0%	0
5. Recorro sempre a este serviço	0,5%	1
6. Nunca recorro a este serviço	2,7%	5

A tabela nº3 mostra os motivos que levariam as pessoas a recorrer ao centro de Saúde, onde podemos observar que o motivo mais frequente (20,2%) apelaria a esse serviço de Saúde devido a dor aguda e ainda 26,1% recorreria ao CS para pedido de exames, medicação ou baixa que nunca recorreriam ao CS.

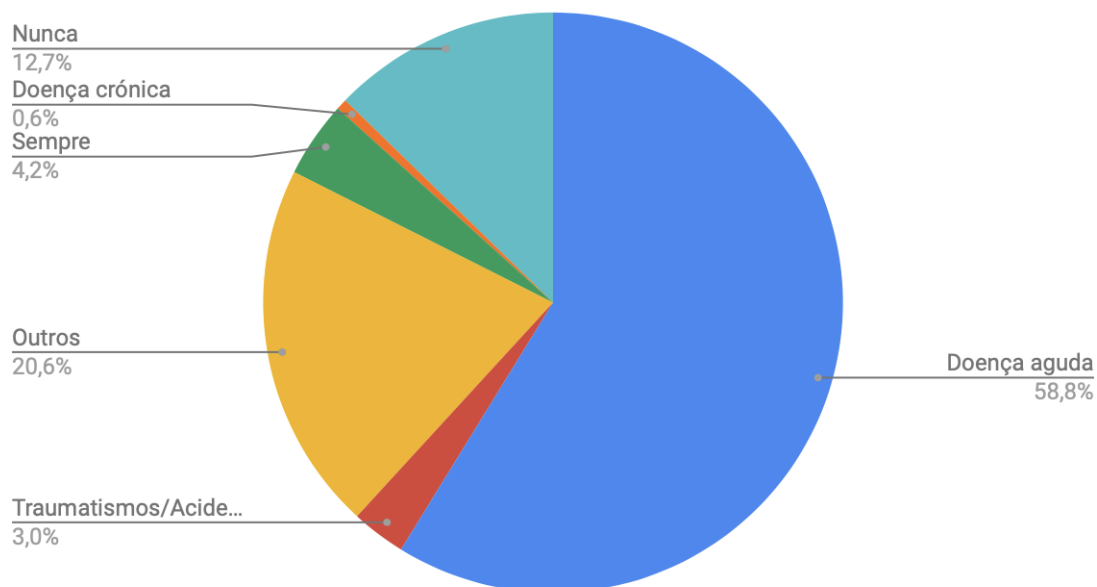


Gráfico nº 16 - Distribuição das frequências relativas de motivos que levariam a recorrer a linha de Saúde 24

No que diz respeito à linha de Saúde 24 apenas 4,2% (7 respostas) escolheria a linha de Saúde 24 como serviço de Saúde pioneiro. A maioria dos indivíduos (58,8% - 97 respostas) afirmou que recorreria a este serviço de saúde por doença aguda, 12,7% (20 respostas) afirmou que nunca usaria este serviço de saúde, apenas 0,6% (1 respostas) apelaria à linha de Saúde 24 por doença crônica e 3,0% (5 respostas) por traumatismos/acidentes. O segundo motivo mais mencionado foi o esclarecimento de dúvidas que se enquadra na subclasse “outros” tendo uma percentagem de 20,6% (35 respostas).

Tabela 4 - Motivos que o levariam a recorrer à linha de Saúde 24

Motivos que o levariam a recorrer à linha de Saúde 24		
	Percentagem (%)	Número de respostas (n°)
1. Sintomas/Doenças agudas	58,8%	97
1.1. Doenças Cardiovasculares	0,0%	0
1.2. Distúrbios gastrointestinais (ex. diarreia, vômitos, indisposição)	9,1%	15
1.3. Distúrbios do trato urinário (ex. infeções urinárias)	0,6%	1
1.4. Dor aguda (lombalgias, cefaleias, odinofagia, dor relacionada com cólicas renais)	18,2%	30
1.5. Gripe (ex. mau estar geral)	18,8%	31
1.6. Hipertermia	9,7%	16
1.7. Sincope	2,4%	4
1.8. Hemorragias	0,0%	0
2. Sintomas/Doenças crónicas	0,6%	1
2.1. Vigilância de doenças crónicas	0,0%	0
2.2. Agudização de doenças crónicas	0,6%	1
2.3. Pedido de exames/medicação/baixas	0,0%	0
3. Traumatismos/Acidentes	3,0%	5
4. Outros	20,6%	35
4.1. Gravidez (vigilância, confirmação, desconforto)	0,0%	0
4.2. Esclarecimento de dúvidas	21,2%	35
4.3. Quando encaminhado por outro serviço de Saúde	0,0%	0
5. Recorro sempre a este serviço	4,2%	7
6. Nunca recorro a este serviço	12,7%	20

