



**NATÁLIA DA COSTA  
RAMALHO**

**ANÁLISE DO FLUXO DOS UTENTES NAS  
URGÊNCIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO  
VOUGA, E.P.E.**





**NATÁLIA DA COSTA  
RAMALHO**

**ANÁLISE DO FLUXO DOS UTENTES NAS  
URGÊNCIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO  
VOUGA, E.P.E.**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica do Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha, Professor Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território, da Universidade de Aveiro e do Doutor Eugénio Alexandre Miguel Rocha, Professor Auxiliar do Departamento de Matemática, da Universidade de Aveiro



Dedico este trabalho aos meus pais, ao meu irmão e ao Paulo pela compreensão, amor e apoio nos momentos mais difíceis.



## **o júri**

presidente

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina do Nascimento Rodrigues Madeira Almeida de  
Sousa Gomes  
professora auxiliar da Universidade de Aveiro

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Machado Guimarães  
professora convidada da Universidade Católica

Prof. Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha  
professor auxiliar da Universidade de Aveiro





## **agradecimentos**

A etapa que agora termino não seria possível sem o apoio e contributo de algumas pessoas, a quem expresso, do fundo do coração, os meus mais sinceros agradecimentos, nomeadamente:

Ao meu orientador, Professor Gonçalo Santinha, por todos os momentos de orientação, de paciência, pela total disponibilidade e ainda pela grande amizade. O mundo precisa de mais professores assim.

Ao meu coorientador, Professor Eugénio Rocha pelo apoio e disponibilidade.

Ao Engenheiro Carlos Pires, comandante dos Bombeiros Velhos de Aveiro por toda a disponibilidade, sinceridade e acompanhamento do presente trabalho.

À Dr<sup>a</sup> Rosa Conceição, pela confiança depositada e por acreditar que este trabalho era possível, pelo seu carinho e acompanhamento ao longo de todo o Estágio.

À Dr<sup>a</sup> Clárisse, pelo acompanhamento fiel ao longo do período de estágio, pelos conhecimentos transmitidos, pela luta constante para que a realização deste trabalho fosse possível e pela amizade.

À Soraia, à Dr<sup>a</sup> Catarina, à Rosa e à Patrícia, pelo acolhimento, amizade e orientação ao longo do período de Estágio.

À Daniela e à Ana, amigas e companheiras que nunca me deixaram desistir, que foram sempre o meu braço direito no decorrer do Estágio.

Ao Enfermeiro António Garrido, por toda a disponibilidade e incansável vontade de ajudar.

Ao Enfermeiro Jorge Simões por toda a ajuda.

Ao Enfermeiro Carlos Jorge e ao Engenheiro Francisco Faro pela disponibilidade e atenção.

À Dr<sup>a</sup> Gulsara, por todo o carinho e amizade.

À Dr<sup>a</sup> Elsa por toda a disponibilidade e ajuda.

A todos os funcionários do CHBV que contribuíram para que este estudo fosse possível.

Aos meus pais, avós e irmão, pela compreensão nos momentos de ausência, pela confiança depositada e por todo o amor.

Ao Paulo, pela compreensão nos momentos mais difíceis, por toda a ajuda, pelo carinho e acima de tudo, pelo amor.

Sem vocês a realização deste Relatório não seria possível. Bem hajam.



**palavras-chave**

Cuidados de saúde, reforma hospitalar, fusão hospitalar, serviço de urgência, qualidade, acesso, tempos de espera.

**resumo**

Da Reforma de Gonçalves Ferreira, que constituiu a base para o atual Sistema, à criação da Lei n.º27/2002, de 8 de novembro, que lança as bases para a criação dos Centros Hospitalares, o Sistema de Saúde Português sofreu várias transformações. Na base destas alterações, porém, está sempre patente a procura de uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, uma maior eficiência dos serviços e ainda a satisfação dos utentes. Uma oferta de cuidados gerais a todos os cidadãos foi também uma preocupação existente nestas reformas. Sabe-se, no entanto, que os Hospitais revelam uma grande complexidade na sua organização e gestão, dadas as suas características intrínsecas e o domínio onde atuam. Os serviços que oferecem e os diferentes problemas que surgem todos os dias dificultam o trabalho dos gestores. É, também, sobre o serviço de urgência que têm recaído as preocupações dos vários gestores, tendo-se este transformado na primeira escolha dos utentes, tornando os serviços menos eficientes e desajustando a dinâmica dos hospitais. Realizado em contexto de estágio, o trabalho desenvolvido teve como duplo propósito: por um lado, perceber o impacto que uma das reformas do sistema de saúde deste século – a fusão hospitalar e a consequente criação de Centros Hospitalares – tem produzido, designadamente no que respeita aos tempos que decorrem desde que o utente sente uma necessidade de utilizar um serviço de urgência até ao primeiro atendimento médico; por outro lado, compreender a dinâmica de fluxos dos utentes do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. e mais particularmente os Serviços de Urgência do Hospital Distrital de Águeda e do Hospital Infante D.Pedro em Aveiro.

O estudo mostra que a fusão não trouxe uma melhoria no atendimento ao utente em situação de urgência, no que ao acesso diz respeito. No entanto, há algumas medidas que podem ser tomadas para reduzir os tempos de espera e aumentar a qualidade do serviço de urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, nomeadamente a criação de fluxogramas como base de apoio à tomada de decisões.



**keywords**

Health care, hospital reform, hospital fusion, emergency service, quality, access, waiting times.

**abstract**

Since the Gonçalves Ferreira's overhaul, which was the basis of the current System, up until the creation of the Law n.º27/2002, of november 8th, that launches the basis to the creation of the Hospital Centres, the Portuguese Healthcare System underwent several transformations. On the basis of these amendments, however, it is always clear the improvement of the healthcare quality, a greater efficiency of the services and still the users' satisfaction. The care offer to all citizens was also the concern existing in all of the overhauls. It is known, however, that the Hospitals show a big complexity in its organisation and management given its characteristics and the area where they operate. The services that are offered and the various problems that present themselves every day make the managers' work difficult. It is, also, on the Emergency Department that the managers' concerns have fallen, but the latter has become the first choice of the users, becoming the services less efficient and misfits the hospitals' dynamics.

Carried out in an internship context, the work developed had as a double purpose: on one hand, to understand the impact that one of the Healthcare Systems' overhauls of this century – the hospitalar fusion and the consequente creation of Hospital Centres – has produced, namely in respect of the time that passes since the user feels the need to utilize an emergency service up until the first medical assistance; on the other hand, to understand the flow dynamics of the users of the Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. and particularly the Emergency Services of the Hospital Distrital de Águeda and the Hospital Infante D.Pedro in Aveiro.

The study shows that the fusion did not bring improvement to the users' assistance in an emergency situation, concerning the access. However, there are a few measures that can be adopted to reduce the waiting times and increase the emergency service's quality of the Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E, namely the creation of flowcharts as a support system to the decision making process.



## Índice de figuras

Figura 1 - Princípios para atingir a qualidade na Administração Pública .....	15
Figura 2 - Organização do Sistema de Saúde Português.....	23
Figura 3 - Atendimentos em serviço de urgência (N.º) nos hospitais por Localização geográfica (Anual) .....	28
Figura 4 - Distribuição da Rede Hospitalar de Urgência/Emergência .....	32
Figura 5 - Triagem de Manchester .....	36
Figura 6 - Variáveis gerais do Sistema de Triagem de Manchester .....	37
Figura 7 - Despesas de saúde pública e tempos de espera .....	45
Figura 8 - Símbolos mais comuns no desenho de fluxogramas .....	49
Figura 9 - Folha de Verificação num Hospital .....	50
Figura 10 - Razões de cancelamento de consultas .....	51
Figura 11 - Diagrama Causa-Efeito de um hospital .....	52
Figura 12 - Histograma incidência da patologia Colesterol .....	53
Figura 13 - Gráfico de tendências – Percentagem de entregas fora do prazo .....	53
Figura 14 - Carta de Controlo - Glicose.....	54
Figura 15 - Área de Influência do CHBV .....	55
Figura 16 - Tempo de Espera total - Águeda .....	63
Figura 17 - Tempo de Espera total - Aveiro.....	63
Figura 18 - Número de acessos por dia da Semana - Aveiro .....	64
Figura 19 - Número de acessos por dia da Semana - Águeda.....	64
Figura 20 - Afluência por períodos escalados - Águeda .....	65
Figura 21 - Afluência por períodos escalados - Aveiro.....	65
Figura 22 - Acesso por faixa etária e período escalado - 2012 .....	66
Figura 23 - Acesso por faixa etária e período escalado - 2016 .....	66
Figura 24 - Afluência por meses do ano - Águeda.....	67
Figura 25 - Afluência por meses do ano - Aveiro .....	67
Figura 26 - Comparação do número de acessos com a temperatura média - 2012 .....	68
Figura 27 - Comparação do número de acessos com a temperatura média - 2016 .....	69
Figura 28 - Comparação do número de acessos com a pluviosidade média - 2012 .....	69
Figura 29 - Comparação do número de acessos com a pluviosidade média - 2016 .....	70
Figura 30 - Percentagem de acessos por sexo - Águeda .....	70
Figura 31 - Percentagem de acessos por sexo - Aveiro.....	71
Figura 32 - Percentagem de acessos por sexo e período escalado - Águeda - 2012 .....	71
Figura 33 - Percentagem de acessos por sexo e período escalado - Águeda - 2016 .....	72
Figura 34 - Percentagem de acessos por sexo e período escalado - Aveiro -2012.....	72
Figura 35 - Percentagem de acessos por sexo e período escalado - Aveiro - 2016.....	73
Figura 36 - Percentagem de Acessos por dia da semana e sexo - Aveiro 2012 .....	73
Figura 37 - Percentagem de Acessos por dia da semana e sexo - Aveiro 2016 .....	74
Figura 38 - Percentagem de Acessos por dia da semana e sexo - Águeda - 2012.....	74
Figura 39 - Percentagem de Acessos por dia da semana e sexo - Águeda 2016.....	75
Figura 40 - Número de Acessos por Concelho.....	75
Figura 41 - Tipo de pulseira por destino de proveniência (Centros de Saúde) .....	76
Figura 42 - Fluxo de utentes do CHBV - 2012 .....	80
Figura 43 - Fluxo de utentes do CHBV – 2016.....	82

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Organização do Sistema Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.....	24
Tabela 2 - Organização do Sistema Nacional de Saúde – Administração indireta do Estado.....	24
Tabela 3 - Organização do Sistema Nacional de Saúde – Setor Público Empresarial .....	25
Tabela 4 - Organização do Sistema Nacional de Saúde – Entidades Independentes .....	26
Tabela 5 - Tempo de espera total nos SU do HIDP e do HDA .....	62
Tabela 6 - Valores aproximados relativos ao tempo médio percorrido pelos Bombeiros.....	84
Tabela 7 - Tempos desde os Bombeiros até ao acidente no Concelho de Aveiro.....	85
Tabela 8 - Tempos desde os Bombeiros até ao acidente no Concelho de Águeda.....	86
Tabela 9 - Tempos desde o Acidente que acontece em Aveiro até ao Hospital.....	86
Tabela 10 - Tempos desde o Acidente que acontece em Águeda até ao Hospital .....	87
Tabela 11 - Tempos desde o Acidente que acontece em Águeda até ao HIDP.....	87



## Índice de mapas

Mapa 1 - Acidente em Águeda (Máximo) -> HDA .....	88
Mapa 2 - Acidente em Aveiro (Máximo) -> HIDP .....	88
Mapa 3 - Acidente em Águeda (Média) -> HDA .....	89
Mapa 4 - Acidente em Aveiro (Média) -> HIDP .....	89
Mapa 5 - Tempo total Bombeiros (Aveiro) .....	89
Mapa 6 - Tempo total Bombeiros (Águeda) .....	89

# Índice

Introdução .....	1
Enquadramento.....	1
Abordagem metodológica .....	6
Parte I: Enquadramento teórico-concetual .....	9
Capítulo I: A qualidade na Administração Pública .....	9
1.1 O conceito de qualidade .....	9
1.2 Qualidade em Serviços.....	12
1.3 Qualidade nos Serviços Públicos .....	13
Capítulo II: Os serviços de Saúde .....	19
2.1 O Sistema de Saúde: organização e breve resenha histórica do caso português .....	19
2.2 O Serviço de Urgência Médica .....	26
Capítulo III: A qualidade nos Serviços de Saúde.....	39
3.1 Qualidade em Saúde.....	39
3.2 A procura de cuidados de saúde.....	45
3.3 Ferramentas de gestão da qualidade aplicadas à saúde .....	48
Parte II: Trabalho realizado no âmbito do estágio .....	55
Capítulo I: Apresentação do local de Estágio .....	55
Capítulo II: Metodologia.....	57
Capítulo III: Atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio .....	60
Capítulo IV: Análise dos resultados referentes à base de dados do CHBV .....	62
Capítulo V: O fluxo de Utentes no Serviço de Urgência Médica .....	77
5.1 Descrição do processo .....	77
5.2 Análise de dados do fluxo de utentes .....	84
Conclusões e recomendações .....	91
Considerações finais.....	91
Limitações do estudo.....	94
Propostas de melhoria .....	94
Referências Bibliográficas .....	97

## Introdução

*“O equilíbrio e a sustentabilidade têm de obedecer a propósitos como a necessidade de menor carga de doença na população, e que as necessidades de cuidados de saúde da população sejam satisfeitas com o menor custo possível.”* (Pedro Pita Barros in Jornal de Negócios, 09-11-2017)

*“Um novo hospital mais próximo da comunidade é o paradigma do futuro pois passou-se das doenças agudas, infecciosas, para as doenças crónicas não transmissíveis que representam hoje 86% da carga da doença.”* (Alexandre Lourenço in Jornal de Negócios, 09-11-2017)

### Enquadramento

Nos tempos atuais de crise económica, financeira e social, os Estados-Membros da União Europeia (UE) têm respondido com um conjunto de reformas da administração pública apontando para modelos organizacionais mais eficientes no que respeita à prestação de serviços públicos. Com uma forte base ideológica como suporte, essas mudanças, centradas na liberalização dos mercados e na transição da ideia de utente para a lógica de consumidor/cliente, embora não sejam novas do ponto de vista político, foram neste período reforçadas (Santinha, 2016b).

O setor de saúde não é exceção, tornando-se importante para os prestadores de cuidados mostrarem que se encontram focados no consumidor e que procuram prestar o melhor atendimento médico possível aos seus ‘clientes’ (Pakdil & Harwood, 2005). A necessidade de melhorar continuamente a qualidade do serviço tornou-se assim uma questão essencial devido à sua associação significativa à diminuição de custos e à concorrência de mercado (Pakdil & Harwood, 2005).

Nos países Europeus, os recursos disponibilizados para o setor da saúde são maioritariamente canalizados para os hospitais (Campos, 2015). Em Portugal, e embora sentida a crise de 2008, as despesas com o setor da saúde continuaram a aumentar, posicionando Portugal na média dos países da OCDE. Segundo Campos (2015), este aumento está também associado ao surgimento de Parcerias Público-Privadas (PPP) no setor da saúde, já que entre 2011 e 2012 os hospitais públicos diminuíram as suas despesas e os hospitais privados (PPP) aumentaram. Atualmente, o setor hospitalar ocupa um papel fundamental no Serviço Nacional de Saúde (SNS), apresentando bons resultados em termos

de cuidados de saúde, embora atravessando alguns problemas, com a crise a contribuir para despedimentos e consequentemente demoras no atendimento (Campos, 2015). Portanto, e ainda de acordo com Campos (2015), os hospitais têm sentido dificuldades em tornar-se eficientes e oferecer serviços de qualidade, levando a que problemas antigos surgissem, tais como despedimentos sem ter em conta o desempenho dos funcionários e picos de procura não identificados.

Assim sendo, a pressão para reduzir as despesas devido ao défice público conduziu a algumas reformas nos serviços de saúde, tais como a fusão ou encerramento dos prestadores de cuidados de saúde, o aumento das taxas moderadoras para os doentes, a redução dos salários e benefícios para os funcionários públicos e a redução do emprego público (Santinha, 2016a). Embora o discurso do governo se centre na ideia de uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, essas medidas criaram controvérsia entre profissionais de saúde e ex-decisores e geraram enorme descontentamento público (Santinha, 2016b). Assim, existe uma grande preocupação com a procura pela qualidade, verificando-se uma grande pressão sobre os vários gestores de unidades de saúde. Subsiste um maior cuidado com os cidadãos na medida em que estes estão cada vez mais atentos e informados sobre os seus direitos, tendo assim uma capacidade de pressão sobre os atores políticos com vista a uma melhoria na qualidade dos serviços (Martin & Henderson, 2004; Simões, 2004). Segundo o Plano Nacional de Saúde, previsto para o período de 2012-2016:

“o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados”. (p.2)

Este Plano foi posteriormente alargado até 2020, alinhando-se desta forma com a Estratégia Europa 2020. Nesta revisão, intitulada por Plano Nacional de Saúde (Revisão e Extensão a 2020), o papel do cidadão fica bem claro, sendo entendido como:

“central no Sistema de Saúde, é um importante agente de participação e de mudança. Por isso, tem o direito e o dever de influenciar as decisões em política de saúde que afetam coletivamente a população, no desempenho dos seus diferentes papéis: o de doente com necessidades específicas; o de consumidor com expectativas e direito a cuidados seguros e de qualidade; e o de contribuinte do Serviço Nacional de Saúde” (p.14)

Também nos vários eixos definidos para a saúde no Acordo de Parceria 2014-2020, elaborado pelo Governo Português e aprovado pela UE, se faz referência ao aumento da qualidade dos serviços hospitalares, através de uma Reforma Hospitalar e uma aproximação dos cuidados de saúde aos seus cidadãos, tendo em vista a redução de iniquidades no que diz respeito ao acesso a cuidados de saúde primários e a uma maior satisfação.

De entre todos os serviços que uma unidade hospitalar oferece, o serviço de urgência (SU) apresenta algumas especificidades que o torna mais complexo, tendo que garantir um atendimento apropriado, num curto espaço de tempo, reduzindo as nocividades na saúde dos seus utentes, devendo ser alvo de uma qualidade e melhoria contínua (Silva, Matsuda, Angélica, & Waidman, 2012). Também em 2015, o Instituto Nacional de Estatística (INE) disponibiliza, entre outros, o seu conceito de SU, que pode então ser entendido como a: “unidade orgânica de um Hospital para tratamento de situações de emergência médica, cirúrgica, pediátrica ou obstétrica, a doentes vindos do exterior, a qualquer hora do dia ou da noite”. É, então, a este nível de prestação de cuidados de saúde que o “tempo de espera”, que segundo o mesmo instituto se traduz na sua generalidade no “número de dias seguidos (incluindo sábados, domingos e feriados) que medeia entre a requisição de um evento em saúde e a sua realização ou cancelamento” e na sua componente mais própria se transpõe no “número de dias (incluindo sábados, domingos e feriados) compreendido entre a data da inscrição para consulta, cirurgia, exame ou tratamento e a data prevista para a realização dos mesmos”, assume crucial e vital acuidade, sendo frequentemente referido, nomeadamente pela comunicação social, como fator que, persistentemente, empobrece a imagem deste serviço. No entanto, este conceito vai mais longe quando nos referimos ao tempo de espera em urgência, sendo entendido como “o tempo médio transcorrido entre a chegada do paciente no pronto-socorro e a avaliação médica inicial”(Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012, p. 1).

Para Campos (2015), desde que é conhecida, a urgência hospitalar está nas preferências dos utentes, pela sua diversificada capacidade de diagnóstico e de tratamento imediato. Atualmente, a maioria dos internamentos advêm da urgência, o que condiciona toda a lógica de funcionamento hospitalar, levando esta a consumir mais recursos e ainda a uma reestruturação/reforma do sistema. Esta reestruturação atribuiu maior responsabilidade

às equipas de emergência médica, com a eliminação dos Serviços de Atendimento Permanente e o envio de doentes para níveis de atendimento superiores.

Com o Decreto-Lei, n.º284/99 de 26 de julho, uma nova visão sobre a organização hospitalar dá os seus primeiros passos: inicia-se um processo de fusão de Instituições de Saúde com a criação de Centros Hospitalares, que de acordo com o art.º 2, do Capítulo II, inserido neste decreto-lei, representam “uma pessoa coletiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio e do esquema de órgãos legalmente estabelecido para os hospitais públicos, que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica”. Ainda segundo o mesmo decreto-lei, os fundamentos para a fusão são, basicamente, de ordem financeira, de crescimento, de preservação da missão principal e de alternativa fusão/encerramento, tentando reforçar a complementaridade entre os vários estabelecimentos. Ainda uma referência a um aspeto deste processo: a questão da cultura das Instituições sujeitas a fusão. O resultado da concentração pode resultar numa mistura das várias culturas que darão origem a uma cultura própria, a qual caracterizará uma nova organização. Para além dos fundamentos apresentados, as políticas que estão na base da criação dos centros hospitalares têm em vista o estudo de economias de escala e um acesso mais facilitado a cuidados mais diferenciados (Azevedo & Mateus, 2014).

Para além dos fundamentos enunciados em cima, foram vários os pontos em que assentou a Reforma Hospitalar que deu lugar às demais fusões. A melhoria da eficiência e qualidade hospitalar, a garantia da sustentabilidade do Sistema de Saúde, o aumento do desempenho dos profissionais de saúde e ainda a colocação do cidadão no centro das ações foram os objetivos principais desta Reforma Hospitalar (Ribeiro et al., 2011). No ano de 2002, aquando do início da Empresarialização dos Hospitais, o foco estava na redução das filas e tempos de espera para cirurgia. Em 2012 a preocupação passava por aumentar a qualidade dos serviços de Saúde, acompanhando a diminuição da despesa pública e saúde. Os hospitais devem então servir os cidadãos e deixar que estes escolham o prestador público de cuidados (Ribeiro et al., 2011).

Eram várias as dúvidas que recaiam sobre a eficiência da gestão pública hospitalar, levantando assim a preocupação em tornar as práticas destes gestores públicos mais eficientes. Em 2005 o governo incitou o uso de práticas empresariais nos demais Hospitais, levando assim, neste mesmo ano, a algumas fusões hospitalares (Campos 2008 & Barros

2013 citados em Nunes, 2017). Estas fusões incentivaram a maximização dos recursos existentes, aproveitando todas as potencialidades. Também a promoção de um maior investimento ao nível da inovação e dos recursos humanos passou a ser uma preocupação, integrando-se as várias especialidades médicas na mesma equipa de gestão (Nunes, 2017). Nesta altura surge também uma necessidade de reafirmar a natureza pública dos Hospitais até então tornados em Sociedades Anónimas, passando o capital a ser integralmente público. A partir desta altura, os Hospitais E.P.E passam a ter autonomia financeira e administrativa (Nunes, 2016).

É, então, neste contexto e, também, por força do Decreto-Lei nº30/2011, de 2 de março, que surge o Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), com agregação do Hospital Infante D. Pedro de Aveiro (HIDP), do Hospital Visconde Salreu de Estarreja (HVSE) e do Hospital Distrital de Águeda (HDA), evitando-se uma sobreposição de serviços por forma a racionalizar e tornar eficientes os vários recursos existentes e tornando-se assim, ao nível da urgência, um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, 2013).

Desta forma, estabeleceu-se contacto com o CHBV para perceber se os efeitos da fusão eram conhecidos e estudados, tendo os intervenientes alertado para a necessidade de um estudo acerca do SU. O objetivo deste estudo passa então por perceber se a fusão hospitalar ocorrida no CHBV, em 2011, promoveu alterações no que respeita ao tempo que decorre desde que o utente ou outrem decide utilizar um serviço de urgência hospitalar, até ao primeiro atendimento médico. Propõe-se também compreender como se processa a tomada de decisão acerca da transferência dos utentes a par da referenciação hospitalar. Pretende-se entender os eventuais constrangimentos existentes e, por fim, como tentativa de melhoria da qualidade no atendimento aos utentes, encontrar uma nova forma de fluxo. Para se poder alcançar estes objetivos, o trabalho será desenvolvido em contexto de estágio no CHBV.

Sendo um trabalho realizado em contexto de estágio espera-se uma articulação entre os conceitos teóricos e o mercado de trabalho, esperando-se que o estagiário esteja envolvido em situações reais e seja chamado para a resolução de variados problemas, proporcionando uma visão mais alargada do mundo profissional e aperfeiçoando as relações interpessoais (Kagan,1992; Scorsolini-Comin, Souza & Santos, 2008, citados em Bolhão & Almeida, 2013).

## **Abordagem metodológica**

Para a prossecução dos objetivos formulados no âmbito deste estágio começou por se efetuar o "levantamento, seleção, resumo e arquivamento de informações relacionadas à pesquisa"(Amaral, 2007, p. 1). Ou seja, o ponto de partida teórico-concetual de suporte ao desenvolvimento do estágio consistiu numa revisão (não sistemática) de referências bibliográficas do domínio da gestão da qualidade, designadamente em serviços públicos e em contexto de serviços hospitalares, bem como do respetivo enquadramento no quadro legislativo no que à requalificação da urgência diz respeito. A revisão bibliográfica irá consistir na leitura de vários livros, artigos científicos e revistas na área de gestão da qualidade, mais especificamente nos cuidados hospitalares.

Posteriormente, numa componente mais prática, pretendeu-se analisar se a fusão hospitalar do CHBV trouxe alterações na qualidade no atendimento ao utente em situação de urgência. Entenda-se qualidade neste contexto específico como “o grau de acesso aos cuidados de saúde, em face das barreiras de ordem organizacional”(Ferreira, 1991, p. 97), ou seja, a qualidade no acesso no que diz respeito ao fluxo de utentes e ao tempo de espera para atendimento. Para tal, considerou-se o fluxo de utentes, desde o momento em que este ou outrem sente necessidade de utilizar o serviço de urgência até ao atendimento médico. Quando se refere “outrem” está a supor-se que a pessoa em estado urgência não tem condições para acionar a emergência. O utente pode necessitar de assistência não apenas quando está em casa, pode encontrar-se na via pública, num lar de idosos, num centro de dia, entre outras situações, necessitando assim, este estudo, de levar em consideração a maioria dos cenários. Cumpre, assim, explicar que esta análise será dividida em duas partes: a primeira, engloba o momento em que há a necessidade de utilizar o serviço de urgência até à inscrição do utente no CHBV; a segunda, estuda o processo desde a inscrição do utente até ao efetivo atendimento médico, percebendo também como se desenvolve o processo de triagem e acompanhando o fluxo dos utentes. Para melhor compreensão dos fluxos utilizou-se uma ferramenta amplamente reconhecida no domínio da gestão de qualidade para descrever o fluxo de processos ou atividades: o fluxograma.

Numa fase final, para além de uma análise qualitativa dos resultados tendo em vista o estudo de fatores que contribuam para maiores ou menores tempos de espera, determinaram-se e assinalaram-se os percursos mais problemáticos no fluxograma. Tal



permitiu efetuar uma caracterização quantitativa no que concerne ao modo de medir e comparar a situação de pré e pós fusão, permitindo averiguar a possibilidade de propor uma reestruturação do sistema fluxograma que minimize os tempos aproximados totais gastos pela maioria dos utentes quando comparado com a situação estudada.

O restante do relatório encontra-se estruturado em partes e termina num apontamento final de síntese e de reflexão.

No primeiro ponto do “Enquadramento teórico-concetual”, procede-se à revisão da literatura na área da qualidade, com mais enfoque na qualidade dos serviços públicos. Embora o CHBV se caracterize como uma Entidade Pública Empresarial, ou seja, possua uma administração privada, é uma entidade de direito público que presta cuidados de saúde a todos os cidadãos. No segundo ponto deste enquadramento, compete realizar uma contextualização dos Serviços de Saúde e um enquadramento legislativo sobre os Serviços de Urgência Médica. O último ponto deste enquadramento incide numa análise da qualidade mais voltada para os serviços de saúde, importando falar da gestão da procura nos serviços de saúde, assim como das ferramentas da qualidade aplicadas a esta área.

Direciona-se a segunda parte deste estudo para o trabalho empírico, apresentando a instituição de acolhimento, bem como as atividades lá realizadas. Numa fase seguinte, apresentam-se todos os dados estudados a partir da base de dados do CHBV e o fluxo de utentes do serviço de urgência no período prévio à fusão hospitalar, assim como no período atual, tentando perceber se esta promoveu uma melhoria na qualidade de atendimento, em termos de tempo de espera, ao utente em situação de urgência.

No final, apresentam-se as conclusões e algumas recomendações de melhoria em face dos resultados obtidos e do trabalho realizado neste contexto de estágio.



# **Parte I: Enquadramento teórico-concetual**

## **Capítulo I: A qualidade na Administração Pública**

### **1.1 O conceito de qualidade**

Hoje em dia somos cada vez mais encorajados a promover a qualidade, seja na oferta de serviços, seja na oferta de bens, no entanto, nem sempre conseguimos ter uma noção clara sobre o seu conceito (Gomes, 2004).

Segundo Capricho & Lopes (2007), o conceito de qualidade nasceu pela mão de Shewart, nos anos 30 do século XX, quando este desenvolveu alguns gráficos de controlo estatístico. Mais tarde, em 1950, Deming foi convidado para instruir os trabalhadores no Japão, tendo como finalidade a melhoria na qualidade dos produtos das demais empresas que tinham sido afetadas pela segunda guerra mundial. Não bastava produzir em massa, mas sim produzir bens diferenciados no mercado (Vergueiro, 2002).

Para Moura e Sá, Rosa, & Sarrico (2014) a qualidade deve estar no cerne das organizações, não só porque evita a perda de clientes mas também porque estas se tornam mais eficientes, contribuindo para uma maior satisfação dos clientes e, sobretudo, porque permite a subsistência das organizações ao longo do tempo. Para estes:

“qualidade tem a ver com conformidade, com assegurar que o produto ou serviço obedece às especificações. Tem a ver com consistência, ou seja, é algo sistemático, que está presente desde a conceção do produto ou serviço até à conceção e realização dos processos que sustentam a realização do produto ou serviço.” (p.17)

No entanto, não ficam apenas por esta definição e referem que a qualidade está associada às expectativas dos clientes e, por isso, este conceito se liga ao conceito de “satisfação do cliente”, reforçando que não basta fazer as coisas bem, mas importa também fazer as coisas certas. Na ótica de Gomes (2004, p.7), a qualidade é então vista como “algo que afecta a vida das organizações e a vida de cada um de nós de uma forma positiva”.

Apesar disto, e segundo Vergueiro (2002), o conceito de qualidade para bens é diferente do conceito de qualidade para serviços, embora a base final seja a mesma. A qualidade para os bens pode ser repostada mesmo que a primeira entrega do produto não esteja de acordo com as pretensões do cliente. No entanto, quando falamos em serviços, na maioria das vezes, a qualidade não pode ser repostada porque esta estava a ser testada à medida que o

serviço estava a ser prestado. Assim, qualidade relaciona-se com a conformidade com as especificações impostas para determinado bem ou serviço, pelo seu fabricante ou prestador. Apesar disto, o não cumprimento com exatidão das especificações não indica que haja uma falha de qualidade, podendo este não cumprimento enquadrar-se nas margens de erro previstas ou a falha ser inimputável ao fornecedor ou prestador. Está também relacionada com a aptidão para o uso, na medida em que se adapta às necessidades do cliente, mas se um produto ou serviço não se adapta às necessidades não indica que não haja qualidade no produto, mas sim que o cliente pode não ter especificado de forma correta as suas necessidades. A questão do preço está também, normalmente, associada a questões de qualidade. Se, perante as mesmas condições de qualidade, o cliente conseguir optar pelo preço mais baixo, este ficará mais satisfeito. É ainda necessário ter em conta os critérios psicológicos, pois neste caso a qualidade pode ser entendida consoante o meio ambiente em que é prestada ou medida, consoante a sua reputação no mercado. Se olharmos para os hospitais, determinada equipa médica pode tornar um serviço melhor se for mais amável para o paciente (Sanders & Reid, 2012).

No entanto, o conceito ou a forma como se pensa na qualidade foi-se alterando ao longo dos anos como mencionado acima, passando de uma era de inspeção para uma era da qualidade total (Yong & Wilkinson, 2002).

O período da inspeção consistiu na primeira fase de toda a evolução. Verificava-se uma preocupação apenas com a análise após o fabrico de determinado produto, visava-se a análise do produto, percebendo se este se encontrava de acordo com as especificações previstas, evitando que produtos defeituosos fossem lançados no mercado. Este controlo permitiu também que os administradores das fábricas exercessem um tipo de fiscalização sobre a produção dos seus trabalhadores (Yong & Wilkinson, 2002). Não obstante, com a Revolução Industrial e a conseqüente produção em massa este controlo tornou-se mais complicado, exigindo mais mão de obra e uma maior especialização no trabalho. É, então, a par desta Revolução, que surge o Controlo Estatístico da Qualidade, desenvolvendo-se algumas práticas de qualidade voltadas para métodos estatísticos. O grande teórico Deming abordava esta técnica em grandes fábricas mundiais (Dias, 2011; Lakhe & Mohanty, 1994).

Com a competição a nível mundial a crescer, as organizações começam a olhar para um desempenho com qualidade, nascendo, nos anos 50, a era da qualidade. Voltada para uma maior preocupação com o design do produto, dava mais ênfase ao processo que o

produto atravessava e à motivação das pessoas que o desenvolviam. Nesta fase acreditava-se que uma motivação dos trabalhadores evitaria a maioria dos erros de produção e contribuiria para uma gestão mais interessada e empenhada (Dias, 2011; Yong & Wilkinson, 2002).

A quarta fase nesta evolução é a do Controlo da Qualidade Total, enfatizando a questão que começaria na era anterior, dando prioridade a uma produção de bens de qualidade e que atenda às necessidades dos consumidores. Não obstante, esta produção de qualidade só é possível se todos forem envolvidos no processo, desde os trabalhadores de linha até aos clientes (Ho et al., 2011).

A partir da década de 80 uma nova abordagem surge, concentrada em melhorar todas as anteriores. Nasce a abordagem da Gestão da Qualidade Total (TQM), lançando como ideia principal que não existe apenas um caminho para se atingir a qualidade numa organização. Embora proponha algumas diretrizes base, percebeu-se que diferentes cenários exigem soluções distintas (Pekar, 1995). Algumas dessas diretrizes passam por uma maior responsabilização da gestão, bem como um maior empenho, para que todos os recursos humanos das entidades possam trabalhar num bom ambiente. Nesta abordagem torna-se igualmente importante considerar uma ótica de melhoria contínua, envolvendo todos no processo e inculcando os valores e a necessidade de se promover a qualidade nas organizações. Para tal, pressupõe-se formação contínua dos trabalhadores a par de recompensas pela sua produtividade no seio da melhoria da qualidade. Há também nesta era um reforço para a prevenção de erros e não uma inspeção pós-evento. Portanto, a TQM olha para todos os que estão envolvidos no processo de produção de determinado produto ou serviço, não excluindo nenhum do sistema (Aole, 2013).

Com as pressões económicas a nível mundial e uma crescente competitividade entre organizações, tornou-se então essencial olhar para além da garantia da qualidade e garantir uma maior satisfação do cliente. Os objetivos essenciais da abordagem da TQM passam então por “uma maior eficiência, custos reduzidos, melhor reputação e maior participação no mercado” a par de uma maior satisfação (Oakland, 1994, p.10).

Neste passado mais recente, importa fazer menção a alguns autores que se destacam (Aole, 2013):

Deming – Sugere que a definição de qualidade só pode ser realmente explícita se for facultada pelo cliente, dado que varia conforme as suas necessidades. A sua abordagem é

voltada essencialmente para uma gestão de processos e uma melhoria contínua, envolvendo os trabalhadores e todos os níveis de gestão. Recomenda que uma gestão eficiente e comunicativa promove processos de melhoria contínua nas organizações.

Crosby – Acredita que a qualidade se mede através da conformidade com os requisitos impostos inicialmente para um produto. A não conformidade com tais requisitos terá custos que prejudicarão toda a organização.

Juran – Tal como Deming, defende que a gestão tem um papel importante para garantir a qualidade. Os produtos ou serviços só são de qualidade se estiverem aptos para o uso. Defende ainda que os problemas esporádicos são detetados pelo controlo da qualidade e que problemas crónicos estão normalmente associados a um mau controlo da qualidade.

Feigenbaum – A abordagem deste autor olha para as expectativas do cliente. Valoriza o ciclo desde a produção do produto ou serviço, até que este é realmente entregue ao cliente. Assim, há um grande grau de inclusão funcional e definição de metas de qualidade.

Ishikawa – Aprecia o serviço pós-venda e a qualidade da gestão. Tal como Deming e Juran, valoriza o envolvimento dos funcionários em todo o processo de produção de qualidade bem como a importância da formação para os processos de melhoria contínua da qualidade.

Taguchi – Entende como qualidade “ a perda transmitida à sociedade, desde o momento em que um produto é enviado”. O produto apresenta mais qualidade se a perda para a sociedade for menor

(Aole, 2013).

## **1.2 Qualidade em Serviços**

Segundo Las Casas (2007) , a qualidade em serviços não passa apenas pela oferta de serviços de nível superior aos seus clientes, engloba também toda a rede envolvida no processo, por exemplo, os fornecedores. Assim, todos os indivíduos integrantes no processo devem ser vistos como um “cliente” e devem receber o mesmo nível de qualidade que os clientes externos.

Para Capricho & Lopes (2007), os produtos/serviços de qualidade têm que obedecer a três pontos essenciais: - tem que existir um ótimo conhecimento na área da tecnologia, bem como uma boa integração e trabalho em equipa; - os objetivos do produto/serviço, devem estar alinhados com as pretensões dos clientes; - tem que existir sempre uma ótica de

melhoria contínua da qualidade. No entanto, dadas as características dos serviços, os funcionários são um fator chave na procura da qualidade dos mesmos, dado que é impossível fazer a inspeção à prestação do serviço na medida em que não existe uma inspeção antes do produto ir para “o mercado”. Para Parasuraman, Zeithaml, & Berry (2006), a qualidade dos serviços é mais difícil de avaliar do que a de um bem palpável e resulta da conjugação entre as expectativas que um consumidor tem acerca do serviço e a sua perceção. Ou seja, o consumidor possui uma opinião ou expectativa relativamente a determinado serviço e durante a sua prestação vai criando a sua perceção acerca do mesmo. Se as perceções superarem as expectativas significa que o consumidor ficou satisfeito com o serviço prestado. Contrariamente aos bens, os serviços são avaliados durante todo o processo e não apenas com base no “produto final”. Então as suas características passam pela:

- Intangibilidade – Os serviços não são palpáveis, são experiências e as suas especificações raramente podem ser definidas e torna-se difícil avaliar quais os critérios utilizados pelos clientes para avaliar o serviço (Pena, Silva, Tronchin, & Melleiro, 2013).
- Heterogeneidade – Todos os serviços são diferentes, mesmo que tenham um fim semelhante, e a prestação pode depender de vários fatores, nomeadamente dos clientes, das condições que se verifiquem no local, do prestador, etc., (Pena et al., 2013).
- Inseparabilidade – A qualidade que os clientes/utentes recebem é percebida no momento da prestação do serviço. Normalmente, acompanham todo o processo e avaliam a qualidade à medida que experimentam o serviço. (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 2009)
- Perecibilidade – Os serviços são prestados de forma temporal, não podem ficar em stock, são consumidos na hora que são produzidos. (Kahtalian, n.d.)

### **1.3 Qualidade nos Serviços Públicos**

A qualidade nos Serviços Públicos como hoje se conhece sofreu várias alterações ao longo dos anos. Beltrami (1992) citado em Löffler (2013) aponta três eras importantes ligadas à evolução do conceito de qualidade nos serviços públicos a nível mundial. A primeira diz respeito à qualidade voltada para o cumprimento das regras estipuladas para

determinado serviço. A segunda faz alusão à questão da eficácia e a última, como atualmente a conhecemos, é voltada para a satisfação do utente.

Loffler (2013) aponta a primeira fase como uma transposição da noção de qualidade tida na indústria para os serviços públicos, ou seja, estes teriam de cumprir as regras e fundamentos para que foram criados. A partir da década de 60 e com o surgimento da administração por objetivos, a noção de qualidade vai para além do cumprimento das regras e preocupa-se com a eficácia dos serviços, procurando perceber se o problema do utente tinha ficado resolvido.

A última fase apontada por Beltrami (1992) surge nos anos oitenta, sendo que o conceito de Qualidade Total é transferido do setor privado para o setor público na América do Norte e na Europa Ocidental, passando a existir um envolvimento de todos os níveis de gestão na procura pela qualidade e uma maior procura pela satisfação do utente. Apesar disto, em muitos países da Europa Ocidental, os serviços públicos não mostraram grande interesse por uma maior procura da qualidade, restringindo-se ao cumprimento das regras estipuladas para cada serviço.

Em Portugal, a sua adesão à atual UE, em 1986, levou a Administração Pública portuguesa a modernizar-se e a tornar-se mais eficiente, a par de uma desburocratização (Silva & Sarmiento, 2006).

Entre 1974 e 1985, realizou-se uma reforma na Administração Pública portuguesa, no entanto a questão da qualidade não fazia parte das preocupações, era uma reforma voltada para a desburocratização dos serviços. Foi também nesta altura que se criou o Secretariado para a Modernização Administrativa (Nolasco, 2004). Segundo Silva & Sarmiento (2006) a maioria dos países Ocidentais olham para a qualidade como uma mais valia e o melhor caminho para tornar as Administrações Públicas mais eficientes e desburocratizadas, contribuindo para menos insatisfações por parte dos utentes dos serviços públicos.

Em Portugal, o primeiro momento em que se pensa na qualidade surge no Programa do XII Governo Constitucional e, era entendida como “a prestação de serviço eficaz, atendimento humanizado, satisfação atempada e célere das solicitações dos utentes”. Várias medidas foram tomadas, desde a melhoria de informação aos cidadãos e simplificação de formulários à criação da “Carta da Qualidade dos Serviços Públicos” (Nolasco, 2004). Também o Decreto-Lei n.º135/99, de 22 de abril, que se debruça sobre as medidas de modernização administrativa, reflete as questões da qualidade. São princípios “aproximar a

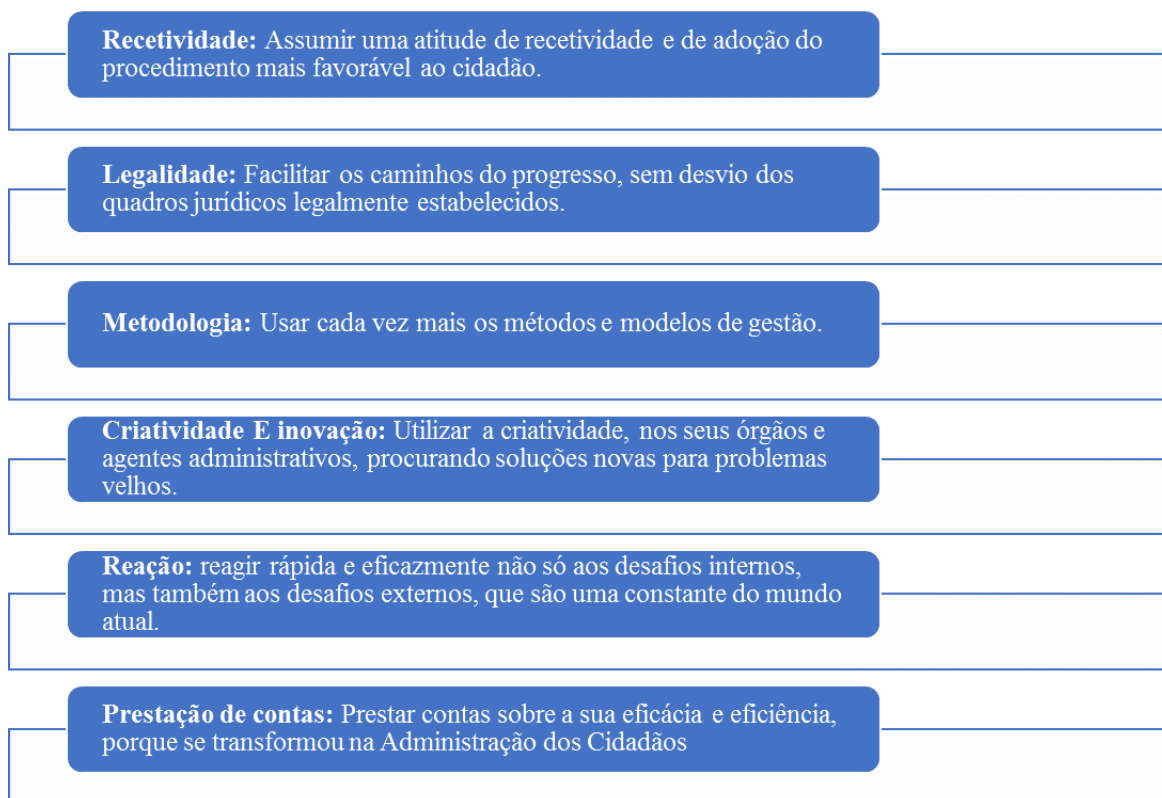


Administração aos utentes, prestar melhores serviços, desburocratizar procedimentos e aumentar a qualidade da gestão e funcionamento do aparelho administrativo do Estado”. A partir de 1995 novas estratégias são lançadas, dentro da tipologia e moldes anteriores, no entanto, a grande inovação surge quando há uma aposta no *e-Government* , tentando incutir uma cultura de participação e cidadania ativa (Nolasco, 2004).

A criação das normas ISO, a partir de 1987, também facilitou a aplicação de iniciativas de qualidade nos serviços públicos, tendo como objetivo “garantir a qualidade, assegurando que a organização dispõe de um sistema da qualidade formalizado e documentado”. Apresenta vários princípios de gestão da qualidade de forma a apoiar e garantir que as organizações têm um bom desempenho (Moura e Sá & Sintra, 2008).

Silva & Sarmento (2006), defendem que uma Administração Pública de qualidade tem que estar apta em 6 domínios, a saber:

**Figura 1 - Princípios para atingir a qualidade na Administração Pública**



*Fonte: Silva & Sarmento (2006, p. 3)*

Gonçalves (2002) aponta quatro diferenças essenciais na procura pela qualidade nos serviços públicos e nos serviços privados, a saber:

- A finalidade – Os serviços públicos têm como finalidade a prestação de serviços a toda a sociedade, contrariamente ao setor privado que tem em vista o lucro e atua num mercado muito competitivo.
- A preocupação – O setor privado pretende satisfazer as necessidades dos clientes tendo por base o interesse de cada empresa. O setor público procura satisfazer as necessidades de todos os cidadãos enquadradas na obrigação do Estado.
- O financiamento – Entidades privadas são financiadas pelo próprio serviço que prestam; os serviços públicos, financiados pelo Estado, dependem essencialmente de impostos.
- Meta – Os serviços públicos procuram uma maior satisfação do utente associada a uma redução de custos. O setor privado procura exatamente o mesmo, mas vai para além destas questões. Procura uma maior competitividade e expansão.

Na ótica de Corrêa (1994) citado em Teixeira, Teixeira, & Sousa (n.d.), são vários os aspetos a ter em conta na procura por serviços públicos de qualidade, nomeadamente:

- Na consistência do próprio serviço – As experiências devem corresponder às anteriores ou então superar as expectativas do cidadão, ou seja, deve existir uma conformidade.
- Na competência – As pessoas responsáveis pela prestação do serviço devem ter as competências necessárias para desempenhar todas as funções inerentes a ele.
- No tempo de espera – Associado ao tempo de espera, não é apenas o tempo real que importa, mas também o tempo percebido pelos utentes.
- Na atmosfera – O ambiente e a forma como o cidadão é recebido influencia a sua satisfação com determinado serviço.
- Na flexibilidade – A capacidade do serviço se readaptar às exigências do utente e da resolução de problemas que vão surgindo durante o processo de prestação do serviço é um dos pontos essenciais para um serviço público de qualidade.

- No acesso – Os horários e a localização dos serviços são outro ponto essencial.
- Custo – Os custos para aquisição de determinado serviço devem ser baixos ou nulos.



## Capítulo II: Os serviços de Saúde

### 2.1 O Sistema de Saúde: organização e breve resenha histórica do caso português

Antes de partir para a caracterização do Sistema de Saúde importa perceber o conceito de Sistema de Saúde. Em 2000 a Organização Mundial de Saúde (OMS), citada em Simões (2004, p. 40) refere que o Sistema de Saúde abrange “todas as atividades que têm como finalidade essencial a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde”, não só as atividades ligadas diretamente ao Sistema, mas sim atividades paralelas que podem ter impacto na saúde e bem-estar da população, como por exemplo, a segurança rodoviária.

É a partir do final do século XIX e início do século XX que surge uma maior preocupação com os sistemas de saúde, nomeadamente na necessidade de várias reformas. Uma maior proteção dos cidadãos era exigida a nível mundial. É, então, neste momento que na Alemanha, Otto Bismark cria o denominado *Welfare State*. O Estado passou a cobrir as despesas na doença, nos acidentes de trabalho, na velhice e na invalidez (Sacardo, 2009, citado em Costa, 2012). Este modelo caracteriza-se pela imposição aos patrões de uma taxa que garantisse um seguro para os trabalhadores mais desfavorecidos. Criou-se uma espécie de pacote que continha determinados benefícios, apontados pelo Estado, para proteger os mais desfavorecidos (Santinha, 2014). Em meados do século XX nasce, na Inglaterra, o *National Health Service* pela mão de *William Beveridge*. O modelo Beveridgeano lança a ideia de que a proteção social é uma condição básica e universal (Costa, 2012). Este modelo incita uma forte intervenção do Estado e uma cobertura universal, sendo que o financiamento deste é feito através de impostos (Santinha, 2014).

De um modo geral, o que distingue os dois sistemas é o alargamento da oferta de cuidados, dado que o modelo Beveridgeano proporciona uma mais alargada oferta de cuidados, não excluindo ninguém da sua utilização. Os anos 40 representaram uma forte imposição sobre os governantes para uma maior intervenção do Estado, sobretudo na área da Saúde, no entanto, o forte crescimento a nível económico proporcionou o desenvolvimento de mais e melhores medidas de proteção social (Costa, 2012).

A organização como atualmente a conhecemos decorre de várias alterações. Antes da Revolução de Abril, a assistência em saúde revelava-se bastante confusa e com sobreposição de serviços. Dividia-se em cinco prestadores essenciais: as misericórdias, que geriam a maioria dos Hospitais e tinham uma grande intervenção junto da população; os

Serviços Médicos em parceria com a Caixa de Previdência; os Serviços de Saúde Pública voltados para a proteção da saúde; os Hospitais do Estado apenas presentes nos grandes centros urbanos e ainda os Serviços Privados mais vocacionados para a população com altos rendimentos (Lima, 2015).

Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição, & Barbosa (2015) afirmam que nesta altura a cobertura em saúde era débil e insuficiente para atender às necessidades dos cidadãos, em 1970 a despesa com este setor ficava-se por 2,8% do PIB. Também já aqui os profissionais de saúde acumulavam funções para obterem um rendimento e uma satisfação mais elevada. Em 1971, avança uma Reforma do Sistema de Saúde, intitulada por “Reforma de Gonçalves Ferreira”, que deu o grande contributo para aquilo que hoje se conhece como SNS. No entanto, e segundo Sakellarides et al., (2015), esta Reforma apenas se efetivou a partir de 1979 dadas as condições políticas e sociais que antecederam este período e com grandes dificuldades. Assim, esta Reforma deu-se com uma base financeira muito fraca e apresentava grandes problemas de gestão, sendo essencialmente voltada para modelos não específicos para o campo da saúde. Também se notava uma grande falta de transparência entre os interesses públicos/privados. Barros, Machado, & Simões (2011) referem que grandes bases foram criadas aqui, nomeadamente a entrada em vigor de uma lei protetora de todos os cidadãos, através da Constituição da República de 1976 e a criação de cuidados integrados, promovendo a vigilância de doenças tendo em vista a sua prevenção.

A partir de 1985 o foco passa a estar na reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, com uma tentativa de introduzir mecanismos de mercado no aprovisionamento de cuidados de saúde e ainda uma separação clara entre o setor público e privado. Também a entrada para a então UE proporcionou um desenvolvimento ao nível das infraestruturas e equipamentos dos Serviços de Saúde, com o apoio através de Fundos Comunitários (Lima, 2015). Neste período a Constituição é revista com o intuito de legislar sobre a partilha de custos e responsabilidades, introduzindo-se o tema das taxas moderadoras. Através da Lei nº56/79 cria-se a Lei de Bases da Saúde onde o Estado passa a ser detentor dos Hospitais da Misericórdia e a Caixa de Previdência fica integrada no Ministério da Saúde. O Estado passa a fiscalizar as atividades privadas e passa a ser responsável pelo apoio à saúde, quer pela prestação direta, quer por celebrar acordos com entidades responsáveis para o efeito (Sousa et al., 2000).

Um novo ciclo inicia-se aquando da chegada dos anos 90, nota-se aqui uma clara preocupação com os recursos humanos dos serviços de saúde, garantindo vários benefícios para as carreiras profissionais. Também nesta altura há uma preocupação com a separação vincada entre o setor privado e o setor público (Sakellarides et al., 2015). De facto, algumas disposições da Lei de Bases da Saúde só entram em vigor no ano de 1993. É, então, através do Decreto-lei n.º11/93, de 15 de janeiro, que são criados 3 sistemas integrados no Sistema Nacional de Saúde: o SNS; os subsistemas de saúde públicos de apoio e as entidades privadas em parceria com o Estado, quebrando-se alguns problemas existentes entre o setor público/privado e colocando o foco na prestação de cuidados aos cidadãos (Lima, 2015).