Na tabela acima mencionada foi possível analisar os motivos que levariam as pessoas a recorrer à linha de Saúde 24 sendo que 12,7% (20 respostas) afirmou que nunca recorreria a este serviço. O motivo que prevalece neste gráfico é o esclarecimento de dúvidas uma vez que houveram 35 respostas (21,2%) com esse motivo.

Estudos epidemiológicos têm vindo a demonstrar alguma associação entre o uso indevido do serviço de urgência com a sobrelotação do mesmo e o desgaste físico e emocional dos profissionais de Saúde.

O presente estudo identificou que a maior parte da amostra recorreu ao SU quando poderiam ter optado por outro serviço de Saúde em primeiro lugar comprovado pela prioridade “pouco urgente” a que a muitos foi atribuída.

Contudo, verificou-se que cada vez mais as pessoas têm conhecimento das opções de serviços de prestação de Saúde e da devida utilização dos mesmos, no entanto é ainda preocupante a quantidade de indivíduos que nunca pensariam em utilizar outros serviços de prestação de Saúde além dos SU.

Quanto à variedade de idades não existe um consenso com o estudo realizado por Afonso (2017) uma vez que esta defende que a maioria dos utilizadores do SU têm idades entre os 25 e os 44 anos. No estudo acima realizado foi possível verificar que a maior parte dos utilizadores do SU tem idades compreendidas entre 18 e 27 anos (44,18%).

Ao contrario da idade, existe um consenso com o estudo de Afonso (2017) no que diz respeito ao género que mais se destaca na utilização do SU que, tal como refere o autor, varia conforme a amostra, e que neste caso também é predominantemente feminino.

Dixe et al. também defende que a maior afluência ao SU é por parte do sexo feminino, que nesta investigação é de 78,9% da amostra (102 pessoas) contra 21,10% do sexo masculino (27 pessoas).

É ainda possível afirmar que a maioria dos utilizados do SU são pessoas empregadas..

De acordo com a variável da cor da pulseira atribuída é perceptível que maior afluência seria a cor amarela com 52,9% , estes dados vão de acordo às conclusões retiradas por Silva (2012), em que a maioria dos episódios são de facto relativos a pulseiras de cor amarela.

Indo de encontro aos dados do Relatório Anual de Acesso aos Cuidados de Saúde, a maioria dos utilizadores não requer cuidados de saúde requintados, podendo estes ser prestados a nível dos CSP (Ministério da Saúde, 2015).

Na maioria dos países pertencentes à OCDE, segundo Berchet (2016), os diagnósticos dos episódios de urgência são relativos a acidentes (traumatismos, quedas, acidente de viação, etc.) o que não vai de encontro com este estudo uma vez que no último episódio de urgências relatado pela amostra foi maioritariamente relacionado com doenças agudas.

De acordo com Afonso (2017) o destino após a alta mais frequente é o exterior não referenciado, ou seja, sem qualquer encaminhamento para observação clínica futura, o que se reflete também neste estudo uma vez que apenas 34,70% da amostra foi aconselhado a dirigir-se ao médico de família para vigilância após a alta.

Conclusão

Em Portugal, os acessos aos cuidados de Saúde são possíveis através de dois métodos: a consulta, que envolve planeamento, e a urgência, que não envolve planeamento. Novo (2010) defende que “A facilidade que se tem vindo a verificar no acesso aos cuidados de Saúde, nomeadamente às Urgências, tem provocado alguma desregulação pelo lado da procura, estrangulando a capacidade de resposta dos serviços”.

A inadequação dos SU no nosso país passa pelo facto de estes apresentarem uma localização de proximidade aos utentes e pela crença de que estes serviços oferecem um vasto leque de cuidados de Saúde como a realização de exames no imediato, são alguns dos motivos apontados pelos utentes para a escolha pioneira dos SU.