É a partir de 1995 que surge a tentativa de concessionar um Hospital Público, tendo em vista um controlo privado, com requisitos pré-definidos. No final deste ano, o Hospital Fernando Fonseca passa então a contar com uma gestão privada. Também neste período as listas de espera atingiram máximos preocupantes, levando o governo a criar um programa para recuperar os tempos, intitulado por “PERLE” (Sakellarides et al., 2015). A partir desta altura e até 2002 o grande pensamento recaiu sobre a integração de técnicas privadas ao sistema público, tendo em vista uma maior eficiência da administração pública acompanhada de mais inovação. A reforma neste período versou essencialmente sobre: o desempenho dos profissionais, sendo que os que revelassem uma maior produtividade veriam o seu salário aumentado; uma desconcentração do poder sobre as unidades de saúde, através de um controlo mais direto e ainda sobre a implementação de preceitos privados no que toca aos recursos humanos e físicos (Lima, 2015). Em 2002, uma nova visão sobre a gestão hospitalar surge, através da Lei n.º27/2002, de 8 de novembro. A rede de prestadores de cuidados passa a integrar Hospitais intitulados por Empresas Públicas Empresariais e Hospitais cujo capital é público mas a instituição é privada, tornando clara a separação entre prestador e financiador do sistema. A sustentabilidade do Sistema de Saúde continua a estar em cima da mesa e olha-se para o estabelecimento de parcerias público-privadas como uma forma de diminuição da despesa pública neste setor (Lima, 2015). O crescimento da oferta ao nível do setor privado resultou, essencialmente, da limitação do setor público. Esta cooperação entre público e privado surgiu da necessidade de proporcionar uma cobertura geral que acolhesse toda a população (Fernandes & Nunes, 2016). Segundo a ERS (2012) a criação dos então Centros Hospitalares:

“resultou da necessidade de definição de objetivos e estratégias de saúde de base populacional, centrada em unidades funcionais que permitam a efetiva interligação entre serviços e instituições que, na mesma área geográfica, prestam cuidados de saúde ou desenvolvem atividades conexas [...] (p.23).”

No período entre 2005 e 2009, as atenções estavam voltadas para uma maior eficiência dos serviços de saúde (Lima, 2015). Ainda assim, alguns problemas surgiam neste período, nomeadamente o aumento das despesas de saúde e a dificuldade em controlar os gastos, associado a uma pressão para a modernização tecnológica; a preocupação em que os serviços de saúde estivessem mais perto da população surge também nesta altura. Similarmente, o envelhecimento da população começa também a representar uma preocupação, existindo uma maior tensão relativamente à prestação de cuidados integrados e continuados. Estes problemas acentuaram a importância do alargamento dos prestadores de cuidados ao setor privado bem como a importância dos cuidados de saúde primários. É ainda a partir desta altura que a preocupação com a qualidade começa a surgir (Barros et al., 2011; Lima, 2015).

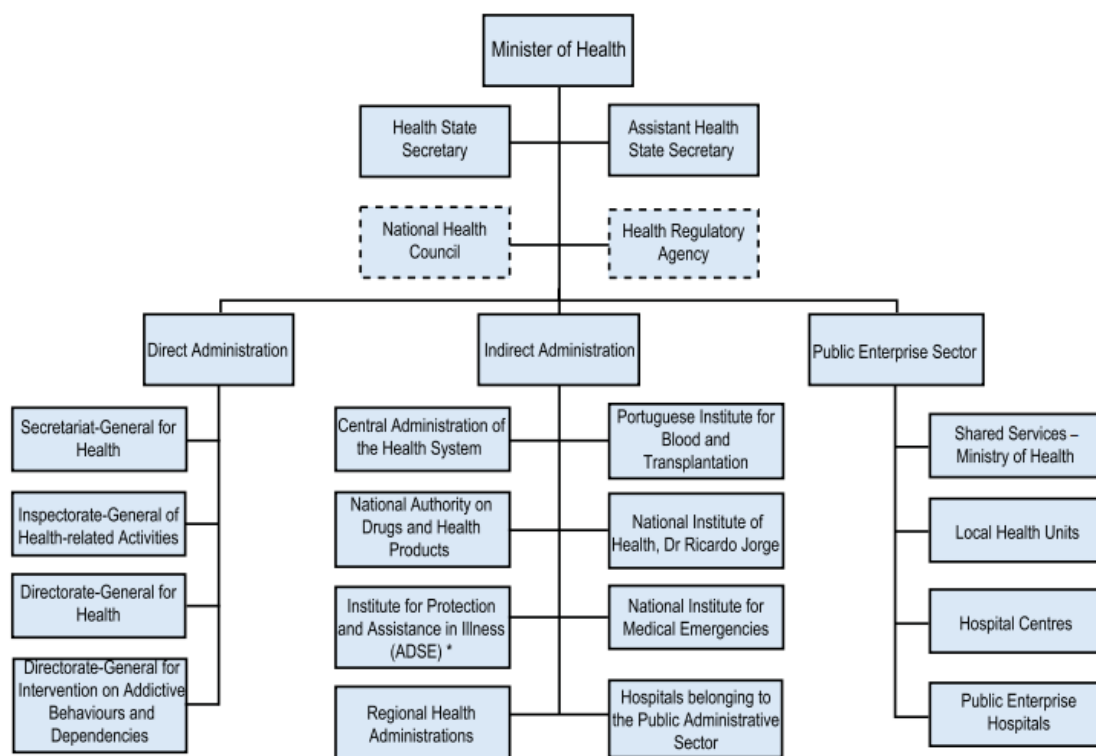
De acordo com Lima (2015), com a chegada do ano de 2010 e o agravamento da crise financeira, passa a existir uma maior vontade em maximizar os recursos e diminuir o peso do Estado. Um reflexo desta crise foi o aumento das taxas moderadoras no acesso a cuidados de saúde e a introdução de novas taxas de acesso, promovendo uma maior responsabilização dos cidadãos enquanto atores principais dos sistemas de saúde. Pode notar-se um retrocesso, dado que a maior preocupação recai sobre a garantia do acesso a cuidados aos cidadãos mais vulneráveis. Apesar de tudo isto, Portugal apresenta um bom desempenho no que diz respeito a políticas de saúde, aproximando-se das médias Europeias. Nos dados apresentados no site PORDATA, em 2017, no ano de 1960 a taxa de mortalidade infantil situava-se nos 77,5%, já em 2016 nos 3,2 % e a esperança média de vida situava-se em 66,4 anos no ano de 1960 e em 2015 nos 83,3 anos. O paradigma está a mudar e os problemas enfrentados em 1960 são bem diferentes dos enfrentados atualmente. O envelhecimento da população e o surgimento de novas doenças, por exemplo, mostram ser um grande desafio para os prestadores de cuidados, exigindo novas dinâmicas e uma reformulação das políticas públicas de saúde. Também a crise financeira atravessada por Portugal e por muitos países da UE se revelou um grande problema, aumentando o desemprego e a consequente intervenção económica do Estado. O aumento do apoio e a isenção de taxas para cidadãos



com baixos rendimentos revelam-se também um grande desafio para a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde Português (Lima, 2015).

A organização dos Sistemas de Saúde difere de país para país, em Portugal, as políticas de saúde são da responsabilidade do Ministério da Saúde, sendo que este controla e avalia a sua implementação. Através da seguinte figura podemos perceber a organização do Sistema Nacional de Saúde Português.

**Figura 2 - Organização do Sistema de Saúde Português**



Fonte: Adaptado de Simões, J., Augusto, G., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). *Portugal Health system review* (Vol. 19).

Sobre alçada direta do Estado, os serviços ou organismos aqui integrados não possuem uma personalidade jurídica própria, detendo apenas autonomia administrativa (Silva, 2016). Tal como se pode verificar na figura 2, temos 4 organizações integrantes do Ministério da Saúde que se enquadram na Administração direta do Estado, a saber: Secretaria Geral da Saúde, Inspeção Geral das Atividades em Saúde, Direção Geral da Saúde e ainda Direcção-Geral de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências.

**Tabela 1 - Organização do Sistema Nacional de Saúde – Ministério da Saúde**

Secretaria Geral da Saúde	Assegura todo o apoio técnico aos vários departamentos integrantes do Ministério da Saúde. Presta ainda apoio a Entidades externas ao SNS
Inspeção Geral das Atividades em Saúde	Tem uma função inspetiva, de auditoria e disciplinar relativamente às instituições do SNS.
Direção Geral da Saúde	A mais conhecida pela população portuguesa, pelo seu caráter informativo e programas de promoção de saúde. É esta que coordena, regula e supervisiona todas as atividades das instituições integrantes ou não do SNS.
Direção-Geral de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências	Visa a prevenção do consumo de drogas e o tratamento de pessoas com problemas ligados ao consumo das mesmas.

Fonte: Adaptado de Simões, J., Augusto, G., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). *Portugal Health system review* (Vol. 19)

Já as organizações integrantes da Administração indireta do Estado são detentoras de personalidade jurídica própria, atuando de forma independente em questões administrativas e financeiras, possuindo ainda autonomia financeira (Silva, 2016). Na tabela 2, pode verificar-se quais os organismos pertencentes à Administração indireta do Estado.

**Tabela 2 - Organização do Sistema Nacional de Saúde – Administração indireta do Estado**

Administração Central do Sistema de Saúde	Gere os recursos do Sistema Nacional de Saúde (humanos, financeiros, etc.) Define e regula políticas de saúde, principalmente na contratação de serviços de saúde.
INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde)	Ligado à indústria farmacêutica, regula os seus produtos e os produtos de saúde, garantindo a proteção da saúde pública.
INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica)	Avalia e monitoriza o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica, garantindo a assistência a doentes em casos urgentes.
Instituto Português de Sangue e Transplante	Regula todo o processo de doação, análise e aprovisionamento relativo aos componentes sanguíneos.
Instituto de Proteção e Assistência em Doença	Mais conhecido por ADSE, garante a proteção em caso de doença aos trabalhadores da Administração Pública.
Instituto Nacional de Saúde do Dr. Ricardo Jorge	Ligado à investigação em Saúde, tem em vista a promoção da saúde pública,

	vigiando a medicina laboratorial. Está dividido em subáreas, como por exemplo: Alimentação e Nutrição , Doenças infecciosas, etc.
Administrações regionais de saúde	São 5 as administrações de saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. São responsáveis por gerir o SNS, consoante a sua área de influência. Implementam regionalmente aquilo que foi estipulado a nível nacional. Têm que seguir as diretrizes estratégicas e aprovisionar os serviços de saúde. Os cuidados de longa duração são também da responsabilidade das Administrações regionais de Saúde.
Hospitais do Sector Público Administrativo	São os Hospitais que não foram convertidos em Empresas Públicas Empresariais, continuando a reger-se pelas regras do setor público. Representam, neste momento, uma pequena minoria.

Fonte: Adaptado de Simões, J., Augusto, G., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). *Portugal Health system review* (Vol. 19)

As organizações apresentadas abaixo pertencem ao Setor Público Empresarial, desta forma, são geridas e tal como o nome indica, de forma empresarial. Por norma as Entidades Públicas Empresariais possuem autonomia administrativa e financeira ( DL n.º 133/2013, de 03 de outubro).

**Tabela 3 - Organização do Sistema Nacional de Saúde – Setor Público Empresarial**

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde	Oferecem soluções e serviços relacionados com o setor da saúde, que podem ou não estar ligados especificamente ao Ministério da Saúde. Oferecem apoio nas mais variadas áreas, nomeadamente da logística, recursos humanos e financeiros, etc.
Unidades Locais de Saúde	Criadas em 1999 permitem uma maior interligação entre os cuidados primários e os hospitais.
Centros hospitalares e Hospitais Públicos Empresariais	Criados com o intuito de tornar os serviços mais eficientes, estes CH são geridos pelo privado, mas pertencem ao Estado. Há, portanto, uma administração e responsabilização mais autónoma.

Fonte: Adaptado de Simões, J., Augusto, G., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). *Portugal Health system review* (Vol. 19)

Por último, cabe apresentar as Entidades Independentes do Ministério da Saúde:

**Tabela 4 - Organização do Sistema Nacional de Saúde – Entidades Independentes**

Conselho Nacional de Saúde	É responsável pela emissão de pareceres acerca das medidas implementadas pelo Ministério da Saúde. No entanto, não tem efeitos na prática pois nunca foi implementado.
Entidade Reguladora da Saúde	A Entidade Reguladora da Saúde é independente, dado que o seu objetivo é monitorizar a prestação de cuidados de saúde por parte das diversas instituições, no que toca ao atendimento do utente, à qualidade dos cuidados prestados, etc.

Fonte: Adaptado de Simões, J., Augusto, G., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). *Portugal Health system review* (Vol. 19)

## 2.2 O Serviço de Urgência Médica

### 2.2.1 Clarificação de conceitos

O Conselho Federal de Medicina, em 1998, citado por Romani, Sperandio, Sperandio, Diniz, & Inácio (2009, p. 42) definiu urgência como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”, já na definição apontada por Jacquemot (2005) e tomando como base para a sua perspetiva a aceção ao Dicionário Aurélio, a urgência apenas exige uma ação veloz e imprescindível, não fazendo alusão a qualquer tipo de risco ou gravidade para a saúde; Aranha (1969), citado por Jacquemot (2005, p.16) ratifica a ideia anterior, afirmando que a urgência se trata de “um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida eminente”. A Direção Geral de Saúde (2001, p. 7) confirma a definição apontada por Romani et al. (2009) e descreve as urgências como “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais.”

Importa referir que o conceito de urgência difere de um outro falado, mas confundido com este: emergência médica. O Conselho Federal de Medicina, em 1998, citado por Romani et al., (2009, p. 43) aponta uma definição para este conceito, realçando que se trata de uma “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. Já

para Aranha, em 1969, citado por Jacquemot (2005, p. 16) este conceito está presente quando existe um risco de vida, traduzindo-se num “processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após a sua constatação”. Por último, a Direção Geral de Saúde (2001, p. 7) definiu como emergências “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais. Desta forma e olhando para os vários conceitos, fica perceptível a presença de um fator de maior gravidade quando se trata do conceito de emergência. Em forma de conclusão, Jacquemot (2005), refere que a principal dissemelhança entre os conceitos é o risco que a situação representa para a vida do paciente, vincando a ideia de que numa emergência o risco para a vida é iminente, já numa urgência o risco existe, mas não é iminente.

### **2.2.2 Caracterização**

Sabe-se que os Hospitais revelam uma grande complexidade na sua organização e gestão, dadas as suas características intrínsecas e o domínio onde atuam. A multiplicidade de serviços e a heterogeneidade dos problemas contribuem igualmente para o seu grau de complexidade. No entanto, a procura pela qualidade e eficiência é cada vez mais debatida e inserida nos planos dos administradores hospitalares, tendo em vista uma maior satisfação dos utentes (Costa & Lopes, 2004).

Tal como referido na parte introdutória deste Relatório e segundo Campos (2005) a urgência hospitalar representa a primeira escolha dos utentes aquando da sua necessidade de atendimento urgente/emergente, pela sua variedade de especialidades e capacidade de diagnóstico. O surgimento da urgência como um departamento único e específico no mundo Ocidental é relativamente recente, surgindo após a II Guerra Mundial. No caso particular dos EUA, o seu surgimento remonta aos anos 70, tendo uma base diferente na sua organização. Aqui o SU é constituído por um serviço hospitalar denominado por “Emergency Medicine” e ainda por um Serviço intitulado por “Emergency Medical Services” que se trata de um atendimento pré-hospitalar feito por profissionais especializados, mas que não inclui médicos. Este modelo expande-se também para o Canadá, Reino Unido, Austrália, etc. Já na Europa a componente pré-hospitalar é acautelada por médicos e profissionais especializados que ocorrem às urgências/emergências dependendo da gravidade da situação (Dykstra, 1997 citado em Gusmão, 2008).

Em Portugal, o SU tem estado nas preocupações principais do SNS, tornando-se a primeira escolha dos utentes, consumindo recursos financeiros e humanos e desajustando a dinâmica dos hospitais em todas as suas vertentes, desde o ambulatório, aos meios complementares de diagnóstico (Campos, 2005). Embora sejam muitas as medidas aplicadas<sup>1</sup> para a redução de idas à urgência (nos casos não urgentes/emergentes), em 2012 os episódios de urgência situavam-se nos 7 068 480 por ano (INE, 2014).

**Figura 3 - Atendimentos em serviço de urgência (N.º) nos hospitais por Localização geográfica (Anual)**

Localização geográfica (NUTS - 2001)		Atendimentos em serviço de urgência (N.º) nos hospitais por Localização geográfica (NUTS - 2001); Anual		
		Período de referência dos dados		
		2012	2010	1998
		N.º	N.º	N.º
Portugal	PT	7068480	7535925	6984108
Continente	1	6776146	7214790	6694471
Região Autónoma dos Açores	2	152349	163614	129685
Região Autónoma da Madeira	3	139985	157521	159952

Fonte: INE, 2014

Uma leitura dos dados apresentados na figura 3, retirados do INE, permite verificar uma grande afluência aos SU, não só ao nível de Portugal Continental, mas também nas Regiões Autónomas. No entanto, entre 2010 e 2012, nota-se uma acentuada redução na afluência total. A Direção Geral de Saúde, em 2001, acrescenta que cerca de 50% dos episódios analisados em 1999 não representavam efetivamente uma urgência/emergência acarretando consequências para estes 50% e também para os restantes casos que efetivamente se tratavam de uma urgência/emergência. Desta forma e segundo a Direção Geral de Saúde (2001, p.6), os utentes podem receber cuidados desajustados pelas seguintes razões:

- impossibilidade de abordagem global do doente;

<sup>1</sup> Veja-se o DL n.º 113/2011, de 29 de novembro que “regula o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios”. O artigo 8.º, na alínea i), reflete sobre a dispensa de cobrança de taxas moderadoras para utentes referenciados pelos cuidados primários.

- falsas tranquilizações perante respostas que geralmente são de circunstância, mas que não resolvem o problema;
- dificuldade no controlo de doenças crónicas;
- aplicação de paradigmas de abordagem terapêutica próprias de situações agudas a situações crónicas;
- impossibilidade de os técnicos terem o seguimento e a avaliação do impacto dos seus procedimentos, com todas as consequências no seu desenvolvimento profissional;
- impossibilidade de construir uma relação funcional médico-doente;
- dificuldade em abordar o doente com multipatologia.

Também Oliveira (2006, p. 269) outorga esta ideia, referindo que “a crescente procura de cuidados médicos e a falta de acessibilidade aos mesmos, no âmbito do SNS, constituem os fatores mais determinantes na procura de consulta urgente”. Menciona ainda que a procura excessiva e a sobrelotação dos SU médica são um problema a nível mundial, argumentando que esta sobrelotação se pode dever à facilidade no acesso e a uma falta de confiança nos cuidados de saúde primários. Esta procura excessiva e inadequada pode levar a atendimentos inadequados, representar um risco para doentes realmente urgentes e ao aumento dos tempos de espera.

O estudo promovido por Bernstein et al., (2009), na Austrália, reflete sobre as questões da procura excessiva e o inadequado atendimento, revelando que existe uma relação entre sobrelotação dos SU e a mortalidade. Também um estudo promovido por este, em Espanha, revela uma correlação positiva entre a taxa de mortalidade e o número de afluências semanais aos SU. No entanto, justifica alguns dos acessos excessivos como casos de agravamento do estado de saúde após atendimento no SU, refletindo sobre uma necessidade de prestar serviços com qualidade e que se adequem ao verdadeiro estado do paciente, justificando estes agravamentos com a pressão que existe em momentos de sobrelotação.

Num estudo avançado por Lourenço & Ferreira, em 2005, chegou-se à conclusão que os cidadãos demoravam, em média, 27 dias para poderem consultar o seu médico de família e o tempo médio gasto no dia da consulta rondava as 2 horas. Esta demora no atendimento pode levar a que os cidadãos optem, em muitos casos, por cuidados privados ou a deslocarem-se imediatamente ao SU, já que garantem um atendimento mais rápido, comparado com os 27 dias.

Também para Boyle et al., (2010) citado em Silva (2017) são várias as complicações de uma superlotação dos SU, nomeadamente e tal como referido por Bernstein et al., (2009), o aumento da mortalidade dos indivíduos, a violência contra os vários profissionais de saúde, erros médicos e diagnósticos mal efetuados, infeções hospitalares e ainda uma perda de qualidade e descrédito dos SU.

### **2.2.3 Os tipos de Serviço de Urgência**

São três os SU existentes em Portugal: a Urgência Básica, a Urgência Médico-Cirúrgica e a Urgência Polivalente.

Criado com o intuito de oferecer uma maior proximidade de cuidados urgentes/emergentes aos cidadãos, o Serviço de Urgência Básica, vulgarmente conhecido por SUB, representa o primeiro nível de atendimento aos utentes em situações urgentes/emergentes e, só em raras exceções, possui uma unidade de pequena cirurgia. Idealmente deve estar situado no local onde não seja possível à população que o rodeia ter acesso, em menos de 60 minutos a um SU de nível igual superior. Tem, obrigatoriamente que dispor dos seguintes recursos: “ Humanos — dois médicos em presença física, dois enfermeiros, técnico(s) de diagnóstico e terapêutica de áreas profissionais adequadas, de acordo com a diversidade dos exames a efetuar, um auxiliar de ação médica e um administrativo, por equipa; De equipamento — material para assegurar a via aérea, oximetria de pulso, monitor com desfibrilhador automático e marca passo externo, eletrocardiógrafo, equipamento para imobilização e transporte do traumatizado, condições e material para pequena cirurgia, radiologia simples (para esqueleto, tórax e abdómen) e patologia química/química seca e capacidade de medição de gases do sangue e lactatos” (Ministério da Saúde, 2014, p. 20673).

O Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, também vulgarmente conhecido por SUMC, é o segundo nível de atendimento, trata-se de um serviço diferenciado e a sua instalação deve ser feita, pelo menos, num Hospital Distrital. Os utentes abrangidos por esta unidade não devem, por norma, percorrer uma distância superior a 60 minutos para serem atendidos nesta unidade. Apesar disto, este serviço deve distanciar-se, também em 60 minutos, de outros SU de nível igual ou superior. Esta regra deixa de vigorar quando o SUMC abrange uma área cuja população seja superior a 200 000 habitantes ( Direção Geral de Saúde, 2001, p. 8). Tem ainda que dispor dos seguintes meios: “Humanos — equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão e



especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respectiva área de influência, periodicamente ajustadas à evolução da procura do SU; Das valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo — medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imunohemoterapia, anestesiologia, bloco operatório (vinte e quatro horas), imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, TAC), patologia clínica (devendo assegurar todos os exames básicos, vinte e quatro horas, incluindo análises de gases do sangue e lactatos); O apoio das especialidades de cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia (com diálise para situações agudas), obstetrícia, Cirurgia Pediátrica, Psiquiatria, Pneumologia, Gastreenterologia e de Serviços ou Unidades de Medicina Intensiva deve fazer-se de acordo com o definido nas respetivas redes de referenciação.” Este SU dispõe ainda de uma sala de emergência com profissionais na área da medicina de urgência (Ministério da Saúde, 2014, p. 20674).

Os SUMC devem então estar articulados com os Serviços de Urgência Polivalente (SUP), sendo estes os seus hospitais de referência e devem ainda estar articulados com os SUB, que embora não estejam abrangidos pela rede de emergência médica podem necessitar de transferir utentes para o SUMC. Importa referir que o INEM está responsável por esta referenciação e existe uma VMER em gestão integrada junto de cada SUMC (Ministério da Saúde, 2014, p. 20674).

O nível mais elevado de atendimento está presente nos SUP. A sua localização deve ser nos Hospitais Gerais e em certos casos e patologias podem receber casos de todo o ponto do País, sendo, no entanto e do ponto de vista funcional, um serviço de referência suprarregional. Há, no entanto, SUP que podem não estar preparados para receber todos os casos urgentes/emergentes. A sua localização deve garantir que o transporte terrestre de um SUMC para este não exceda 1 hora (em contextos ditos normais) (Direção Geral de Saúde, 2001, p. 8).

Para além de oferecer as mesmas valências que um SUMC oferece, deve ainda dispor das seguintes especialidades: “Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia Digital e RMN, Patologia Clínica com Toxicologia, Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia, Pneumologia (com endoscopia), Gastreenterologia (com endoscopia), Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica e Reconstitutiva, Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Vascular e Medicina Intensiva” (Ministério da Saúde, 2014, p. 20674).

Os SUP dispõem também de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, que assegura a prestação de cuidados pré e intra-hospitalares, sendo da inteira responsabilidade do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Os SUP devem ainda garantir um centro de formação acreditado pelo INEM (Ministério da Saúde, 2014, p. 20674).

Na figura 4 estão mencionados os Hospitais Portugueses, divididos pelo tipo de SU, com exclusão dos SUB. Como o documento base para a elaboração da seguinte figura é referente a 2001 e alguns Hospitais sofreram alterações posteriormente, alguns Hospitais estão desatualizados em termos de nomenclatura.

**Figura 4 - Distribuição da Rede Hospitalar de Urgência/Emergência**

	<b>SUMC</b>	<b>SUP</b>
Norte	Hospital de Viana do Castelo Hospital de Guimarães Hospital de Bragança Hospital de Chaves Hospital de Matosinhos Hospital de Vale de Sousa	Hospital de Braga Hospital de Vila Real de Trás-os-Montes Hospital de São João Hospital de Santo António Hospital de Gaia
Centro	Hospital de Aveiro Hospital de Santa Maria da Feira Hospital de Castelo Branco Hospital da Guarda Centro Hospitalar da Cova da Beira Centro Hospitalar das Caldas da Rainha Hospital de Leiria	Hospital de Viseu Hospital da Universidade de Coimbra Centro Hospitalar de Coimbra
Lisboa e Vale do Tejo	Hospital de Curry Cabral Hospital de Fernando da Fonseca Hospital de Cascais Hospital de Torres Vedras Hospital de Vila Franca de Xira Hospital de Santarém Hospital de Abrantes, de Tomar e Torres Novas Hospital do Barreiro Hospital de Setúbal	Hospital de Santa Maria Hospital de São José Hospital de São Francisco Xavier/ Egas Moniz Hospital de Almada
Alentejo	Hospital de Portalegre Hospital de Beja	Hospital de Évora
Algarve	Hospital de Portimão	Hospital de Faro

*Fonte: Adaptado de Direção Geral de Saúde. Rede hospitalar de urgência/emergência (2001).*

Relativamente aos Sistemas de Triagem e na ótica de Beveridge et al. (1998), cada Hospital ou SU deveria ser capaz de recolher os seus dados e readaptar a sua base de triagem. As várias dissemelhanças entre os demais Hospitais exigem recursos variados e diferentes níveis de triagem, por exemplo questões demográficas, de cultura e padrões de doença de determinado local podem influenciar a base de um sistema de triagem. A mescla de utentes pelos vários níveis de triagem está na essência de um SU, devendo os Hospitais em condições semelhantes adotar medidas, também elas, idênticas, adaptando-as às suas condições intrínsecas (por exemplo: protocolos, número de camas, etc.)

A triagem como atualmente se conhece foi sofrendo alterações ao longo dos anos. Na sua forma mais simples é a forma de se dar prioridade a determinado item. A sua aplicação começou em acidentes em massa, sendo que a triagem era feita por gravidade das lesões: doente urgente ou não urgente (Beveridge et al., 1998). Na Europa, EUA e Inglaterra este sistema começou a ter impacto nos SU a partir de 1900, tendo por base uma melhor distribuição dos utentes pelos recursos limitados, consoante as necessidades. Desta forma, os sistemas de triagem foram-se instalando de forma informal pelos vários SU. Em alguns serviços, a triagem iniciava-se no momento do registo junto dos cuidados de saúde e noutros serviços após o registo do utente. De uma forma geral, os utentes são classificados tendo por base a sua patologia e necessidade de atendimento, sendo que utentes em estado mais crítico devem receber de forma imediata todos os cuidados necessários. Assim, pode afirmar-se que o ponto principal da triagem se relaciona com o tempo que o utente demorará até ser consultado por um médico, pois, por norma, nenhum tratamento é iniciado sem que este veja o utente (Ebrahimi, Heydari, Mazlom, & Mirhaghi, 2015; Robertson-Steel, 2006).

Se for realizado um inquérito acerca do que se entende por “triagem”, a maioria dos cidadãos iria atribuir o seu significado ao que acontece normalmente nos hospitais, ou seja, ao contexto da saúde. Neste sentido, Iserson & Moskop (2007) apontam que para o uso da triagem nos serviços de saúde existem 3 condições a serem satisfeitas:

- Se fosse possível atender todos os cidadãos de forma imediata o sistema de triagem não seria necessário, assim como se houvesse uma catástrofe em que centenas de pessoas necessitassem de assistência imediata. Assim, as necessidades dos utentes devem ser moderadas e diferenciadas no seu nível de emergência.

- O profissional de saúde que examina o utente fá-lo através de um contacto direto, baseando-se numa breve análise do seu estado clínico. Ou seja, a decisão do nível de gravidade é específica para cada utente.
- O profissional de saúde utiliza um sistema pré-estabelecido, normalmente baseado num algoritmo, para determinar a prioridade de tratamento do utente. Este sistema garante uma igualdade na forma como é atribuído o nível de triagem, transmitindo mais confiança ao utente.

Desta forma, os sistemas de triagem nos SU foram criados para identificar os casos mais urgentes e que necessitem de tratamento mais célere, seguindo-se os casos menos urgentes. Embora os recursos dos SU estejam preparados para acorrer a todos os casos (consoante o tipo de urgência no caso português), os utentes cujo nível de gravidade seja menor devem aguardar mais tempo pelo tratamento. Alguns hospitais pelo mundo, possuem sistemas de triagem que encaminham casos menos graves para tratamento em clínicas ou em hospitais de nível inferior, por forma a melhorar os resultados no atendimento a casos mais graves (Iserson & Moskop 2007).

Com grande utilização nos Estados Unidos da América, a partir do final da década de 90, o “Emergency Severity Index” é um sistema de triagem tendo por base um único fluxograma, onde o ponto essencial recai sobre a análise dos recursos necessários para atendimento do utente. Não existe um tempo fixo para atendimento e cada organização utiliza o sistema conforme as suas características internas. Apresenta 5 níveis de prioridade onde o 1 representa uma necessidade urgente de avaliação por um médico e o 5 representa uma baixa prioridade, sendo que nestes casos não existe a necessidade de mobilização de recursos (Coutinho, Cecílio, & Mota, 2012). Por norma, o nível 1 e 2 exigem uma maior mobilização de recursos. Na Austrália existe também um sistema de triagem próprio, desde os anos 70, intitulado por “Australasian Triage Scale”, bastante diferente do que é utilizado nos Estados Unidos, atualmente o sistema é denominado por “Australasian Triage Scale”. À semelhança dos EUA, apresenta 5 níveis de gravidade desde o nível 1 que representa uma grave ameaça à vida do paciente até ao nível 5 que representa os utentes com um nível de atenção menos urgente. Este sistema de triagem não está adaptado para o atendimento de crianças, ou seja, são avaliadas de forma igual aos adultos. Contrariamente ao sistema aplicado nos EUA, este sistema apresenta vários descritores e sintomas consoante o nível de urgência (Coutinho et al., 2012). Já no Canadá, o “Canadian Triage and Acuity Scale” foi

reestruturado em 1998, sendo bastante diferente dos anteriores, de uma forma simples, este sistema relaciona os eventos definidos na “International Classification of Diseases” com os episódios mais frequentes que ocorrem nos serviços de saúde Canadianos. Para este, o nível 1 já pressupõe um nível de reanimação do utente, sendo o mais grave da escala. Já o nível 5, representa, à semelhança dos anteriores, o nível menos urgente na escala. Por último, o Sistema de Triagem de Manchester é o mais utilizado nos países da UE, Brasil e Inglaterra, sendo tratado mais aprofundadamente neste estudo (Coutinho et al., 2012).

Tal como referido anteriormente, o sistema de Triagem surgiu para melhorar as condições de atendimento aos utentes, minimizando os riscos da sobrelotação dos SU. As escalas aplicadas nos SU tendo em vista a classificação dos utentes pelo seu nível de gravidade têm grande aceitação juntos dos Hospitais de todo o mundo (Azeredo, Guedes, Rebelo de Almeida, Chianca, & Martins, 2015).

Christ et al. (2010) & Cooke e Jinks (1999) & Storm-Versloot et al., (2011) , citados em Azeredo et al., (2015), afirmam que existe uma necessidade de tornar o sistema de triagem universal para todos os SU, vincando, no entanto, a ideia de que nenhum método é infalível e são vários os fatores que podem levar a que aconteçam erros, como por exemplo fatores pessoais, fatores culturais, etc. Assim, caracterizam o Sistema de Triagem de Manchester como um “sistema de classificação de prioridade e previsão de risco para os doentes que procuram cuidados de emergência” (p.47), com grande impacto nos Países da UE, onde os utentes são atendidos pelo seu nível de urgência e severidade da patologia, de forma a diminuir os riscos para a saúde do utente. Desta forma, o sistema de triagem apresenta as seguintes categorias:

**Figura 5 - Triagem de Manchester**

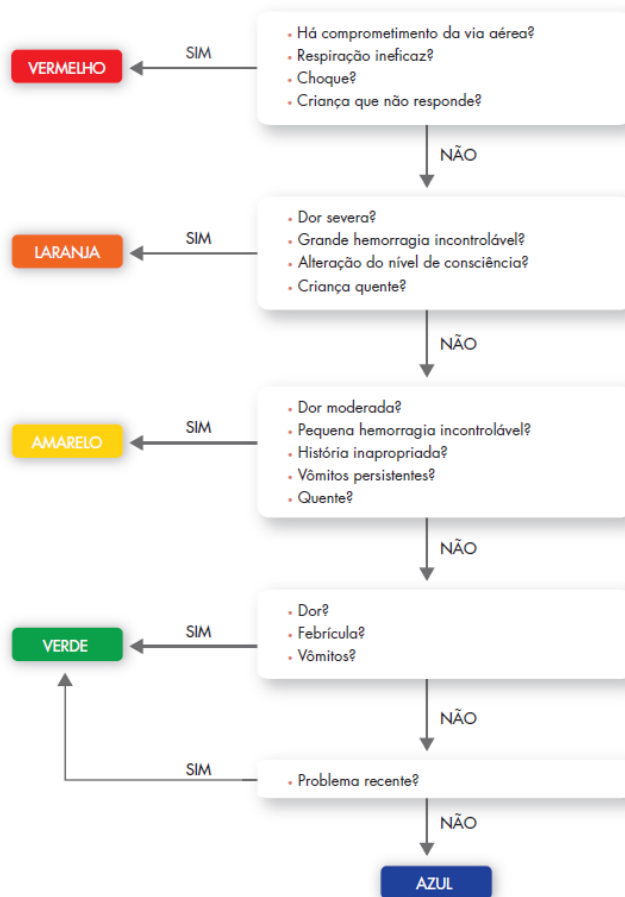
GRAU DE PRIORIDADE	COR DA PULSEIRA	MINUTOS DE SEGURANÇA PARA PRIMEIRA OBSERVAÇÃO MÉDICA
EMERGENTE	VERMELHO	IMEDIATO
MUITO URGENTE	LARANJA	Até 10 MINUTOS
URGENTE	AMARELO	Até 60 MINUTOS
POUCO URGENTE	VERDE	Até 120 MINUTOS
NÃO URGENTE	AZUL	Até 240 MINUTOS

*CUF. (n.d.). Triagem de Manchester | CUF.*

Doentes emergentes devem ter um atendimento imediato e serem classificados com uma pulseira vermelha, utentes classificados como “pouco urgente” ou “não urgente” podem ser atendidos num período de 120 a 240 minutos, respetivamente (ver figura 5) (Azeredo et al., 2015).

O Sistema de Triagem de Manchester para além de ser reconhecido a nível mundial tem apresentado bons resultados junto dos vários SU, apresenta 52 fluxogramas para os vários problemas existentes, onde 2 são utilizados apenas em situações de catástrofe e 7 em urgências de crianças. Apresenta ainda 195 discriminadores, gerais e específicos, de forma a distinguir os vários sintomas e prioridades. O Grupo Português de Triagem (2015) indica que as variáveis gerais são aplicáveis a todos os utentes, como por exemplo a dor sentida, hemorragias, risco de morte, etc. As variáveis específicas são aplicadas a casos específicos, motivados pela condição específica de cada utente. A figura 6 ilustra os discriminadores gerais deste Sistema de Triagem:

**Figura 6 - Variáveis gerais do Sistema de Triage de Manchester**



*Freitas (1997) citado por Universidade Federal de Santa Catarina. (n.d.). Curso de Especialização - Linhas de Cuidado em Enfermagem.*

De uma forma geral, a primeira etapa da triagem passa pela seleção do fluxograma que mais se adequa às queixas apresentadas pelo paciente ou acompanhante. De seguida, os discriminadores desse mesmo fluxograma vão aparecendo e deve seleccionar-se o primeiro que vá de encontro ao problema apresentado ou então deve seleccionar-se aquele que não se pode negar. As informações são cruzadas à medida que se vai seleccionando os discriminadores. Para ser mais fácil a determinação destas informações, vão aparecendo perguntas em cada nível de gravidade, iniciando-se sempre a avaliação pelo nível mais alto (vermelho>laranja>amarelo>verde>azul) (Grupo Português de Triage, 2015).

O processo de triagem do utente termina quando os dados são registados no sistema, de seguida os utentes são encaminhados para a área específica de tratamento e aguardam pelo atendimento, na expectativa de serem atendidos consoante o tempo expectável. Enquanto o utente espera pelo atendimento médico podem surgir novos problemas e complicações, ou

até mesmo o tempo para atendimento ultrapassar o previsto, tornando necessário realizar uma nova reavaliação. Cada SU deve estar preparado para responder a situações imprevistas, tais como vários feridos graves ao mesmo tempo, uma sobrelotação do serviço, etc. O Sistema de Triagem de Manchester é então um sistema confiável, mas depende da experiência dos enfermeiros presentes no serviço de Triagem de cada SU, estes devem ser sensíveis principalmente para utentes cujo estado de saúde seja mais grave e exija mais cuidados. Torna-se necessário também efetuar auditorias frequentes por forma a melhorar e readaptar as categorias de prioridade (Coutinho et al., 2012).



## Capítulo III: A qualidade nos Serviços de Saúde

### 3.1 Qualidade em Saúde

Para a OMS (2016), saúde “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades”. Barros (2009) faz uma interpretação ampla deste conceito, associando-o à questão do bem-estar social e económico. Desta forma, afirma que a saúde do indivíduo depende claramente do seu bem-estar físico/psicológico, mas também da sua integração social e económica. No seu livro, faz referência ao conceito apontado por Alexandre Pinto, no Fórum de Economia da Saúde, onde este menciona que “a saúde e a vida têm um valor infinito, é o que se costuma dizer, embora seja talvez difícil de assumir em todas as suas consequências (...) em Saúde, a vida e a saúde têm um valor infinito, para o próprio e para os seus próximos, isto é, uma ótica personalizada (...) onde o custo de substituição de uma vida é nulo”. Ou seja, olha-se para os cuidados de saúde como uma tentativa de reduzir a possibilidade de morte, reduzindo também os dias de doença dos indivíduos (Barros, 2009, p.52). Na interpretação de Czeresnia & Machado de Freitas (2009), a saúde não pode ter um conceito científico delimitado, tal como o sofrimento sentido pelo indivíduo, desta forma, entendem que nenhum conceito poderá representar a realidade do que cada indivíduo entende por saúde.

É a partir de meados do século XX que a qualidade em saúde começa a ganhar evidência, com uma vertente mais voltada para a qualidade no atendimento. No documento de trabalho elaborado pela Escola Nacional de Saúde Pública, em 2010, a qualidade é entendida através de diversas variáveis. Depende, de facto, do serviço prestado, mas também da organização num todo (por exemplo, os horários de funcionamento das organizações) (Furtado & Pereira, 2010). Para Machado & Nogueira (2008), a qualidade dos serviços de saúde pode ser avaliada tendo em conta três pilares essenciais: a *estrutura*, que reflete os recursos existentes, quer físicos quer humanos; o *processo*, que diz respeito à análise de todos os processos inerentes ao serviço e ainda os *resultados* que determinam se os procedimentos foram de encontro ao estipulado e se as necessidades dos utentes foram supridas.

Na visão de Carvalho, Sardenberg, Matos, Neto, & Santos (2004), a qualidade em saúde depende das várias equipas, ou seja, dos recursos humanos existentes nas unidades de saúde, tentando estes melhorar todas as questões que achem prejudiciais para o bom funcionamento dos serviços, tendo em vista uma maior satisfação dos utentes. Assim e ainda

segundo os mesmos autores, a procura da qualidade nos serviços não deve ter um carácter punitivo sobre quem trabalha, deve sim procurar destacar as oportunidades de forma a reduzir os desperdícios (seja de recursos humanos, seja de recursos financeiros). Para Berwick (1990), citado em Carvalho et al. (2004), quando se olha para a qualidade, observa-se, essencialmente, o sistema e não as pessoas que prestam os serviços. Para este, as falhas na qualidade, por norma, estão ligadas à questão organizacional e às novas tecnologias, não estando, por vezes, os profissionais familiarizados com as novas tecnologias nem informados dos processos organizacionais. Desta forma, estas falhas podem levar a altos custos, nomeadamente na consideração e na confiabilidade nas instituições de saúde, com a agravante de que poderá trazer lesões para os pacientes. Donabedian (1980), citado em Ferreira (1991, p. 98) define qualidade de cuidados de saúde como “o tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes”, ou seja, está aqui incutida a necessidade de proporcionar o máximo de bem-estar ao utente, olhando para todas as variáveis que possam afetar o seu estado, bem como todo o processo de tratamento.

Apesar dos vários conceitos apresentados pelos demais autores, tem sido difícil chegar a um consenso sobre o conceito de “qualidade em saúde”. No entanto, existem alguns fatores que são comuns às várias definições. O primeiro aspeto em concordância diz respeito à adequação dos meios terapêuticos ao problema/doença do utente, ou seja, perceber se o método utilizado é o mais indicado e o melhor entre os existentes (Donabedian, 1988, citado em Ferreira, 1991). O segundo fator traz consigo a necessidade de se olhar para o tratamento e ligá-lo às questões interpessoais, portanto, assegurar um maior conforto ao utente e ainda prestar-lhe todas as informações necessárias acerca do seu estado (Donabedian, 1988, citado em Ferreira, 1991). Já o terceiro ponto de concordância entre os autores diz respeito às questões de acessibilidade, continuidade dos cuidados e ainda a disponibilidade. A questão da acessibilidade começa antes do utente chegar ao prestador de cuidados de saúde, está ligada com o tempo que este percorre até chegar efetivamente ao prestador de cuidados e receber os necessários cuidados, desta forma, inicia-se antes do contacto com o cuidador. Num outro prisma pode também estar ligada ao tempo que o prestador demora a chegar ao utente (eg. possibilidade de tratamento em casa) (Donabedian, 1988, citado em Ferreira, 1991). Apesar disto, a questão da acessibilidade pode estar ainda ligada a questões

financeiras, a forma como o utente pode pagar o serviço e se de facto o pode pagar. Já o fator disponibilidade está relacionado com o número existente de prestadores de cuidados, bem como os recursos existentes, desde meios de diagnóstico a recursos humanos qualificados. A questão da continuidade, o último ponto de concordância entre autores, diz respeito à possibilidade de não existirem interrupções nos cuidados, trazendo um maior conforto para o utente e impedindo falhas de comunicação, criando assim uma maior interação entre os vários atores envolvidos (Vuori et al., 1982, citado em Ferreira, 1991).

Quando um utente utiliza um serviço de saúde e sai de lá satisfeito, ou seja, tem uma boa experiência, sentir-se-á mais confiante na próxima vez que necessitar de utilizar o serviço e será mais colaborante. Assim, e numa ótica de desenvolvimento de políticas públicas de qualidade em saúde, deve olhar-se para dois fatores essenciais e que se complementam: a lógica de mercado não deve atuar rigidamente no campo da saúde, pois o acesso aos cuidados de saúde deve depender da necessidade do utente e não da sua possibilidade de pagar o serviço; a segunda lógica está diretamente ligada com a garantia dos direitos dos cidadãos, tendo por base o princípio da igualdade e da não discriminação, sendo que uma fraca oferta de cuidados de saúde pode ter impacto na qualidade de vida de todos os cidadãos (Santinha, 2014). Neste estudo, tal como referido anteriormente, será dada ênfase à qualidade no acesso, em termos de tempo, ou seja, irá dar-se uma maior importância aos tempos de acesso, na ótica do utente. Esta análise resulta não só do facto de alguma bibliografia referir a importância dos tempos no acesso a cuidados de saúde (eg. Donabedian), mas também pelo desenvolvimento do trabalho prático, que decorre da necessidade e objetivo fixados no protocolo de estágio. Assim, e ainda no prisma da qualidade em saúde, importa estudar o que se entende por qualidade no acesso e ainda as implicações de um elevado tempo de espera para os utentes.

Na perspetiva de Travassos & Martins (2004), o acesso como conceito é de difícil definição, sendo portanto normal que seja usado, muitas das vezes, de forma incorreta, principalmente quando se fala em cuidados de saúde. Donabedian (1973), citado pelos autores supramencionados, refere que o conceito de acesso vai para além dos recursos existentes em cada serviço. Depende de facto destes, que podem comprometer o uso por parte de determinada pessoa, mas depende também das características dos serviços. A questão da acessibilidade é então importante para perceber e estudar as variações de utilização dos cuidados de saúde. A acessibilidade apresenta duas dimensões, a

acessibilidade em termos geográficos e a sócio organizacional. A primeira diz respeito a questões de movimentação no espaço, relaciona-se com a distância e o tempo percorrido, bem como com o custo da viagem até chegar ao serviço de saúde. Já a segunda dimensão está ligada a todas as outras questões que não as geográficas, tais como políticas ou medidas que discriminem determinado grupo de utentes, em detrimento da sua condição (por exemplo, a prioridade de marcação de consultas para pessoas portadoras de diabetes).

Para Assis & Jesus (2012) ainda existem limites à utilização dos serviços de saúde, nomeadamente limites geográficos ou até fatores socioeconómicos. Fatores como a educação e o poder de compra limitam também o acesso aos cuidados de saúde. Giovanella e Fleury (1995), citados em Assis & Jesus (2012) classificam o acesso tendo por base quatro dimensões. A primeira diz respeito à dimensão económica, faz uma análise tendo em conta a relação entre a procura e a oferta. A dimensão técnica analisa a forma como são organizados os serviços e a rede. A terceira dimensão (política) olha para o desenvolvimento e organização da população, com foco na consciencialização para a saúde. A dimensão simbólica diz respeito aos valores de cada sociedade, às dimensões próprias do acesso, tais como disponibilidade, acessibilidade localização geográfica, etc. A dimensão mais valorizada neste estudo é então a da acessibilidade, que, segundo Giovanella e Fleury (1995), diz respeito à “relação entre localização da oferta e dos utilizadores, distância entre eles, formas de deslocação e custos”(Assis & Jesus , 2012, p.2867).

Os sistemas de saúde devem ser descentralizados, para que haja um maior acesso e uma maior interligação entre os vários subsistemas (Hortale et al., 2000, citado em Assis & Jesus, 2012). Quando se olha para as várias fases que o utente atravessa quando necessita de um cuidado de saúde, o acesso ao serviço é a primeira etapa a ser superada pelo utente. Por exemplo, se um utilizador está doente em casa e necessita de assistência médica urgente, pode necessitar de acionar um meio de emergência ou então deslocar-se por meios próprios, assim a localização dos serviços de saúde vai contribuir para uma menor ou melhor perceção acerca dos serviços de saúde. Por vezes e quando está nas mãos do utente decidir qual o serviço de saúde a utilizar, a questão do acesso pode ser crucial, existindo uma relação positiva entre acesso e urgência de tratamento (Hortale et al., 2000, citado em Assis & Jesus, 2012).

Penchansky & Thomas (1981) também refletem sobre o conceito de acesso e o seu impacto nos cuidados de saúde. Afirmam que as dimensões deste conceito, no que diz

respeito à saúde, passam pela disponibilidade, acessibilidade, capacidade de pagar, alojamento e aceitabilidade. A primeira dimensão relaciona o número e tipo de serviços/recursos existentes, com o número e tipo de necessidades dos cidadãos, ou seja, relaciona o número de oferta de determinado serviço com a procura do utente. A segunda dimensão, reflete sobre a localização dos serviços de saúde e a localização do utente, tendo em conta o tempo e custo da deslocação. No que diz respeito à dimensão da capacidade de pagar, esta está relacionada com o custo de utilização dos serviços e a capacidade de pagar dos indivíduos. Já a questão do alojamento realça a importância de o utente sentir que receberá o melhor tratamento possível, desde a disponibilidade de camas até à receção de visitas. A última dimensão relaciona-se com as características pessoais de cada utente, como por exemplo a idade, o sexo, etnia, etc., vincando a necessidade dos serviços se adaptarem às características dos indivíduos (Penchansky & Thomas,1981). Assim, problemas com as dimensões do acesso podem influenciar os utentes de 3 formas diferentes: na utilização de serviços; na satisfação com os serviços e na forma como o provedor de saúde vai prestar o serviço (Penchansky & Thomas,1981).

As conclusões do estudo avançado por Penchansky & Thomas (1981), revelaram que o tempo de deslocação dos utentes para os serviços de saúde, bem como o tempo de espera para serem atendidos numa consulta, influencia, negativamente, a satisfação do utente com o serviço em questão.

Conill, Giovanella, & Almeida (2011) afirmam que elevados tempos de acesso têm-se revelado um problema constante nos serviços públicos de saúde. Na OCDE, este problema afeta cerca de metade dos países. No entanto, este problema não afeta apenas os serviços públicos de saúde, veja-se, por exemplo, o caso da Austrália e da Nova Zelândia, onde predominam prestadores privados de saúde e os tempos de espera representam uma preocupação para os gestores (Conill, Giovanella, & Almeida, 2011). Embora o SNS se assuma como principal ator na prestação de cuidados de saúde em Portugal desde a sua criação, nota-se atualmente uma forte aposta nos prestadores privados. Estes aumentam a sua atuação, mais especificamente em áreas como a saúde oral, a fisioterapia, etc., e de uma forma mais moderada nos serviços hospitalares. Este crescimento na oferta de cuidados por parte do setor privado deve-se essencialmente à falta de uma resposta eficiente por parte do setor público, nomeadamente ao nível dos tempos de espera, tanto em urgência como em consultas programadas (Fernandes & Nunes, 2016).

Oche & Adamu (2013) referem que os tempos de espera são um indicador importante quando se fala de qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelos hospitais, na medida em que estes tempos influenciam a forma como os utentes utilizam ou não estes serviços. Podem causar stress aos utentes, que passam a avaliar erradamente o serviço prestado pelo médico, colocando em causa a sua formação e conhecimento. Thompson, Yarnold, Adams, & Spacone (1996) realçam também a ideia de que o tempo de espera pode ser frustrante, afetando negativamente a perceção do utente relativamente ao serviço, aumentando as queixas. É ainda referido que altos tempos de espera são o fator que mais contribui para a insatisfação por parte dos utentes. Os mesmos autores analisam e apontam duas dimensões intrínsecas aos tempos de espera, a dimensão real e a subjetiva. A primeira diz respeito ao que realmente é medido em tempo de espera, a segunda diz respeito ao tempo que o utente sente que de facto está a esperar. A primeira dimensão é útil para os diretores das unidades de saúde tomarem decisões e melhorarem posteriormente estes tempos. Já a segunda dimensão é útil para reduzir reclamações, ou seja, menos queixas representam que o tempo de espera sentido pelo utente não foi suficientemente elevado para que o levasse a redigir uma queixa. É ainda útil para perceber se algumas medidas tomadas para reduzir a perceção dos tempos de espera estão a ser ou não úteis para atingir um maior grau de satisfação.

Para Siciliani, Moran, & Borowitz (2013), uma lista de espera ou um tempo para atendimento mais elevado forma-se quando a entrada de utentes excede a saída de utentes já tratados. Estes desequilíbrios na procura por serviços de saúde podem dever-se a procuras de curto prazo, por exemplo, no pico da gripe, onde é normal os utentes acorrerem com mais frequência aos SU do Hospital. De acordo com Siciliani, Moran, & Borowitz (2013) ninguém gosta de longos tempos de espera, sendo, por isso, importante detetar a causa dos mesmos. Importa ainda salientar que utentes com um nível mais baixo de necessidade de cuidados não devem acorrer aos SU, diminuindo assim os tempos de espera. Países como a França e a Bélgica (ver figura 7) não demonstram preocupações com os tempos de espera e apresentam elevados gastos com a saúde, bem acima da média da OCDE. No entanto, este último critério não indica necessariamente uma relação entre gastos e melhoria nos tempos, pois países como a Noruega e a Dinamarca apresentam também altos investimentos em saúde e os tempos de espera são uma preocupação para os governos. Itália, Espanha e Portugal apresentam custos bem abaixo da média da OCDE e mostram também uma grande preocupação com a redução dos tempos de espera (Siciliani et al., 2013).

**Figura 7 - Despesas de saúde pública e tempos de espera**



Fonte: OCDE (2012) , citada em Siciliani, L., Moran, V., & Borowitz, M. (2013). Waiting times for health care: A conceptual framework (pp. 19–32)

Para Rexus et al., (2004) citado em Siciliani et al., (2013) os tempos de espera podem trazer resultados menos favoráveis ao utente e à sua saúde. Quando se trata de procedimentos urgentes, como por exemplo operações coronárias, os tempos de espera podem ter um grande impacto, não só a nível físico, mas também social, piorando a situação do utente e levando a que os procedimentos se tornem menos eficazes. Estas evidências não são tão elevadas quando se fala de casos menos urgentes.

### **3.2 A procura de cuidados de saúde**

A procura de cuidados de saúde depende das escolhas individuais de cada sujeito, na maioria dos casos. É comum ouvir-se dizer que pessoas com um rendimento mais alto têm tendência a procurar serviços de saúde que lhes proporcione um atendimento mais rápido, no entanto, há momentos imprevisíveis na vida de um indivíduo que não permitem que tal escolha seja feita (Barros, 2009) .

Na ótica de Grossman, citado em Barros (2009), são vários os fatores que têm efeito na procura de serviços de saúde. A idade, por exemplo, é um deles. Por norma, a procura por cuidados de saúde aumenta consoante a idade, ou seja, como nas pessoas mais idosas esta se danifica com mais facilidade, há por parte deste grupo um maior investimento. Segundo Souza, Vieira, Costa, & Lima (2016), os idosos apresentam uma maior predisposição para desenvolver algum tipo de patologia, tanto física como mental ou até mesmo social, sendo por isso um grupo mais frágil, com tendência para polipatologias. Existem, no entanto, exceções, por exemplo, um acidente grave pode provocar uma necessidade de investir mais em saúde e por vezes, a situação é de tal forma grave que, mesmo que o investimento seja o mais elevado possível, não consegue devolver o estado anterior de saúde (exemplo: uma pessoa que fica paraplégica).