Já Novo (2010), refere, num estudo concretizado na cidade de Viana de Castelo, que, apesar do aumento de médicos generalistas, o SU continuava a ser utilizado como fonte de cuidados primários por parte dos utentes, principalmente por utentes que não teriam sido referenciados anteriormente vindo assim comprovar a literatura que defende que a grande parte dos utentes que recorrem ao SU fá-lo por livre iniciativa.

Vários estudos empíricos realizados (Pereira et al., 2001; Oliveira, 2006; Oktay, Cece, Eray, Pekdemir Gunerli, 2003) mostram que uma grande parte destes utentes não apresentam situações de verdadeira urgência, podendo, por isso, ter recorrido a outros serviços da rede do SNS.

Neste estudo foi possível verificar que existe não só uma resposta ineficaz e não direcionada dos cuidados de Saúde primários, mas também uma necessidade de alerta para o uso indevido do SU uma vez que a amostra tinha conhecimento sobre alternativas a este, mas não mostrava interesse em utilizá-las.

Esta investigação tratou-se de um trabalho de difícil concretização uma vez que a investigadora é inexperiente e sentiu algumas dificuldades ao longo da sua realização principalmente na análise de dados. A investigadora sentiu ainda alguma dificuldade em relação ao número de participantes uma vez que gostava de ter um número razoável de amostras para analisar.

Referências bibliográficas

Afonso S. C. C. (2017). Utilizadores Frequentes no Serviço de Urgência Geral: caracterização e definição de estratégias. [Em linha] Disponível em <<https://run.unl.pt/bitstream/10362/32135/1/RUN%20-%20Dissertação%20de%20Mestrado%20-%20Sandra%20Afonso.pdf>> [Consultado em 21-08-2018]

Berchet C. (2015). Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. OECD Heal Work Pap. [Em linha] Disponível em <[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2015\)6&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2015)6&docLanguage=En)> [Consultado em 30-01-2019]

Campos, L. (2014). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência (Documento de Trabalho). In Plano Nacional de Saúde 2011-16. [Em linha]. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emergencia_e_Urgencia.pdf> [Consultado em 23-01-2019]

Cardoso T., Alarcão I. e Celorico J. A. (2010). Revisão da Literatura e Sistematização do Conhecimento. [Em linha] Disponível em <<https://www.portoeditora.pt/produtos/ficha/revisao-da-literatura-e-sistematizacao-do-conhecimento/2990572>> [Consultado em 30-09-2018]

Direcção-Geral da Saúde (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. [Em linha]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf> . [Consultado em 03-09-2018]

Dixe M. A. C. R., et al. (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. [Em linha] Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832018000100005> [Consultado em 28-11-2018]

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, lusodidata.

Gomes, M. M. de O. R. (2013). O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses: um estudo no Hospital de São João. 1–68.8 [Em linha]. Disponível em <http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4546/1/DM_MafaldaGomes_2014.pdf>

Consultado em 12-06-2018

Grupo Português de Triagem. (2010). [Em linha]. Disponível em <<http://www.grupoportuguestriagem.pt>> Consultado em [17-11-2018]

Lakatos, E. e Marconi, M. (2008). Técnicas de pesquisa: planeamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração análise e interpretação de dados. São Paulo, atlas.

Leporatti L, Ameri M, Trincherro C, Orcamo P, Montefiori M. Targeting frequent users of emergency departments: Prominent risk factors and policy implications. [Em linha] Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.00>> [Consultado em 21-08-2018]

Manual de elaboração de trabalhos científicos. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ufp.pt/app/uploads/2018/07/Manual-Estilo-Elaboração-trabalhos-cient%C3%ADficos.pdf>> [Consultado em 21-01-2019]

Ministério da Saúde (2002). Despacho Normativo nº 11/2002 - Criação do serviço de urgência hospitalar. Diário Da República, Série I - B - Nº55 de 6 de Março, 1865–1866. . [Em linha]. Disponível em <<http://www.dr.incm.pt>> [Consultado a 30-09-2018]

Ministério da Saúde (2006). Despacho (extracto) n.º 18 458/2006. [Em linha] Disponível em <<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/1518280/details/normal?q=despacho+18459%2F2006>> [Consultado em 30-09-2018]