O salário é também um dos fatores apontados pelo autor, que leva a uma menor ou maior investimento. Salários mais elevados possibilitam uma melhor distribuição de rendimentos pela saúde e lazer, levando assim o indivíduo a precaver-se e investir mais. Também o estudo de Levorato, Mello, Silva, & Nunes (2014) revela que a idade é um fator preponderante no que toca à procura destes serviços. Apesar disto, o estudo destes revelou que o sexo é um fator a ter em conta, na medida em que as mulheres procuram os serviços de saúde 1,9 vezes mais que os homens. Quando avaliaram a questão do rendimento, tal como referido acima, obtiveram uma correlação positiva entre maior rendimento e maior procura de serviços de saúde;

No estudo de Levorato et al. (2014) é mencionado um fator analítico adicional: a relação entre o horário laboral e o horário de funcionamento dos serviços de saúde. Existindo uma coincidência entre estes dois horários (excetuando-se o caso das urgências hospitalares) o estudo revelou que o sexo masculino tende a procurar menos estes serviços. Já os indivíduos reformados, que não exercem qualquer atividade profissional, não veem o horário de atendimento como um entrave à sua utilização.

Zucchi, Nero, & Malik (2000) apontam a necessidade sentida pelo utente como o primeiro fator para a procura de serviços de saúde, quer centros de saúde quer urgências hospitalares. O estado do indivíduo faz com que este procure ajuda, a procura tem a expectativa de restabelecer a sua condição, confiando assim nos cuidados de saúde. O conhecimento e a divulgação de vários sintomas de algumas doenças fazem com que os utentes estejam mais atentos e antecipem episódios mais graves. O ambiente físico onde a



pessoa trabalha ou habita é também um fator preponderante na procura por serviços de saúde. Ambientes propícios ao desenvolvimento de enfermidades ainda são uma realidade hoje em dia. Outro fator é o biológico, indivíduos com determinadas patologias tendem a utilizar mais os serviços de saúde.

O fator educação é mais um dos fatores apontados quando se fala em procura de saúde. Pressupõe-se que pessoas com um nível mais elevado de educação procurem por mais cuidados de saúde. Esta evidência deve-se ao facto deste grupo perceber melhor os benefícios de procurar por mais saúde. Assim, indivíduos com maior stock de saúde, melhoram as suas condições, diminuem os dias de doença, reduzindo o mal-estar, e aumentam o rendimento, podendo canalizá-lo para um maior investimento em lazer. No entanto, não se está aqui a acrescentar o custo de acesso aos cuidados de saúde, sendo que, segundo Barros (2009), este influencia negativamente a procura por cuidados de saúde.

A Administração Regional da Saúde do Norte, I.P. define todos os anos um Plano de Contingência Regional - Saúde Sazonal, tanto para o Verão como para o Inverno, referindo o impacto das temperaturas na saúde da população. No Módulo de Verão, elaborado em 2017, a Administração Regional da Saúde do Norte, I.P. refere que a exposição a um calor violento pode obrigar a população a necessitar de cuidados médicos de emergência, elevando assim as admissões nos SU. Também no Plano “Saúde Sazonal: Inverno e Saúde”, promovido pela Administração Regional da Saúde Norte, I.P, em 2016, se faz alusão à necessidade de reduzir o impacto do frio na saúde da população, com maior foco nas crianças e idosos, evitando danos graves para a sua saúde. Também num estudo promovido por Almodovar et al., (1993), verificou-se uma correlação positiva entre os fatores meteorológicas e o aumento da afluência nos SU. Quando analisada a pluviosidade e nebulosidade, estes fatores relacionaram-se positivamente com o aumento da afluência nos SU.

Na ótica de Mason et al. (2014), a procura por SU está a aumentar a nível mundial, prevê-se que com o aumento da esperança média de vida e o conseqüente envelhecimento da população, esta procura vá aumentar, levando muitos países a adotar e a procurar medidas para responder eficientemente à procura. Estes autores acreditam que uma melhor distribuição e atendimento dos utentes nos centros de saúde, em situações menos graves, podem levar a uma menor afluência aos SU. No entanto, o inverso pode acontecer, são inúmeras as vezes que médicos referenciam doentes de forma errada, com diagnósticos

errados, levando à sobrecarga dos SU. A percepção dos utentes acerca de centros de saúde e unidades de saúde familiar nem sempre é a melhor, por vezes por más experiências, levando estes a procurarem serviços de nível superior. Também a diversificada oferta de tratamento e de especialidades nas urgências hospitalares pode contribuir para uma maior procura. Conroy et al., (2014) citado em Mason et al. (2014), afirma que pacientes com uma idade mais avançada apresentam um maior tempo de internamento e uma maior probabilidade de readmissão para novos cuidados, desta forma, sugere, à semelhança do que é realizado no Hospital Universitário de Leicester, que se crie uma unidade dentro do SU apenas para este público alvo, com uma equipa variada, passando por médicos especialistas até fisioterapeutas. Sugere ainda que esta equipa deve estar integrada com lar de idosos e com as famílias, garantindo cuidados integrados, evitando readmissões e melhorando as condições gerais dos pacientes. Também o Hospital Universitário de Grenoble adotou medidas preventivas para evitar readmissões, sugere que se crie uma equipa de intervenção para visitar pacientes idosos após um mês da sua admissão no SU. O único problema destas medidas passa apenas pelo maior investimento em recursos humanos e por vezes, físicos (Mason et al., 2014).

### **3.3 Ferramentas de gestão da qualidade aplicadas à saúde**

Nogueira (1994) argumenta que os cuidados de saúde têm especificidades que levam a que os programas de qualidade uniformizados estejam desadequados para aplicação no campo da saúde. Começa por alegar que as organizações públicas de saúde não se movem pelo lucro e o facto de não possuírem uma competição tão acentuada pode conduzir a um desleixo na aplicação de princípios da qualidade. Embora haja uma concorrência através de instituições privadas, estas não garantem um acesso igual a todos os cidadãos, por questões monetárias ou até de localização. Nogueira (1994) refere também que é impossível padronizar algumas atividades clínicas, pelo simples razão de cada paciente ter uma patologia diferente e cada caso a tratar ser um caso diferente do anterior. Questões ligadas ao espírito de equipa estão também presentes nas especificidades apontadas por Nogueira, assim como a falta de conhecimentos técnicos por parte do utente, que o coloca numa posição frágil, não conseguindo, na maioria dos casos, perceber qual a melhor solução para o seu caso específico (Carvalho & Paladini, 2012) .

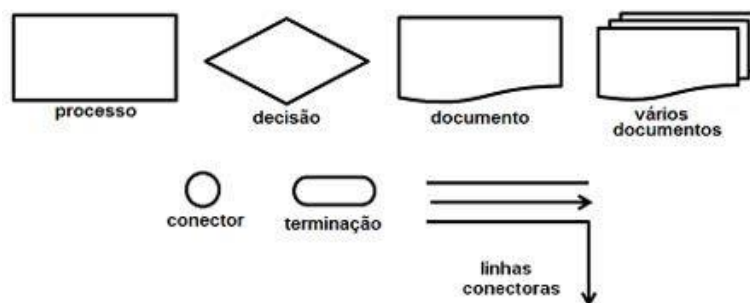
As ferramentas da qualidade têm sido fundamentais ao longo dos anos para aplicação dos fundamentos ligados a esta. Elas asseguram que os princípios e fundamentos são aplicados e garantem uma maior facilidade para apreensão de problemas e implementação de soluções. São, portanto, um apoio à implementação dos princípios subjacentes à qualidade (Carvalho & Paladini, 2012).

De acordo com Nogueira (2014) as ferramentas aplicadas à saúde são: o fluxograma, a folha de verificação, o diagrama de pareto, o diagrama causa-efeito, o histograma, o gráfico de tendências e ainda as cartas de controlo. De seguida serão sumariadas as suas características:

**Fluxograma** – Tem como principal objetivo a descrição pormenorizada de determinado processo ou serviço. Apresenta uma sequência das atividades envolvidas no processo, indicando os pontos onde as decisões são tomadas. É, então, uma ferramenta muito importante na perceção da origem de determinados problemas. Utiliza símbolos com o intuito de tornar o processo de leitura mais fácil. (Lins, 1993)

Em Saúde, o fluxograma pode ser essencial para determinar os caminhos percorridos pelos utentes assim como a sua inserção no Serviço. Para Túlio (2003, p. 4) esta ferramenta “permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a deteção dos seus problemas”, ou seja, passa a ser possível detetar áreas e problemas que até à utilização da ferramenta não eram perceptíveis. O autor realça ainda a importância do trabalho em equipa no desenho do fluxograma, a memória descritiva dos vários profissionais de saúde é essencial para a construção do mesmo, contribuindo ainda para uma motivação extra dos trabalhadores (ver figura 8).

**Figura 8 - Símbolos mais comuns no desenho de fluxogramas**



Fonte: Fluxograma.net. (2017). Fluxograma - o que é?

**Folha de verificação** – É uma ferramenta simples e serve para anotar o número de ocorrências de determinado acontecimento (ver figura 9), facilita a visualização da ocorrência de problemas em determinado tempo (por exemplo: número de acidentes com agulhas por mês). Pode ser utilizada também para votações, por exemplo, em reuniões onde é necessário tomar decisões acerca de determinado assunto. (Lins, 1993)

Nos serviços de saúde é uma ferramenta útil e de fácil utilização por todos, permitindo a todos os profissionais participarem nesta tarefa de recorra de ocorrências. Não requer um grande investimento, por exemplo, uma folha de papel colocada pelos vários serviços é suficiente para recolha de dados. (Nogueira, 2014)

**Figura 9 - Folha de Verificação num Hospital**

CATEGORIA	RELATOS	RELATOS Acum.	%	% Acum.
Preparo dos medicamentos	109	109	34,1	34,1
Administração de medicamentos	93	202	29,1	63,1
Ambiente	54	256	16,9	80,0
Conferência e registro da medicação	43	299	13,4	93,4
Distribuição e estoque de medicamento	11	310	3,4	96,9
Violação de regras	7	317	2,2	99,1
Prescrição de medicamento	2	319	0,6	99,7
Conhecimento sobre o medicamento	1	320	0,3	100,0

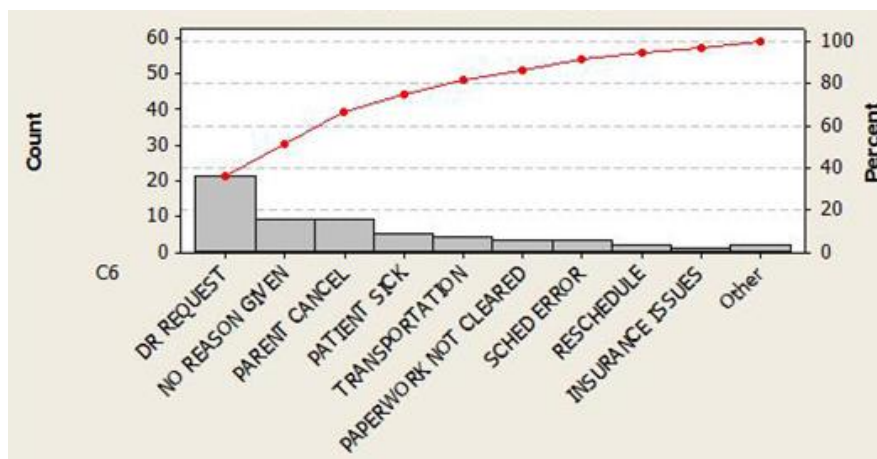
Fonte: Pinto, C. (2015). Diagrama De Pareto | Qualidade.

**Diagrama de Pareto** – Baseado na lei de Pareto, tendo por base a inevitabilidade da desigualdade económica em todas as sociedades, Joseph Juran criou este diagrama, em homenagem a Vilfredo Pareto, criando a regra 80/20. Esta regra explica que 80% dos problemas advêm de 20 % das causas. O diagrama é então uma ferramenta útil para determinar a causa de determinado problema, é equiparado a um gráfico de barras onde apresenta a contribuição de determinada causa para o problema em estudo. Os dados devem ser colocados por ordem decrescente, como mostra a figura 10. Ou seja, as causas mais comuns devem permanecer do lado esquerdo do gráfico (Sales, 2013).

Nogueira (2014) afirma que quando os gestores das unidades de saúde se deparam com problemas como o atraso nas cirurgias, tendem a tomar medidas precipitadas, levando,

em muitos casos, ao agravamento da situação. A vantagem do gráfico de pareto é verificar a ocorrência de determinados acontecimentos, ordená-los por frequência de ocorrência, permitindo uma melhor análise. Num exemplo apresentado pelo autor, as causas mais frequentes para a desmarcação de cirurgias eram a falta de roupa, seguida da sala ocupada para outros procedimentos.

**Figura 10 - Razões de cancelamento de consultas**



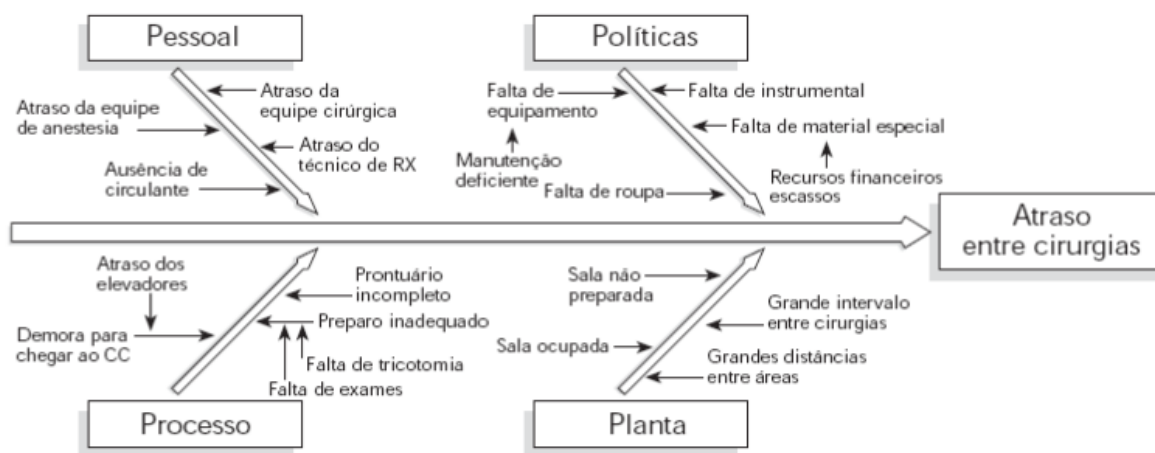
Fonte: Hospital Franciscano para Crianças. (2016). Fornecimento de assistência infantil de qualidade: o Hospital Franciscano para crianças.

**Diagrama Causa-Efeito** – Tal como indica o nome, esta ferramenta permite representar as causas sobre determinado problema e o efeito destas, como mostra a figura 11. Apresenta vários nomes, também é reconhecido como Diagrama Espinha de Peixe devido à forma que apresenta e Diagrama de Ishikawa que advém do seu fundador. Para o desenho correto desta ferramenta deve identificar-se o problema que se pretende resolver, descobrir potenciais causas e registá-las seguindo a lógica: “máquinas; materiais; mão-de-obra; metodologias/métodos; instalações/ambiente”. Entenda-se a lógica anterior como a base de criação do Diagrama Causa-Efeito, deve adaptar-se ao problema e área em estudo (Junior, 2010, p. 107).

No campo da saúde a sua utilização deve ser bastante rigorosa e cuidadosa, a distinção entre “meios” e “fins” é essencial. Quando se visita um SU e este está lotado, o primeiro pensamento volta-se para a falta de médicos ou outros profissionais de saúde, mas um gestor de qualidade, deve olhar primeiramente para o fim do seu estudo, por forma a proporcionar uma maior satisfação dos utentes (Nogueira, 2014). A falta de médicos pode,

de facto, ser uma causa do problema, mas outras causas podem existir, tais como falta de equipamento, falta de salas, etc. Esta ferramenta da qualidade deve fazer-se apoiar por outra ferramenta intitulada por brainstorming, juntando os vários profissionais de saúde, por forma a perceber, na ótica destes, quais as causas para determinado problema, sem julgamento. Esta técnica contribui para uma maior concentração de ideias e proporciona a todos os funcionários um sentimento de envolvimento. Alguns problemas em saúde já foram estudados através destas técnicas, como por exemplo o “índice elevado de atrasados para cirurgia”, onde vários profissionais foram chamados a participar neste estudo ( Nogueira, 2014, p. 60-62).

**Figura 11 - Diagrama Causa-Efeito de um hospital**



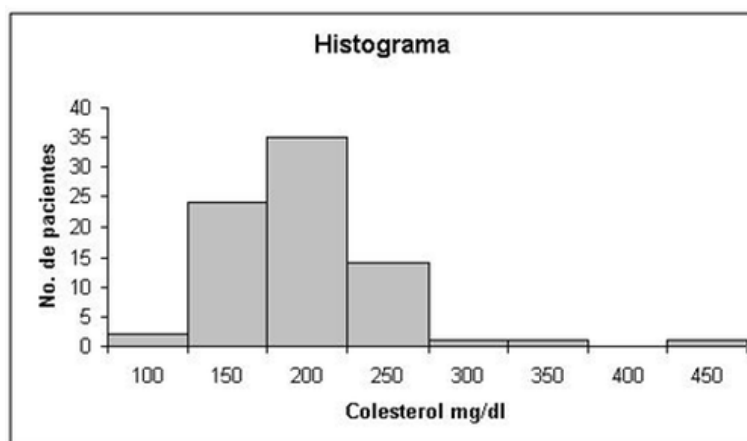
Fonte: Wikidot. (n.d.). Tomada de Decisão e Ferramentas - Qualidade.

**Histograma e Gráfico de Tendências** – O Histograma é um gráfico com colunas verticais e representa, normalmente, o comportamento das classes. Cada coluna representa as vezes que cada classe, dentro de um conjunto de dados, acontece. Permite observar com que frequência ocorre determinado acontecimento. O Gráfico de Tendências é semelhante ao Histograma, no entanto pode observar determinado comportamento ao longo do tempo, ou seja, pode observar se determinado problema se mantém constante ao longo dos tempos (Lins, 1993).

Se olharmos para um Hospital que pretenda reestruturar um processo de marcação de consultas pode fazer-se um estudo sobre o tempo médio que demora uma consulta, podendo ajudar a calcular o número ideal de consultas por dia. Um Hospital que pretenda

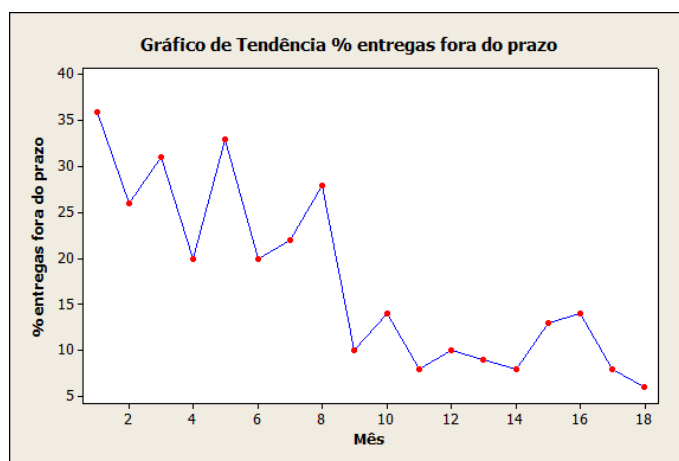
perceber a incidência de colesterol nos seus pacientes pode também elaborar um Histograma (ver figuras 12) ou um gráfico de tendências (ver figura 13), ajudando a instituição a tomar decisões para minimizar este problema (Araldi, 2005).

**Figura 12 - Histograma incidência da patologia Colesterol**



Fonte: Araldi, A. (2005). *Estatística e Probabilidade Curso Completo*.

**Figura 13 - Gráfico de tendências – Percentagem de entregas fora do prazo**

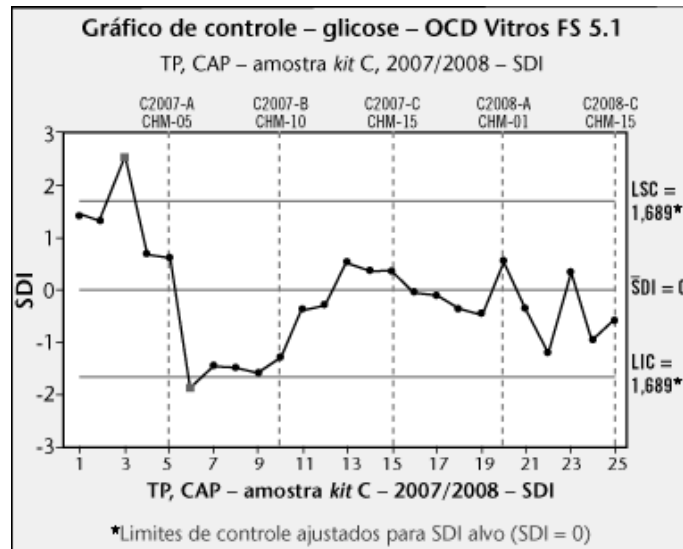


Fonte: Araldi, A. (2005). *Estatística e Probabilidade Curso Completo*.

**Cartas de Controle** – Criadas em 1920 por Shewhart, permitem observar as variações no comportamento dos vários processos implementados, tal como mostra a figura 14. De uma forma básica, permite controlar todos os processos para que tenham o comportamento esperado e, caso isso não aconteça, permite observar as falhas e os desvios,

tornando mais fácil a sua correção. Sempre que o processo está sob controle, quer dizer que os problemas foram resolvidos (Lins, 1993).

**Figura 14 - Carta de Controle - Glicose**



Fonte: Petenate, M. (2013). Gráfico de Tendência: o que é e como preparar um gráfico de tendência.

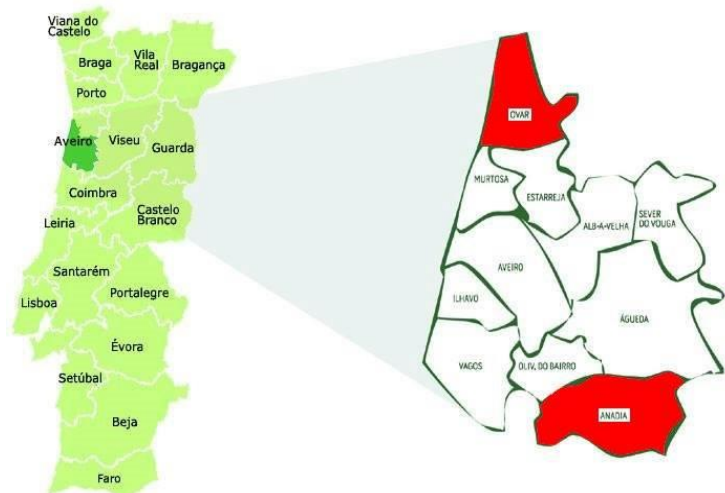


## Parte II: Trabalho realizado no âmbito do estágio

### Capítulo I: Apresentação do local de Estágio

Criado através do Decreto – Lei n.º 30/2011 de 2 de março, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga compreende o Hospital Infante D. Pedro em Aveiro, Hospital Distrital de Águeda e o Hospital Visconde de Salreu em Estarreja. Esta integração visou proporcionar uma distribuição de recursos de forma equitativa e mais eficiente.

Segundo o Regulamento Interno do CHBV, aprovado em 2013, este optou por um modelo de Governação Clínica, com o intuito e, segundo Bugada (2005) de adotar procedimentos de melhoria contínua, oferecendo uma excelência na prestação de cuidados. Pretende-se, então, que a prestação de cuidados seja totalmente transparente, prestando contas à sociedade e, mais especificamente, aos seus utentes.



**Figura 15 - Área de Influência do CHBV**

Fonte: Elaboração própria com base na Associação Florestal do Baixo Vouga (2009)

Situado na Avenida Artur Ravara, em Aveiro, este Centro Hospitalar apresenta uma influência sobre 9 concelhos da Região do Baixo Vouga, excluindo-se apenas Ovar e Anadia, abrangendo assim um total de 285846 habitantes, segundo os censos 2011 ( CHBV, 2013).

Atualmente, o HIDP possui um SUMC, sendo que deve respeitar uma lógica de referenciação, transferindo os seus doentes, em casos mais graves, para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Deve ainda receber doentes referenciados de hospitais com urgência básica, como é o caso do HDA. Apresenta 29 especialidades e um SU que, pela sua especificidade, tem que possuir 15 especialidades: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Oftalmologia, ORL, Urologia, Unidade de Cuidados Intensivos polivalente, Bloco Operatório, Imuno-hemoterapia, Diálise para situações agudas, Imagiologia e Patologia clínica, com exames básicos (Direção Geral de Saúde, 2001, p. 8).

Está dividido em 6 Departamentos: Departamento Médico, Departamento Cirúrgico, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Departamento da Mulher e da Criança, Departamento de Urgência/Emergência, Departamento de Medicina Intensiva e o Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e 8 Serviços de Apoio Logístico Geral que passam pela Gestão de Doentes, Gestão Financeira, Gestão de Recursos Humanos, Aprovisionamento e Gestão de Materiais, Gestão Hoteleira, Informática e Análise de Sistemas, Comunicação e ainda Instalações e Equipas de Investigação e Formação. Possui também 7 Serviços de Apoio Direto à prestação de cuidados, nomeadamente um Serviço de Esterilização, Serviços Farmacêuticos, Serviços de Nutrição e Alimentação, Serviço Social, Gabinete do Utente, Arquivo Clínico, Assistência Espiritual. Tem então como missão:

“prestar, em tempo útil e com um elevado nível de qualidade, efetividade, eficiência e custos socialmente comportáveis, cuidados de saúde diferenciados, articulando-se com outros Serviços de Saúde e Sociais da Comunidade que serve, bem como com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, apostando na motivação e satisfação dos seus Profissionais e Colaboradores” (CHBV, 2013, pp. 28–29).

Relativamente aos Órgãos de Apoio Técnico, existem várias Comissões, nomeadamente de Ética, Qualidade e Segurança do Doente, de Controlo da Infecção Hospitalar e de Farmácia e Terapêutica. A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente tem, como objetivo primordial, satisfazer os objetivos estratégicos propostos para o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, que passam por avaliar e melhorar sistematicamente as várias dimensões da qualidade, examinar as exposições procedentes do Gabinete do Utente e controlar a qualidade dos vários Serviços (CHBV, 2013)

No que diz respeito ao HDA e segundo o Enfermeiro Diretor, Enf<sup>o</sup> Jorge, este apresenta neste momento e após fusão hospitalar, um SUB. No período que antecede a fusão, a Urgência deste Hospital era composta por médicos especializados, nomeadamente nas áreas de Ortopedia, Cirurgia e Medicina Interna. Atualmente dispõe apenas de médicos de Clínica Geral. Ainda segundo o Enfermeiro Diretor, o SU de Águeda é alvo, mensalmente, de auditorias internas ao processo de triagem, existindo ainda e de forma periódica, uma auditoria por parte do Grupo Português de Triagem.

## Capítulo II: Metodologia

A procura por SU médica nem sempre é feita da melhor forma, verificando-se em muitos casos uma procura que não representa efetivamente uma urgência (Campos, 2015). Os SU tornaram-se a entrada principal dos cidadãos, que veem neles uma forma rápida de acesso a cuidados especializados (Campos, 2015). Este uso inapropriado dos SU pode dificultar o acesso de pacientes com um grau de gravidade mais elevado, diminuindo a qualidade dos serviços, podendo aumentar os custos totais tornando inviáveis os planos das diversas direções para tornar os serviços mais eficientes (Carret, Fassa, & Kawachi, 2007).

Tal como referido na parte introdutória, este Relatório propõe-se a perceber se a fusão hospitalar ocorrida no CHBV, em 2011, promoveu alterações ao nível dos tempos de espera. Para dar início ao estudo foram solicitados dados ao gabinete de Controlo de Gestão do CHBV, relativos ao SU do HDA e ao SU do HIDP. Solicitou-se o histórico de admissões (referentes ao ano de 2012 e ao de 2016) tendo em vista a recolha da seguinte informação:

- Admissão por cor de pulseira;
- Data do atendimento;
- Tempo desde a admissão à triagem;
- Tempo desde a triagem até ao atendimento;
- Destino de proveniência;
- Concelho de proveniência;
- Data de Nascimento;
- Sexo;

Aquando da partilha de informação, efetuou-se uma análise da base de dados disponibilizada e procedeu-se à filtragem de algumas variáveis que não contribuíam para o estudo, bem como à eliminação de informação irrelevante. Os 807625 episódios registados na base de dados foram, assim, reduzidos a 303634. Todos os dados foram operacionalizados em Excel.

A análise e recolha dos dados teve em vista a obtenção da seguinte informação:

- Tempos médios por cor da pulseira, para o ano de 2012 e 2016, tanto para o HDA como para o HIDP, desde a admissão nos SU até ao atendimento médico.

- Dias da semana com maior afluência aos SU, por forma a perceber se a estratégia adotada pelo CHBV estava alinhada com esta questão.
- Fluxo dos utentes por mês do ano, tendo em vista a observação de fatores de sazonalidade.
- Afluência por períodos escalados para posteriormente comparar a informação com a escala de médicos.
- Proveniência dos utentes por local de residência tendo em vista a caracterização da população.
- Proveniência dos utentes (Exterior, Centro de Saúde, Outro Hospital, etc.) por forma a encontrar fatores que se relacionam, como por exemplo, entender se os casos mais graves já passaram pelos centros de saúde.
- Afluência por sexo, por forma a perceber se o sexo feminino afluí mais ao SU e em que período.
- Afluência por idade averiguando se os idosos representam, tal como esperado e abordado na revisão da literatura, a maior percentagem de afluência ao SU e ainda perceber qual o período em que este grupo afluí mais a este serviço.

De modo a poder efetuar-se o cruzamento dos dados referidos com outras variáveis e de acordo com Almodovar et al., (1993) que refere que a pluviosidade e a temperatura sentida impacta na utilização do SU<sup>2</sup>, recolheu-se a seguinte informação:

- Temperatura média por mês e por ano no Distrito de Aveiro.
- Pluviosidade média por mês e por ano no Distrito de Aveiro.
- População residente em Águeda e Aveiro, no período de 2012 e 2016.
- População distribuída por sexo em Águeda e Aveiro, no período de 2012 e 2016.

Na segunda fase deste estudo, tentou perceber-se o percurso dos utentes desde a sua chegada ao SU até ao primeiro atendimento médico. Para um melhor entendimento do processo e dos vários passos, elaborou-se o fluxograma de toda a trajetória percorrida pelo utente, utilizando-se para tal a simbologia recorrente:



- Indica o momento em que é realizada uma atividade

---

<sup>2</sup> Cf. Capítulo III , ponto 3.2 “A procura de cuidados de saúde”



- Indica a necessidade de uma decisão



- Indica o início ou fim de um processo



- Indica a direção do fluxo

Para elaboração do mesmo foi utilizada a ferramenta do Office “Microsoft Visio”

Na terceira fase, e com recurso à mesma ferramenta, desenhou-se o fluxo percorrido pelos utentes desde que estes sentem necessidade de utilizar o SU até à sua efetiva admissão neste. Esta terceira fase pode ser dividida em duas etapas: a primeira diz respeito à colheita de dados sobre o tempo percorrido por veículo ligeiro privado e a segunda remete-se ao tempo percorrido pelos meios de socorro. Para tal solicitou-se a colaboração dos Bombeiros Novos e Velhos de Aveiro.

Para recolha dos tempos máximos e mínimos relativos à primeira etapa delimitaram-se, respetivamente, os locais mais longínquos e contíguos em relação ao hospital, utilizando para tal, mapas dos vários concelhos. De seguida, foi utilizada a ferramenta da Google – *Google Maps* – para recolha dos respetivos tempos de deslocação. Também nesta primeira etapa, foi realizada uma conversa informal com o Comandante dos Bombeiros-Velhos de Aveiro para perceber qual a área de atuação desta corporação, através do qual foi possível perceber a área de intervenção das duas corporações de Bombeiros do Concelho de Aveiro. Para a segunda etapa, foram solicitados os dados ao INEM relativos ao tempo percorrido pelas ambulâncias, desde que o meio é acionado até ao seu encaminhamento para o SU, sendo, porém, o pedido recusado. Na sequência, pediu-se apoio ao Bombeiros Velhos na recolha da mesma informação, sendo que também não foi possível a disponibilização, dado estarem dependentes das autorizações do INEM. No entanto, três valores aproximados que ajudam a estimar o tempo médio percorrido pelas ambulâncias, foram indicados pelo Comandante dos Bombeiros, o que veio facilitar o desenvolvimento dos estudos.

Foi também importante perceber o funcionamento das equipas médicas a exercer na urgência, observando as preocupações existentes e as dificuldades sentidas em casos de superlotação do serviço. A realização de entrevistas junto dos Enfermeiros Chefe dos SU revelou-se fundamental para averiguar as necessidades sentidas nestes e para melhor

perceber o caminho percorrido pelos utentes dentro do SU. Neste contexto, tornou-se essencial a elaboração de um guião de entrevista semi-estruturado<sup>3</sup>.

Na última etapa do estudo, procurou-se apresentar propostas de melhoria tendo em conta as análises efetuadas.

### **Capítulo III: Atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio**

Todas as atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio conduziram positivamente para uma maior apreensão dos conteúdos lecionados no Mestrado em Administração e Gestão Pública, contribuindo também para um desenvolvimento pessoal e aperfeiçoamento das relações interpessoais. Ao longo do percurso no CHBV foram desenvolvidas várias atividades. Com assunção direta a este estudo, foram realizadas as seguintes atividades:

- Observação direta dos vários pontos de interação com o utente desde o momento em que este dá entrada no SU (admissão, triagem e sala de espera) – neste ponto a secretária da Urgência e todos os Administrativos presentes nestes locais foram cruciais para a perceção dos acontecimentos.
- Análise da interação dos vários profissionais de saúde com os utentes – estes momentos foram determinantes para a perceção dos constrangimentos sentidos pelos utentes.
- Observação de contrastes, entre os dias mais frios e os dias mais solarengos, bem como a observação do fluxo de utentes no período noturno – estes momentos tornaram-se importantes na perceção e comparação do fluxo entre o período diurno e noturno.
- Apoio na área administrativa da urgência, tendo em vista a perceção das escalas dos médicos – esta atividade proporcionou uma melhor perceção sobre a distribuição dos médicos pelos diversos serviços, bem como sobre a sua carga de trabalho.

---

<sup>3</sup> Segundo Queiroz (1978) citado em Monteiro (2012), trata-se de um método para recolha de dados, através de um diálogo, envolvendo entrevistado e entrevistador que coordena a conversa consoante os objetivos do seu estudo. Lakatos & Marconi (2003) citados em Monteiro (2012) acrescentam que uma entrevista semi-estruturada permite conduzir o discurso em vários sentidos, por forma a tornar a recolha de informação mais produtiva. Desta forma, as perguntas são abertas e permitem uma maior recolha de informação.

- Acompanhamento de momentos de tomada de decisão aquando da falta de profissionais de saúde.
- Conversas informais com os demais atores (secretária da urgência, enfermeiro chefe da urgência (Águeda e Aveiro), diretora da urgência, administradores hospitalares) – das atividades mais importantes durante o período de estágio, que proporcionou uma visão ampla sobre todo o SU, percebendo-se todo o fluxo do utente, dentro e fora do serviço.

Para além das atividades acima referidas, outras foram desenvolvidas em resultado da integração no gabinete de comunicação do CHBV, passando estas por:

- O apoio nas atividades do gabinete de comunicação, nomeadamente na gestão de visitas à maternidade, encaminhamento de gestantes para os respetivos cursos de preparação para o parto, elaboração de folhetos e cartazes informativos e comunicações à imprensa.
- A dinamização de várias atividades e ações de informação junto de várias instituições (nomeadamente rastreios auditivos e oftalmológicos junto da população mais idosa).
- O apoio logístico na preparação das várias salas para o desenvolvimento de palestras/conferências.
- O apoio na definição de temas para as várias conferências a realizar, bem como no contacto aos demais palestrantes.
- O apoio na pesquisa e candidaturas a fundos comunitários na área da saúde, tendo em vista a captação de investimento para o CHBV.
- A atualização da lista telefónica para distribuição pelos colaboradores do CHBV.

## Capítulo IV: Análise dos resultados referentes à base de dados do CHBV

A próxima tabela mostra os dados relativos aos tempos de espera nos SU do HIDP e do HDA, em 2012 e 2016:

**Tabela 5 - Tempo de espera total nos SU do HIDP e do HDA**

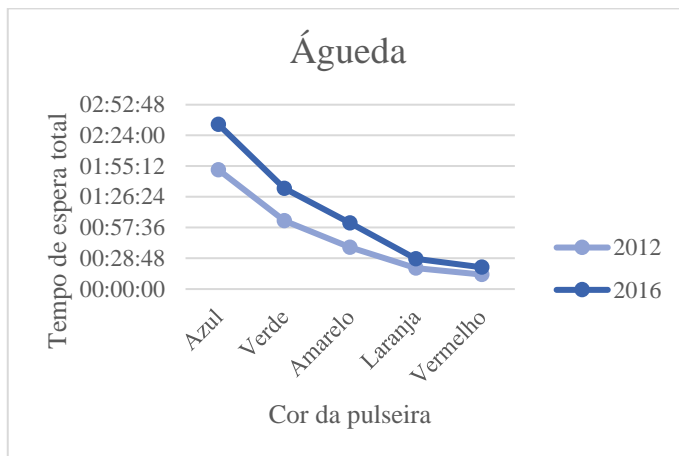
Tempo de espera total											
2012											
	Aveiro						Águeda				
Cor	Azul	Verde	Amarelo	Laranja	Vermelho		Azul	Verde	Amarelo	Laranja	Vermelho
Tempo Médio	02:26:01	01:36:42	01:03:34	00:27:00	00:18:37		01:51:45	01:04:03	00:39:06	00:19:36	00:13:35
Nº Casos	313	33387	67089	14784	452		192	14306	17060	3290	174
Total por SU	116025						35022				
Percentagem/Local	0,270	28,776	57,823	12,742	0,390		0,548	40,849	48,712	9,394	0,497
2016											
	Aveiro						Águeda				
Cor	Azul	Verde	Amarelo	Laranja	Vermelho		Azul	Verde	Amarelo	Laranja	Vermelho
Tempo Médio	03:48:29	01:52:39	01:18:37	00:43:13	00:52:08		02:34:16	01:34:25	01:02:04	00:28:27	00:20:23
Nº Casos	450	34629	69407	16347	518		179	11238	16327	3309	183
Total por SU	121351						31236				
Percentagem/Local	0,371	28,536	57,195	13,471	0,427		0,573	35,978	52,270	10,594	0,586
<b>TOTAL</b>	<b>303634</b>										

Uma leitura da mesma mostra que a afluência à urgência do HDA em 2016 foi menor que em 2012. A redução rondou os 3786 utentes. Já no HIDP, o incremento foi mais significativo, rondando os 5326 utentes. Note-se, no entanto, que a redução da afluência em Águeda não fez diminuir os tempos de espera, sendo que em 2012 os utentes com um nível azul de urgência eram atendidos, em média, até 1h51min, e em 2016 este tempo ultrapassou as 2h30min. Já em Aveiro, e conforme esperado dado o aumento da afluência, os tempos aumentaram de uma forma ligeira, excetuando-se os utentes triados com pulseira azul. Uma análise do campo “Percentagem/Local”, que indica a percentagem de utentes que se deslocou ao SU, mostra que em 2016, em Aveiro, deslocaram-se mais utentes com o nível de gravidade menos elevado que em 2012. Ainda em Aveiro, aumentaram também os casos mais graves (pulseira Laranja e Vermelha). Em Águeda, nota-se também uma maior afluência por utentes com o nível de gravidade menos elevado (0.548% para 0.543%) e também uma procura mais elevada em casos mais urgentes. Apesar disto, e em ambos os casos, a maior percentagem de visitas à urgência é ocupada por utentes com pulseira verde e amarela.

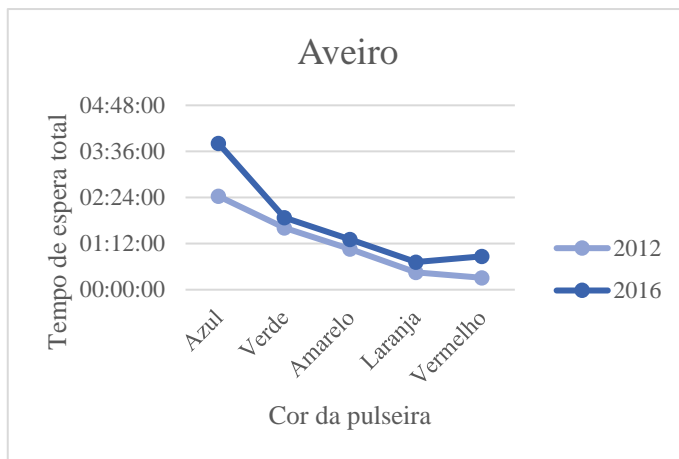


Através das figuras seguintes (16 e 17), consegue-se, de uma forma mais simples, observar que em 2016, em ambos os SU, os tempos de espera aumentaram comparativamente ao ano de 2012. No entanto, em Aveiro houve também um aumento do número de episódios de urgência.

**Figura 16 - Tempo de Espera total - Águeda**



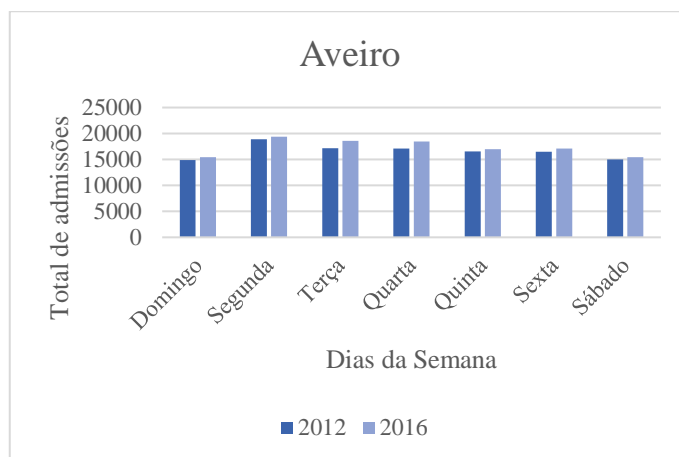
**Figura 17 - Tempo de Espera total - Aveiro**



A próxima figura (18) diz respeito ao número de acessos por dia da semana. Em Aveiro, nota-se uma grande afluência nas Segundas-Feiras, logo após o fim de semana e ainda durante as Terças e Quartas-feiras. As escalas dos médicos do SU do HIDP, implementadas em anos anteriores aos estudados, mostravam uma necessidade de reforço

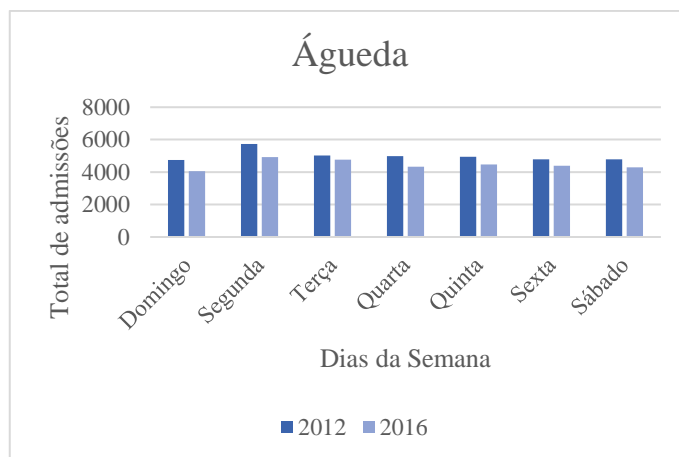
de profissionais às Segundas e Sextas-feiras. No entanto, atualmente, o SU do HIDP está programado para receber o mesmo fluxo nos vários dias da semana.

**Figura 18 - Número de acessos por dia da Semana - Aveiro**



Em Águeda, o panorama é parecido com o de Aveiro, tal como representado na figura 19; no entanto, as Quintas-Feiras são mais procuradas que as Quartas-Feiras, com os dias de maior afluência a serem as Segundas e Terças-Feiras. Por contraste, o Domingo apresenta uma menor afluência.

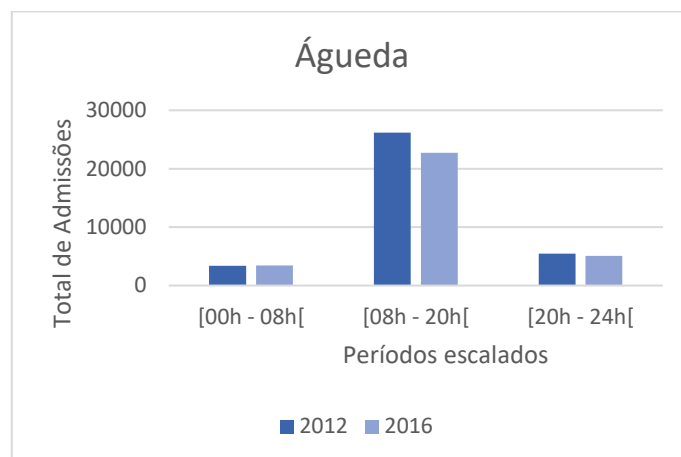
**Figura 19 - Número de acessos por dia da Semana - Águeda**



A figura 20 mostra a afluência por períodos escalados no HDA. São três os períodos escalados pelo CHBV, das 08h às 20h, das 20h às 24h e das 00h às 08h. Em Águeda nota-se uma maior afluência no período entre as 08h-20h, em ambos os anos em estudo. Houve uma diminuição no período das 08h às 20h e ainda uma muito ligeira das 20h às 24h

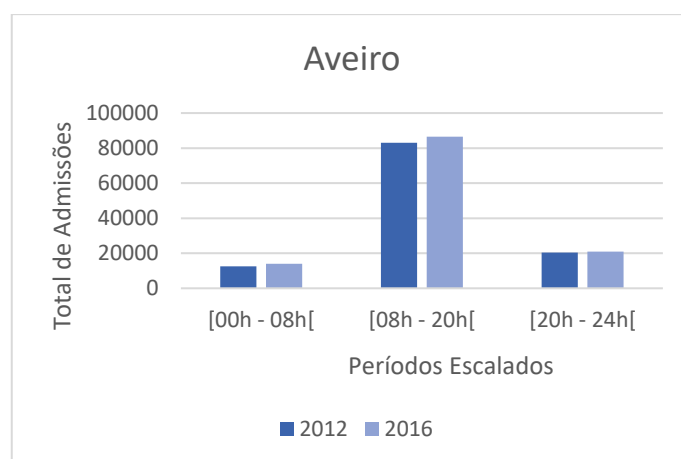
decorrente da diminuição da afluência já verificada anteriormente. No entanto, apesar desta diminuição, o período das 00h às 08h manteve a afluência.

**Figura 20 - Afluência por períodos escalados - Águeda**



Também em Aveiro e tal como mostra a figura 21, o período com maior afluência é o das 08h às 20h, sendo que nos três períodos houve um ligeiro aumento da afluência. O período das 00h às 8h é o menos utilizado pelos utentes. Embora o período das 08h às 20h represente um período mais espaçado, se juntarmos os outros dois períodos os valores continuam a situar-se abaixo dos valores presentes no período das 08h às 20h.

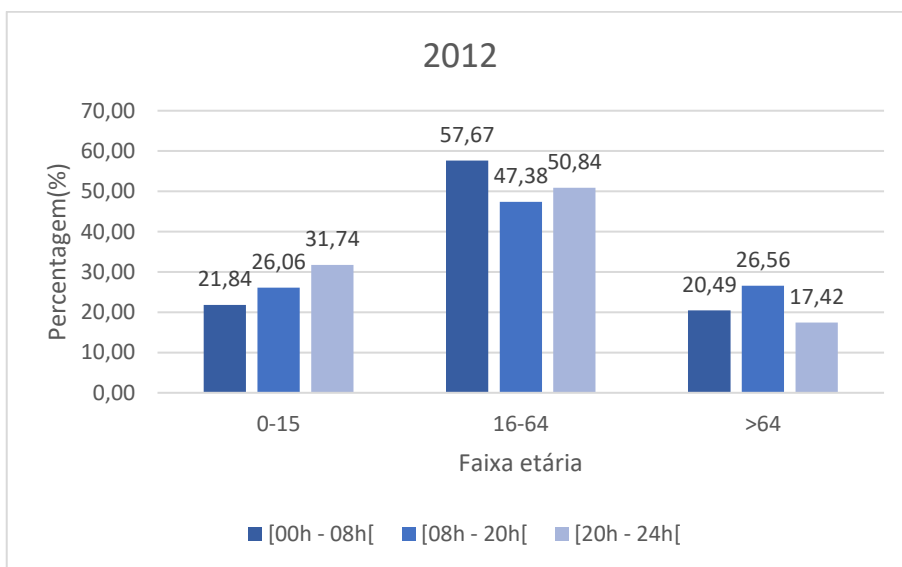
**Figura 21 - Afluência por períodos escalados - Aveiro**



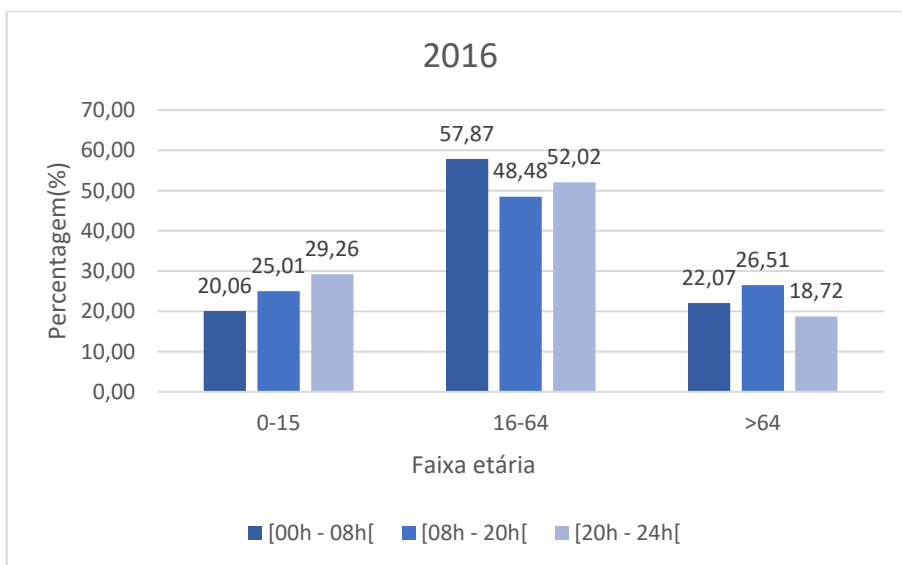
De um modo geral, e avaliando conjuntamente os dois SU, não se verifica uma mudança no comportamento dos utentes em 2016 comparativamente a 2012, no que diz

respeito ao acesso por faixa etária e período escalado. Note-se, no entanto, que a faixa etária que representa a população ativa ocorre ao SU nos períodos que não correspondem normalmente ao período laboral. Já a população idosa e dada a inatividade profissional ocorre normalmente ao SU no período das 08h às 20h. Contrariamente ao que vulgarmente se pensa, e tal como salienta o Enfermeiro Chefe do SU do HIDP, a população idosa não representa a maior percentagem de acessos; apresenta, isso sim, patologias e doenças crônicas que exigem uma maior atenção e cuidados (ver figuras 22 e 23).

**Figura 22 - Acesso por faixa etária e período escalado - 2012**

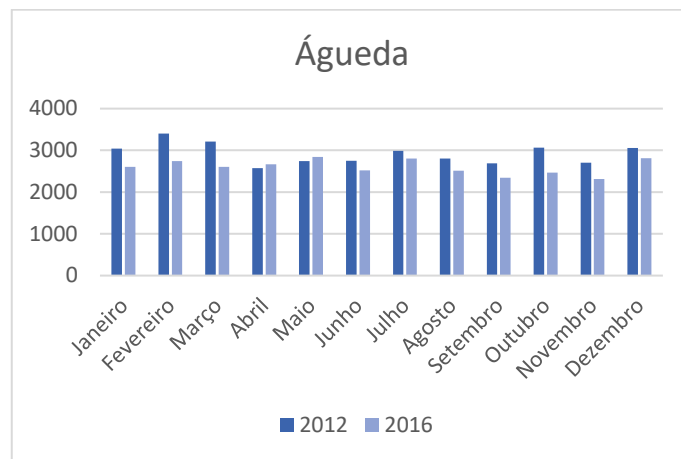


**Figura 23 - Acesso por faixa etária e período escalado - 2016**



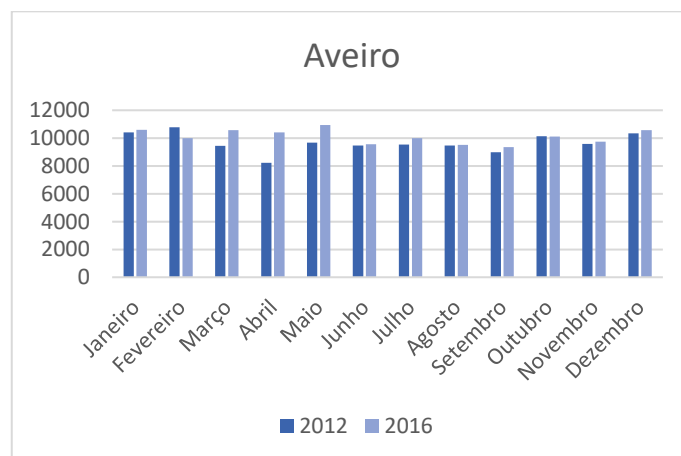
A figura 24 revela que em Águeda, a maior afluência no ano de 2012 concentrou-se nos meses de fevereiro, março, outubro e dezembro. Em 2016 a afluência concentrou-se nos meses de fevereiro, maio, julho e dezembro.