Ministério da Saúde (2010). Plano Nacional de Saúde - Orientações Estratégicas. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgsaude.pt>> [Consultado em 30-09-2018]

Novo, L. S. M. (2010). A Procura de Cuidados de Saúde no Distrito de Viana do Castelo. [Em linha]. Disponível em <[https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45398/2/Lucia Novo Dissertao A Procura de Cuidados de Sade no Distrito de V.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45398/2/Lucia%20Novo%20Dissertao%20A%20Procura%20de%20Cuidados%20de%20Saude%20no%20Distrito%20de%20V.pdf)> [Consultado em 30-09-2018]

Ministério da Saúde (2015). Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas. [Em linha] Disponível em <<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Relatório-Anual-sobre-o-Acesso-a-Cuidados-Saúde-no-SNS-2015-MS.pdf>> [Consultado em 30-08-2018]

Okday, C., Cete, Y., Eray, O., Pekdemir, M. e Gunerli, A. (2003). Appropriateness of Emergency Department Visits in a Turkish University Hospital. *Croatian Medical Journal*, 44(15), 585-591.

Oliveira, A. (2006). Urgência Básica. *Acta Médica Portuguesa*. 19, 269-274.

Oliveira, V. L., et al. (2007). Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. *Texto e contexto – Enfermagem*. . [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000200011&script=sci_arttext>. [Consultado em 30-09-2018]

Paiva, J., Silva, A., Almeida, A., Seco, C., Gomes, C., Ribeiro, E., ... Silva, R. (2012). Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: Relatório CRRNEU. [Em linha]. Disponível em <<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia.pdf>> Consultado em [28-09-2018]

Paulo B., e Oldenburg C. (2005). *Enfermagem em pronto-socorro*. Rio de Janeiro, Senac.

Ponce, P. (2012). *Manual de urgências e emergências*. Lisboa, Lidel.

Sheehy's S. (2013). *Emergency Care*. Schaumburg, ENA.

Silva, M. (2012). *Perfil dos Utilizadores das Urgências: Um estudo no Centro Hospitalar da Cova da Beira*.

Sousa A. F. S. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. [Em linha] Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/09.pdf>> [Consultado em 30-09-2018]

Tobase L. e Tomazini E. A. S. (2017). *Urgências e emergências em enfermagem*. Brasil, Guanabara koogan.

Anexos

Anexo 1. Questionário de estudo

Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar

Estudante a frequentar o 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa, a realizar um Projeto de Graduação, com o título "Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar", com a finalidade da obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem. O objetivo deste questionário consiste em permitir a recolha da informação necessária para a concretização de um estudo, tendo este como objetivo geral "Identificar os motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar".

*Obrigatório

1. **Idade ***

2. **Género ***

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

3. **Profissão ***

4. **Já alguma vez recorreu ao Serviço de Urgência? ***

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não *Passe para a pergunta 14.*

Responda às questões que se seguem tendo em conta a sua última experiência de ida ao Serviço de Urgência

5. Que idade tinha quando aconteceu a ida ao Serviço de Urgência? *

6. Qual o motivo que o levou recorrer ao Serviço de Urgência? *

7. Qual foi a cor da pulseira que lhe foi atribuída *

Marcar apenas uma oval.

- Azul
- Verde
- Amarelo
- Laranja
- Vermelha

8. No momento da triagem, foi-lhe proposto (ou dito) que deveria ter recorrido ao Médico de Família e não ao Serviço de Urgência? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

9. Realizou, no Serviço de Urgência, algum exame? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar

10. **Fez algum tratamento no Serviço de Urgência? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

11. **Foi-lhe proposto ficar internado? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Passe para a pergunta 14.*
 Não

12. **No momento da alta do Serviço de Urgência, foi-lhe prescrita alguma medicação para o domicílio? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

13. **Foi aconselhado a dirigir-se posteriormente ao Médico de Família? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

14. **Refira duas situações que, se acontecerem, o levarão a recorrer ao Serviço de Urgência. ***

Motivos que levam as pessoas a recorrer aos serviços de urgência hospitalar

15. Refira duas situações que, se acontecerem, o levarão a recorrer ao Médico de Família. *

16. Refira duas situações que, se acontecerem, o levarão a contactar a Linha Saúde 24. *