**Figura 24 - Afluência por meses do ano - Águeda**



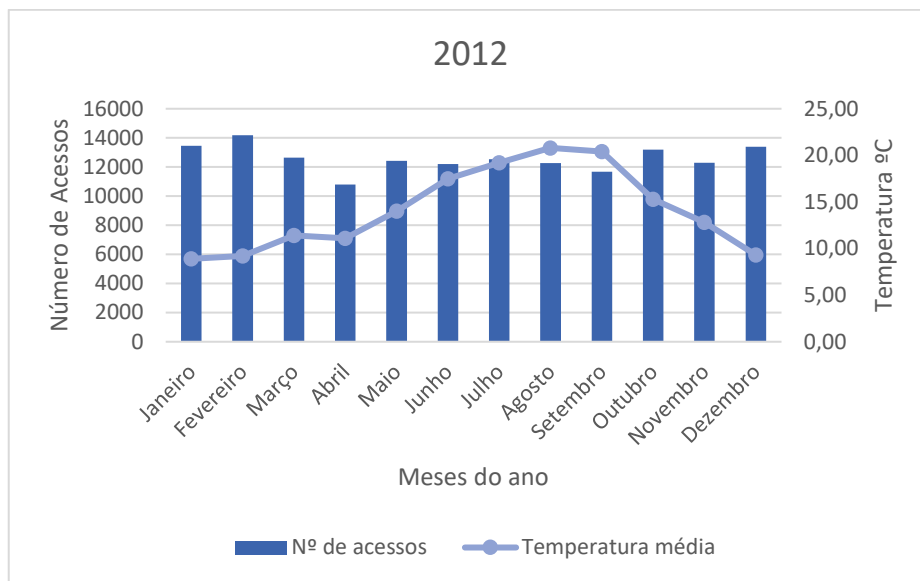
Também em Aveiro a afluência em 2012 foi bastante díspar do ano de 2016. Em 2012, os meses com mais episódios de urgência foram janeiro, fevereiro, outubro e dezembro. Já em 2016 as idas à urgência foram mais frequentes em março, maio, outubro e dezembro (ver figura 25).

**Figura 25 - Afluência por meses do ano - Aveiro**



A figura 26 compara o número de acessos com a temperatura média. Em 2012 nota-se uma maior afluência aos SU nos meses cuja temperatura média é mais baixa (janeiro, fevereiro e dezembro). No entanto, em meses com uma temperatura elevada também se pode notar uma afluência significativa.

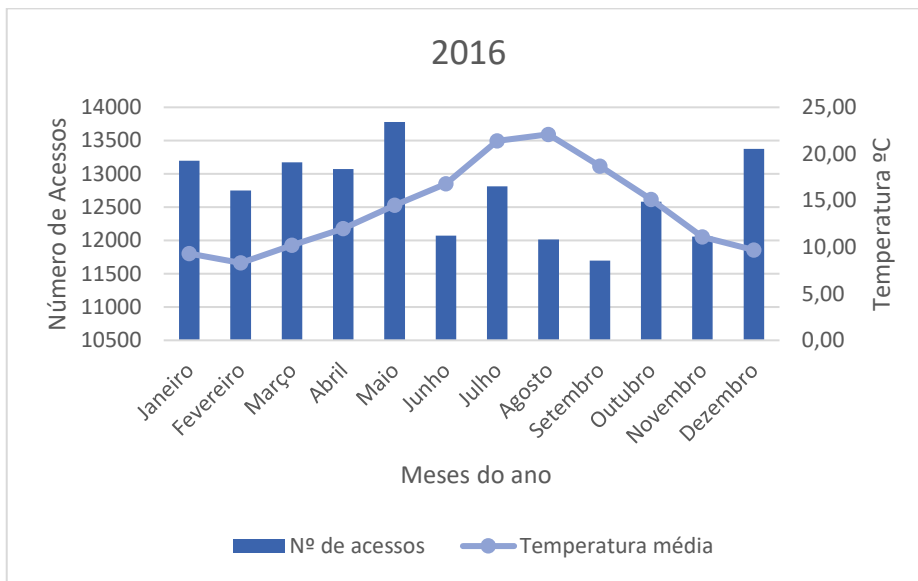
**Figura 26 - Comparação do número de acessos com a temperatura média - 2012**



Fonte: Dados relativos à temperatura foram retirados do *site*: <http://portaldoclima.pt/>

Já em 2016 o panorama é bem diferente, embora a afluência ao SU seja mais elevada nos meses cuja temperatura média é mais baixa, nos meses com temperaturas mais elevadas (julho, agosto e setembro) a afluência foi bastante menor, com exceção de julho (ver figura 27).

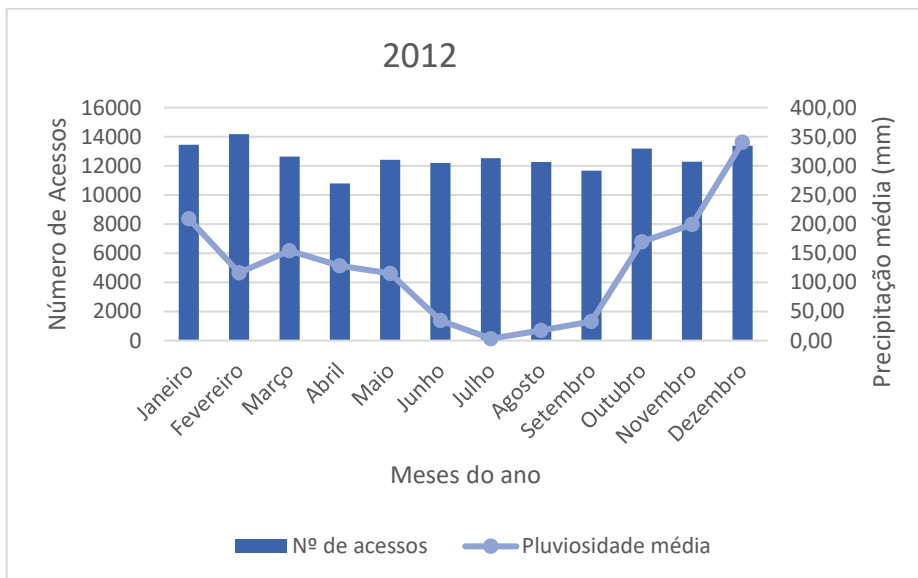
**Figura 27 - Comparação do número de acessos com a temperatura média - 2016**



Fonte: Dados relativos à temperatura foram retirados do *site*: <http://portaldoclima.pt/>

Quando analisada a pluviosidade média no ano de 2012, esta não parece ter uma relação direta com o número de acessos (ver figura 28).

**Figura 28 - Comparação do número de acessos com a pluviosidade média - 2012**

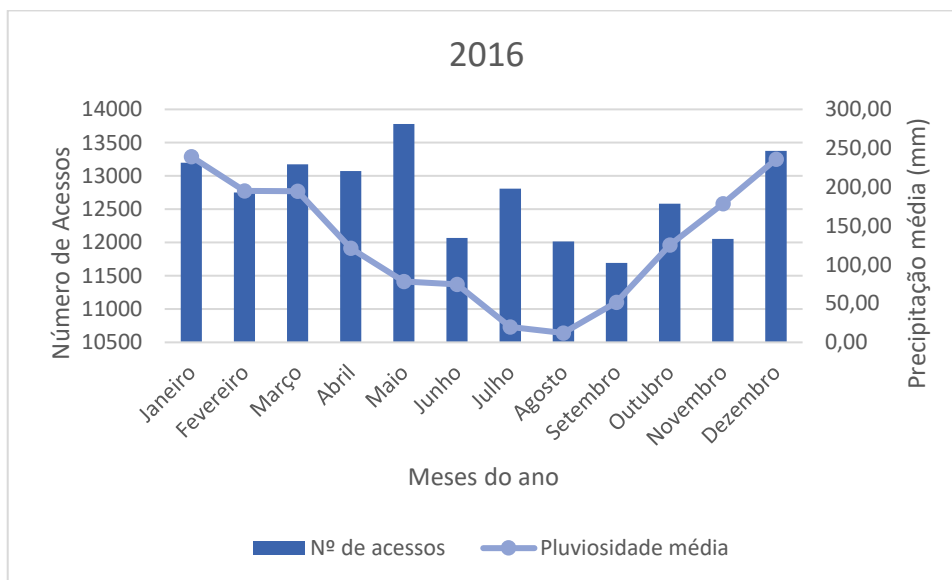


Fonte: Dados relativos à pluviosidade foram retirados do *site*: <http://portaldoclima.pt/>

A figura 29 faz uma comparação entre o número de acessos e a pluviosidade média para o ano de 2016. Neste ano o número de acessos parece aumentar aquando do incremento

da precipitação média. No entanto, e decorrente do estágio efetuado no CHBV, pode indicar-se que nos dias mais chuvosos a admissão de utentes acidentados era mais elevada.

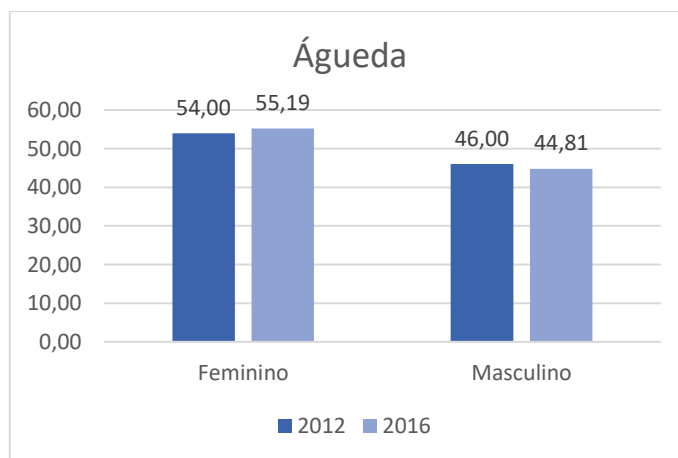
**Figura 29 - Comparação do número de acessos com a pluviosidade média - 2016**



Fonte: Dados relativos à pluviosidade foram retirados do *site*: <http://portaldoclima.pt/>

A figura 30 mostra a percentagem de acessos por sexo. Tal como referido por Levorato, Mello, Silva, & Nunes (2014), é expectável que as mulheres utilizem mais os SU que os homens. Em Águeda, em 2012, o sexo feminino representava 54% das admissões. Em 2016 este valor subiu, representando 55,19% das admissões.

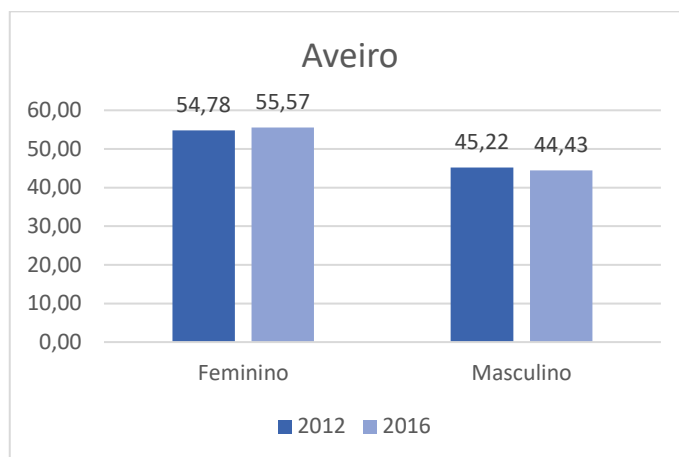
**Figura 30 - Percentagem de acessos por sexo - Águeda**





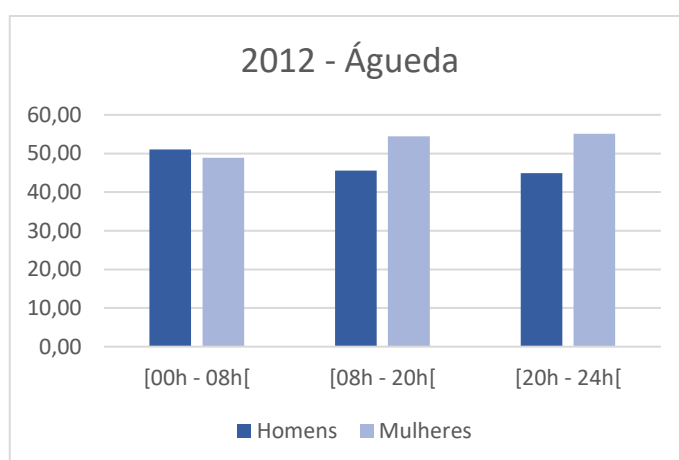
Aveiro apresenta uma realidade semelhante à de Águeda, sendo que em 2012 os homens representavam 45,22% das admissões e em 2016 representavam 44,43%, tal como mostra a figura 31.

**Figura 31 - Percentagem de acessos por sexo - Aveiro**

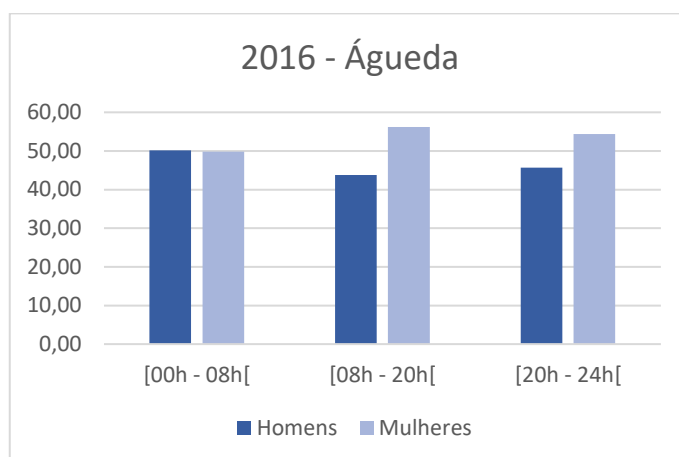


Também como comprovado no estudo de Levorato, Mello, Silva, & Nunes (2014), nota-se uma grande afluência das mulheres ao SU no período diurno (das 08h às 20h). Já os homens, e tal como referido no mesmo estudo, preferem deslocar-se ao SU no período pós-laboral. O período preferido dos utentes do sexo masculino é o das 00h às 08h. As figuras 32 e 33 mostram que tanto em 2012 como em 2016 os utentes apresentam um comportamento semelhante.

**Figura 32 - Percentagem de acessos por sexo e período escalado - Águeda - 2012**

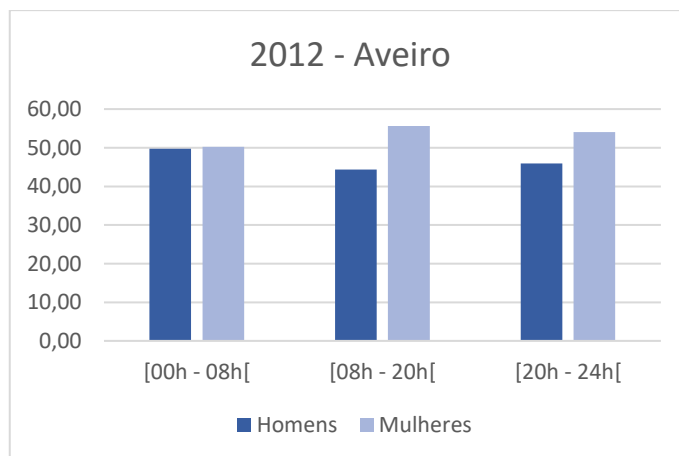


**Figura 33 - Percentagem de acessos por sexo e período escalado - Águeda - 2016**

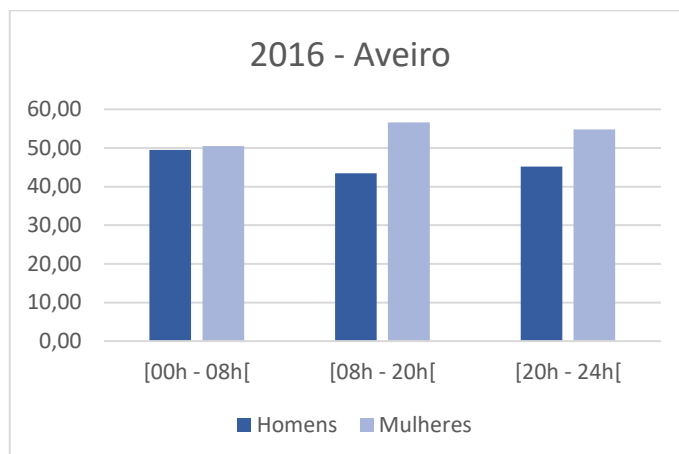


Também aqui Aveiro apresenta semelhanças no comportamento, no que diz respeito à percentagem de acessos por sexo e período escalado (ver figuras 34 e 35). As mulheres acedem mais ao SU no período das 08h às 20h, já os homens revelam preferência pelo período noturno das 00h às 08h e não alteraram o seu comportamento em 2016, comparativamente ao ano de 2012.

**Figura 34 - Percentagem de acessos por sexo e período escalado - Aveiro -2012**

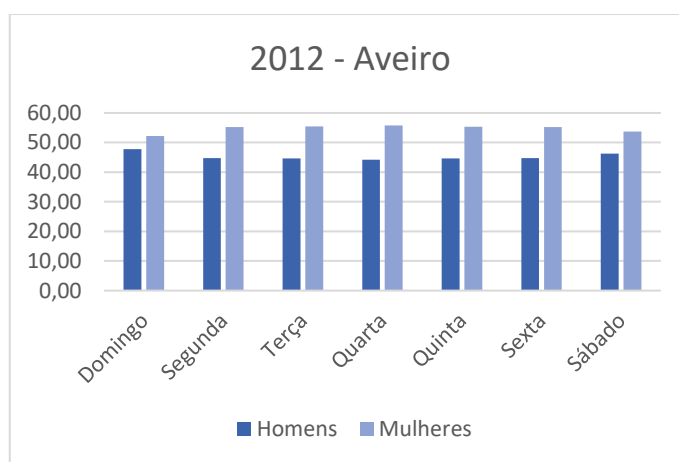


**Figura 35 - Percentagem de acessos por sexo e período escalado - Aveiro - 2016**

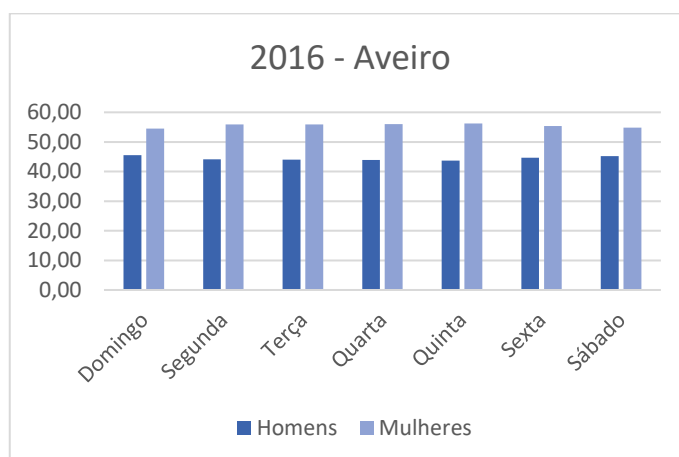


No que diz respeito à percentagem de acessos por dia da semana e sexo (figuras 36 e 37), em Aveiro, tanto em 2012 como em 2016 os Homens apresentam uma maior afluência ao Domingo. No entanto, em 2016, a afluência às Segundas-Feiras pelo sexo masculino subiu ligeiramente. Já as mulheres apresentavam uma ligeira preferência, em 2012, pelas Quartas-Feiras, e em 2016 pelas Quintas-Feiras.

**Figura 36 - Percentagem de Acessos por dia da semana e sexo - Aveiro 2012**

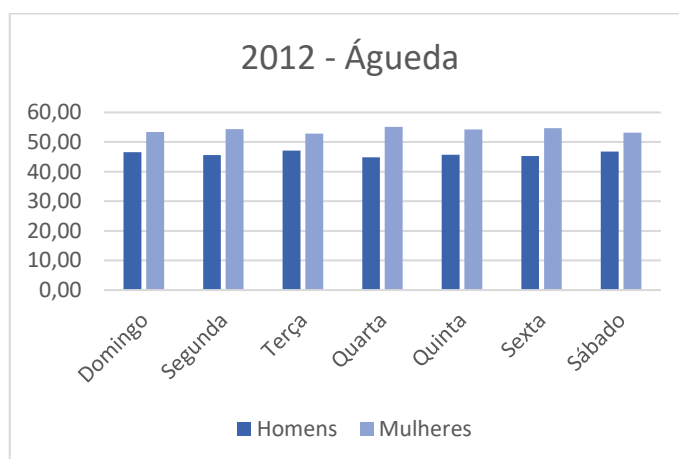


**Figura 37 - Percentagem de Acessos por dia da semana e sexo - Aveiro 2016**

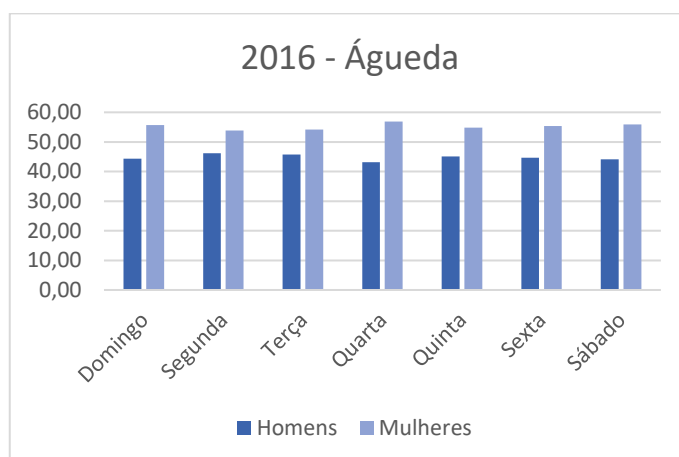


Em Águeda, em 2012, o sexo masculino afluíu mais ao SU às terças-feiras, no entanto, em 2016 esta maior afluência passou a concentrar-se às segundas-feiras. Já o sexo feminino manteve a sua afluência semelhante, sendo que afluíu mais ao SU, tanto em 2012 como em 2016, às quartas-feiras, como mostram as figuras 38 e 39.

**Figura 38 - Percentagem de Acessos por dia da semana e sexo - Águeda - 2012**

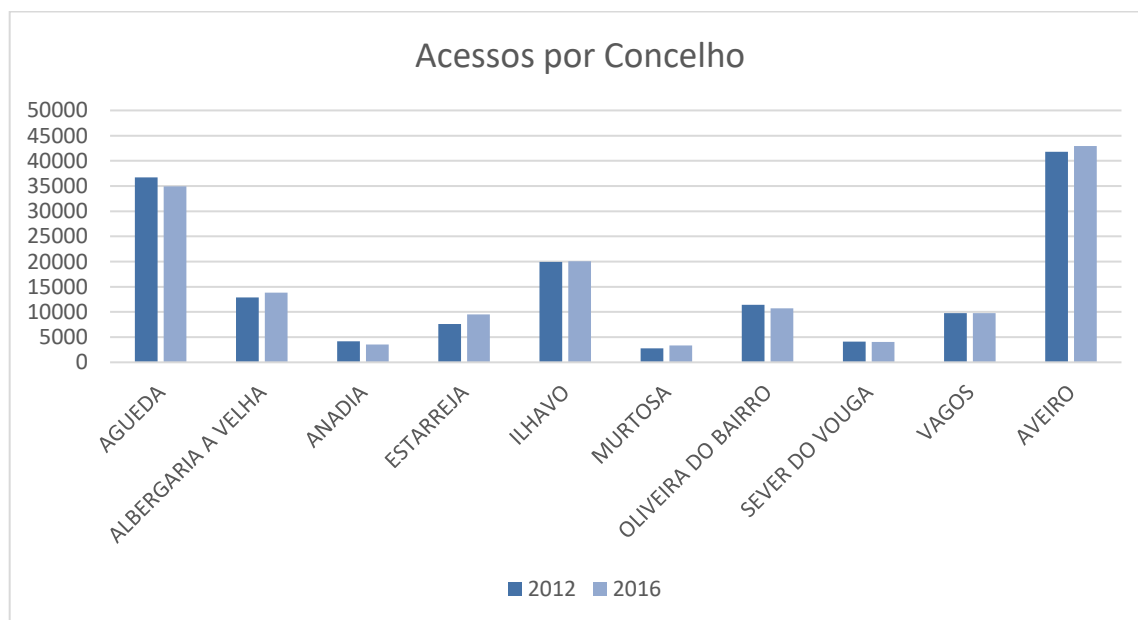


**Figura 39 - Percentagem de Acessos por dia da semana e sexo - Águeda 2016**



De um modo geral, e juntando os dois SU, os utentes que mais afluem a estes serviços pertencem aos Concelhos de Águeda, Ílhavo e Aveiro, mantendo-se estável no caso de Ílhavo, aumentando no caso de Aveiro e diminuindo no caso de Águeda, no ano de 2016 (figura 40).

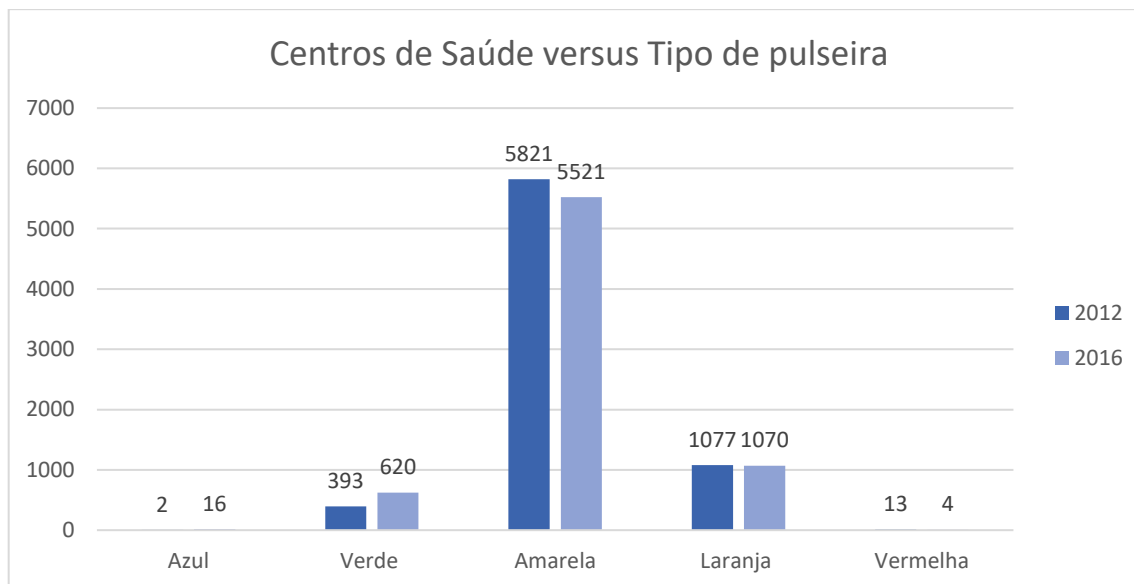
**Figura 40 - Número de Acessos por Concelho**



Esta última figura permite perceber se utentes com um nível menos grave têm como proveniência os Centros de Saúde. Desta forma, é possível perceber que os grupos mais encaminhados pelos Centros de Saúde são aqueles cuja urgência no atendimento é mais

premente, podendo dizer-se que, por norma, os utentes são bem encaminhados pelos respetivos Centros de Saúde (ver figura 41).

**Figura 41 - Tipo de pulseira por destino de proveniência (Centros de Saúde)**



Em síntese, é de destacar o aumento dos tempos de espera no HDA em 2016, dado que o número de utentes que afluíu ao serviço foi mais baixo que em 2012. É ainda importante referir que no HIDP, atualmente, a escala de médicos está adaptada para receber o mesmo número de utentes ao longo da semana, ou seja, não existe um reforço das equipas médicas nos dias com maior afluência, contrariamente ao que acontecia no período que antecedeu a fusão (as segundas e sextas-feiras contavam com um recurso médico extra). No entanto, as segundas, terças e quartas-feiras revelam-se mais complicadas.

Também, contrariamente ao senso comum, os idosos não representam a maior percentagem que afluíu ao SU e revelam uma preferência pelo período diurno.

Os meses de maio e dezembro revelaram-se complicados no que diz respeito à afluência. Desta forma, deve prestar-se mais atenção a estes períodos e perceber as causas de tal acontecimento.

A temperatura e a pluviosidade também parecem ter impacto na afluência aos SU. Em 2012 a pluviosidade não parecia ter uma relação positiva com o número de acessos, no entanto, em 2016 esta realidade mudou. Já no que diz respeito à temperatura parece existir uma evolução positiva nos meses de verão, dado que em 2012 o número de acessos era bastante elevado quando a temperatura média era também ela mais alta. Em 2016 este paradigma alterou-se.

## **Capítulo V: O fluxo de Utentes no Serviço de Urgência Médica**

### **5.1 Descrição do processo**

Quando existe uma efetiva necessidade de utilizar o SU do CHBV, são várias as fases que o utente atravessa até efetivamente ser atendido por um médico.

A primeira grande barreira a atravessar pelo utente é a forma como este chega realmente ao SU. Na melhor das hipóteses, nestes casos, o utente sente a necessidade de recorrer ao SU quando está perto do mesmo (por exemplo, pode deslocar-se a uma consulta externa e sentir-se mal ou até escorregar e efetuar um traumatismo) e aqui o tempo para chegada ao SU é mínimo; nesta situação assume-se 1 minuto como referência. No entanto, há diversas situações que influenciam a forma como o utente chega efetivamente ao SU.

Quando um utente está numa clínica ou num lar/centro de dia, na universidade ou em qualquer outro estabelecimento de ensino ou até mesmo num tribunal são várias as hipóteses para chegada ao SU, dependendo claramente da sua condição. Podem optar por contactar os Bombeiros Voluntários da zona em que se encontram ou ligar diretamente para o número nacional de emergência (112). Têm ainda, em muitos casos, a hipótese de se deslocarem pelo veículo da instituição ou mesmo por veículo ligeiro privado.

Sempre que há uma chamada para o número de emergência, o CODU cria uma ocorrência, ou seja, atribui uma ficha ao utente, recolhendo todas as informações necessárias para a prestação do socorro. Após a criação da ficha com todas as informações, é atribuído o nível de gravidade que é classificado em P1, P3 e P8. O P1 é o nível que representa um estado de maior gravidade. Nestes casos, é acionada uma ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV) e uma de Suporte Avançado de Vida (SAV) para o local onde se encontra o utente. Nos casos classificados com o P3, o nível intermédio de gravidade, a assistência passa pelo envio de uma SBV. Por último, o nível P8 e o menos grave não implica o envio de meios de socorro, implica sim um encaminhamento para a Linha de Saúde 24.

Nos níveis P1 e P3, os meios de socorro são enviados para o local onde se encontra o utente, garantindo a prestação de socorro à vítima e o seu posterior encaminhamento para o SU competente. Durante o início do transporte do utente, é decidido pelos tripulantes do veículo qual o SU que receberá a ocorrência. Em muitos casos, a situação do utente é classificada como muito grave, sendo até atribuída uma pulseira vermelha mas que não

implica um atendimento por médicos especializados, podendo ser encaminhado para um SUB (por exemplo: um caso de hipoglicemia) .

Quando o utente ou a pessoa que o acompanha contacta os Bombeiros Voluntários, a primeira etapa consiste em avaliar a gravidade da situação, dado que as situações mais graves são transferidas para o 112. Caso seja uma situação de menor gravidade, os Bombeiros podem intervir logo. Em situações mais graves, os Bombeiros podem também de imediato prestar socorro à vítima, mas com comunicação ao INEM. Após socorro por parte dos Bombeiros, a vítima é então encaminhada para o SU indicado.

Algumas instituições dispõem de ambulâncias próprias e veículos de apoio e podem optar, em situações não tão graves, por transportar diretamente os utentes até ao SU. Também é possível que o próprio utente ou o seu acompanhante se desloque diretamente ao SU através de veículo próprio.

Após a chegada do utente ao SU há que fazer a admissão no Serviço; caso o utente esteja capacitado para o fazer tem que se dirigir para o balcão de atendimento, caso contrário será o acompanhante ou as equipas de socorro a inscrever o utente neste serviço. Neste ponto, importa referir que utentes com o maior nível de gravidade entram de forma direta para a Sala de Emergência Vermelha, onde uma equipa médica já está pronta para receber o utente (previamente avisada pela equipa de socorro).

Após admissão no SU, os utentes são encaminhados para a sala de espera, por forma a aguardarem a chamada para a triagem por parte dos enfermeiros competentes. Após esta, cabe distinguir dois processos diferentes: o processo no SU de Águeda e o processo no SU de Aveiro.

No SU de Águeda, quando os utentes são triados com pulseira laranja ou amarela são encaminhados para uma sala de espera intitulada por “Sala de Amarelos”; os utentes cuja triagem determinou um nível verde ou azul de urgência são encaminhados para outra sala de espera.

No SU de Aveiro o processo é um pouco diferente; os utentes com um nível laranja de urgência são encaminhados para a especialidade respeitante às queixas apresentadas na Triagem, sendo elas: Cirurgia, Psiquiatria, Ginecologia/Obstetrícia, Ortopedia e Oftalmologia. As restantes pulseiras são encaminhadas para a sala de espera intitulada de “Azuis, verdes e Amarelos”. Utesntes com triagem de “Amarelo Cirúrgico” são direcionados para a parte “cirúrgica”.



Nesta fase, os utentes têm que aguardar pelo atendimento médico, não invalidando que necessitem de ser avaliados novamente e encaminhados para outras especialidades ou até mesmo para hospitais de nível superior.

As próximas figuras mostram o fluxo de utentes no HIDP e no HDA, nos anos de 2012 e 2016:

# O fluxo de utentes no CHBV

Ano de 2012

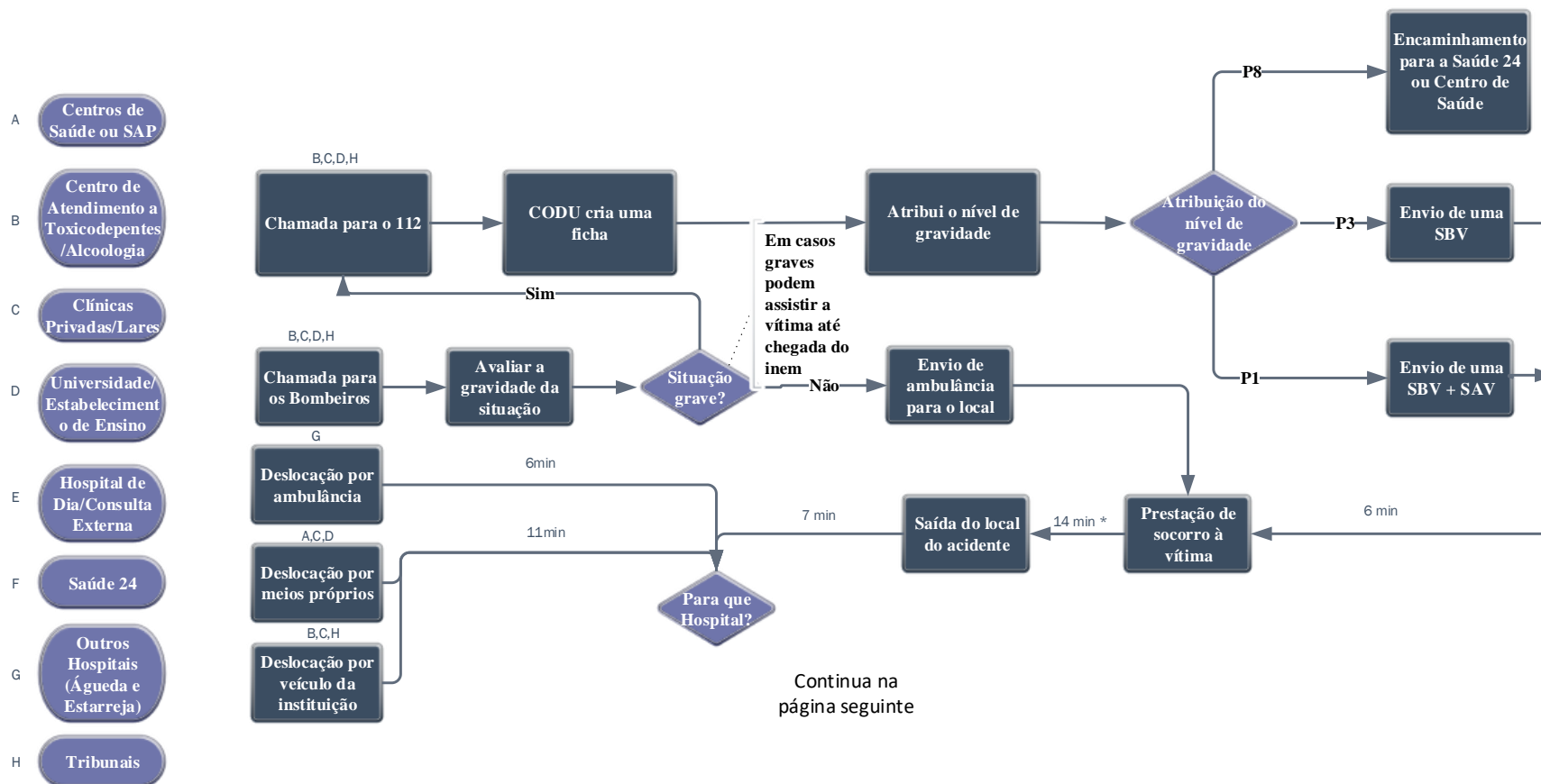


Figura 42 - Fluxo de utentes do CHBV - 2012

Fonte: Elaboração Própria

\*Os 14 minutos representam o valor médio apontado pelo Comandante dos Bombeiros Velhos de Aveiro relativo ao socorro das vítimas.

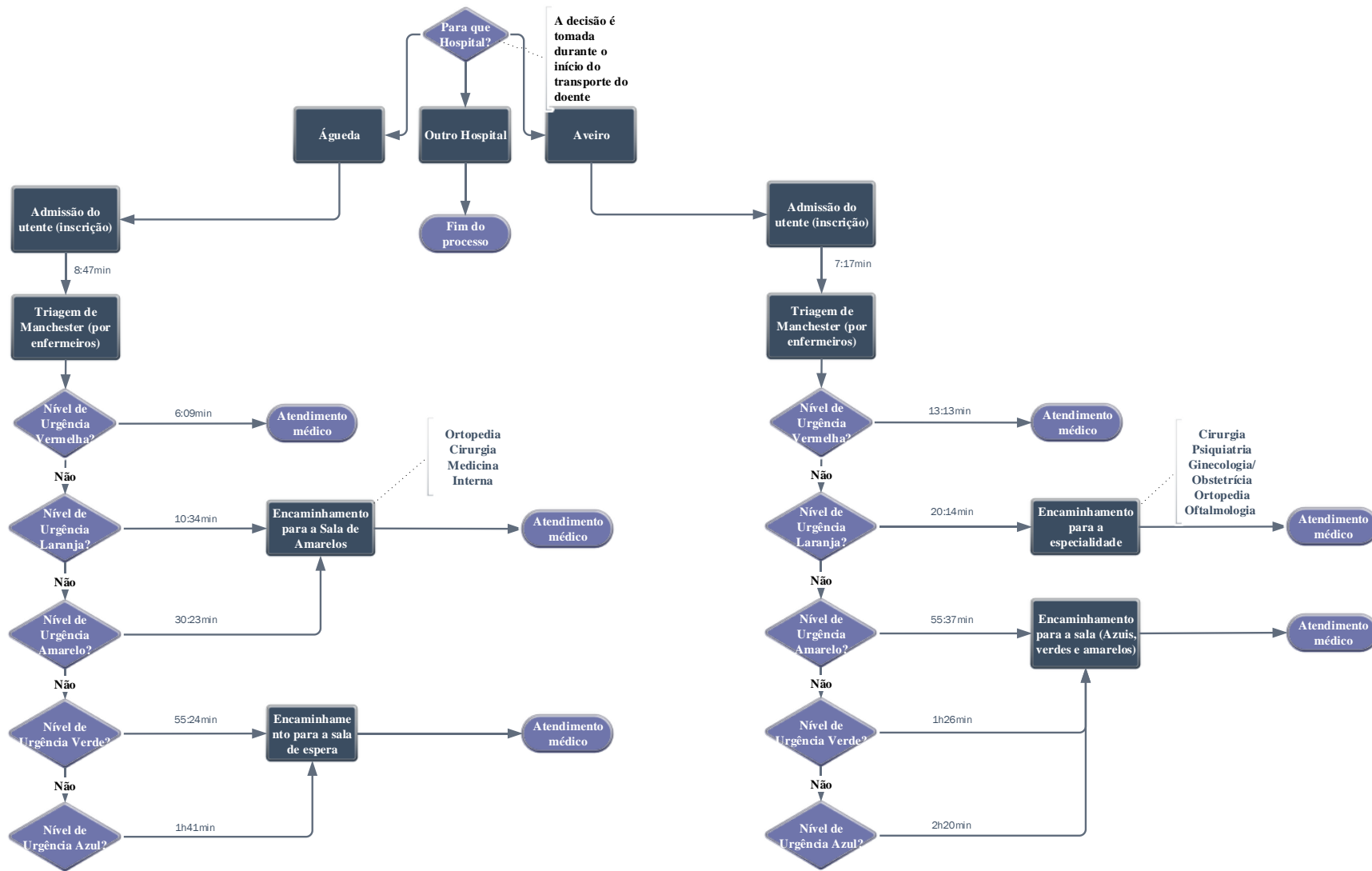


Figura 42 - Fluxo de utentes do CHBV – 2012 (Continuação)

Fonte: Elaboração Própria

Ano de 2016

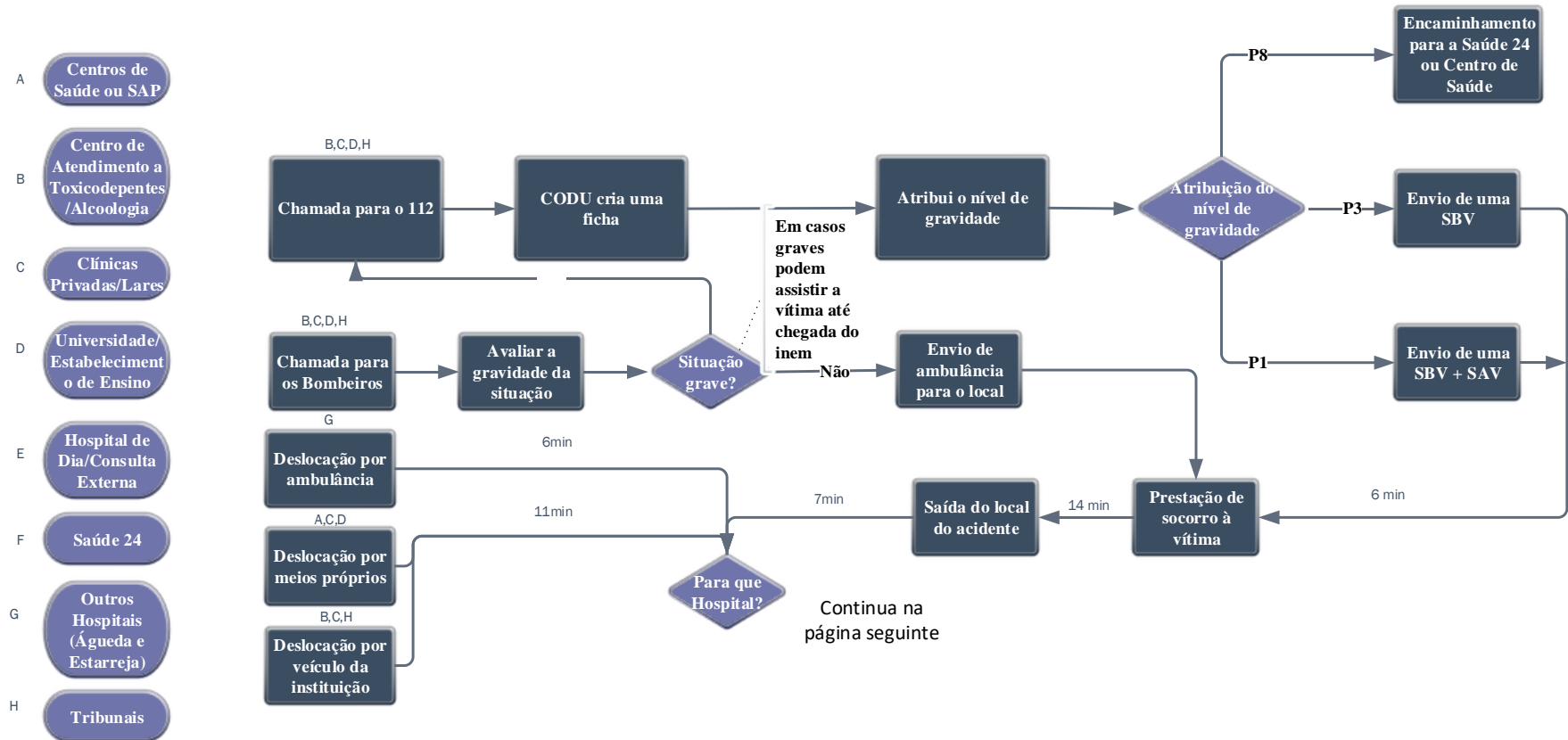


Figura 43 - Fluxo de utentes do CHBV – 2016  
 Fonte: Elaboração Própria

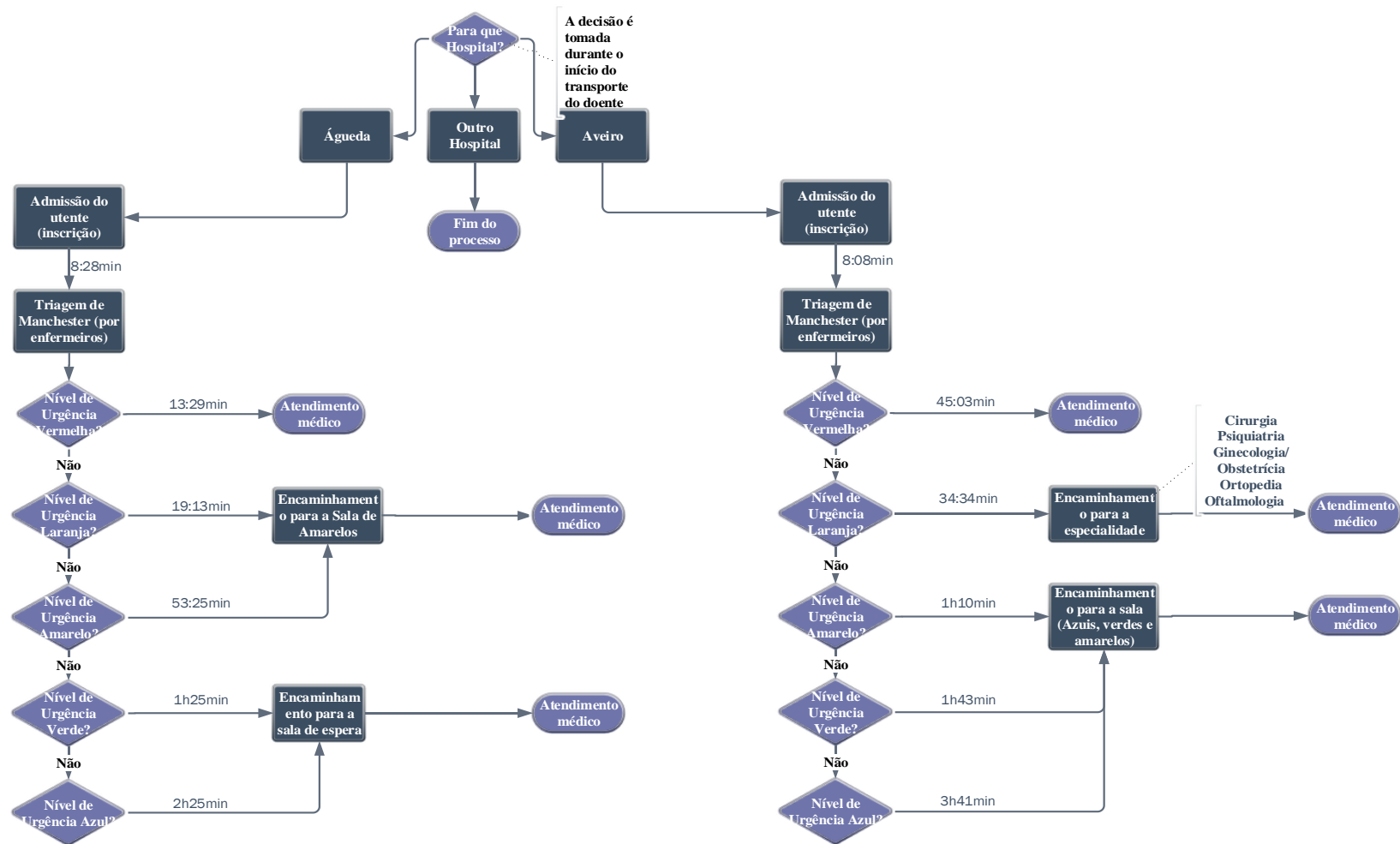


Figura 43 - Fluxo de utentes do CHBV – 2016 (Continuação)  
 Fonte: Elaboração Própria

## 5.2 Análise de dados do fluxo de utentes

São poucas as diferenças notadas no fluxo de utentes entre o ano de 2012 e 2016. Em 2012, em Águeda, o SU apresentava uma atividade cirúrgica e possuía algumas especialidades médicas, como Ortopedia e Medicina Interna. As maiores diferenças estão refletidas nos tempos de espera, dado que se supõe que o período que antecede a entrada no SU não sofreu alterações. Os tempos refletidos no fluxograma dizem respeito a um acidente ou necessidade de socorro que acontece no Concelho de Aveiro. Desta forma, pode concluir-se que utentes que utilizem o INEM/Bombeiros para se deslocarem até ao Hospital e cuja localização é no Concelho de Aveiro demoram, em média, 27 minutos a chegar ao Hospital Infante D.Pedro, em Aveiro. Embora este valor pareça elevado, a vítima já está a ser acompanhada por profissionais especializados, que em casos mais graves inclui a assistência por um médico. Note-se, no entanto, que para os cálculos foram utilizados os tempos máximos e mínimos, sendo que para o cálculo dos tempos máximos se utilizou o local mais longínquo de cada concelho. Também como já referido, o tempo que diz respeito ao socorro das vítimas é um valor aproximado decorrente da informação prestada pelo Comandante dos Bombeiros Velhos de Aveiro.

Os valores apresentados na tabela 6 representam os valores médios que os Bombeiros Velhos de Aveiro demoram a chegar a uma ocorrência em São Bernardo e Requeixo e ainda os valores apresentados pelo Google maps para os mesmos locais. Desta forma, encontramos um fator que nos indica a proporção de um tempo em relação ao outro, sendo que a partir deste momento assumimos que os Bombeiros ou veículo de marcha prioritária demoram aproximadamente metade do tempo em relação ao tempo percorrido por automóvel.

**Tabela 6 - Valores aproximados relativos ao tempo médio percorrido pelos Bombeiros**

	Bombeiros (minutos)	Google Maps (minutos)
São Bernardo	4	8
Requeixo	11	20
	Fator Bombeiros	0,525

Fonte: Elaboração própria com base na informação prestada pelo Comandante dos Bombeiros Velhos de Aveiro

Na tabela 7 são apresentados os tempos, com base no Google maps, tendo como ponto de partida os Bombeiros de cada Concelho e como destino o local da ocorrência. Nesta

tabela, estão ainda incluídos os dados relativos ao Concelhos da área de influência do Hospital Infante D.Pedro. Os locais apresentados entre parêntesis representam os mais longínquos relativamente à sede dos Bombeiros de cada Concelho. O tempo máximo (retirado do Google maps) representa o maior tempo percorrido desde a sede dos Bombeiros até ao local mais longínquo do Concelho, dado que se trata do tempo mais importante para a vítima. Após a chegada da equipa dos Bombeiros ou INEM, o utente já se encontra acompanhado por profissionais. Por exemplo, um acidente ocorrido em Estarreja, apresenta um tempo de 17 minutos quando percorrido por automóvel, na pior das hipóteses; no entanto, caso o caminho seja percorrido por um veículo de marcha prioritária, este demora no máximo 9 minutos. O tempo mínimo representa os casos em que as ocorrências sucedem junto da sede dos Bombeiros, sendo que para tal foi definido um tempo mínimo de 1 minuto, pois, tal como referido pelo Comandante dos Bombeiros Velhos, a prontidão da corporação é imediata. Aplicando o fator referido na tabela 6, e continuando com o exemplo de Estarreja, percebe-se que em média, neste Concelho, os Bombeiros demoram 5 minutos a chegar ao local onde se encontra a vítima. Este valor corresponde ao tempo médio, calculado através dos valores recolhidos para o tempo máximo e o tempo mínimo de cada deslocação.

***Tabela 7 - Tempos desde os Bombeiros até ao acidente no Concelho de Aveiro***

Sentido Bombeiros → Acidente em Aveiro					
	Tempo Máximo	Tempo Mínimo	Média (Google maps)	Média Bombeiros	Máximo Bombeiros
Aveiro (Requeixo)	21	1	11	6	11
Ílhavo (Costa Nova do Prado)	19	1	10	5	10
Murtosa (Torreira)	13	1	7	4	7
Estarreja (Roxico)	17	1	9	5	9
Vagos (Covão do Lobo)	21	1	11	6	11

Fonte: Elaboração própria com base na ferramenta “Google maps”

Na tabela 8 estão refletidos os mesmos dados que na tabela 7, mas relativos à área de Influência de Águeda. Considerando Sever do Vouga, por exemplo, percebemos que, em média, os Bombeiros desta região demoram 8 minutos a chegar até ao local onde se encontra a vítima, podendo demorar no máximo 16 minutos.

**Tabela 8 - Tempos desde os Bombeiros até ao acidente no Concelho de Águeda**

Sentido Bombeiros → Acidente Águeda					
	Máximo	Mínimo	Média (Google maps)	Média Bombeiros	Máximo Bombeiros
Águeda (Agadão)	31	1	16	8	16
Albergaria - a - Velha (Silva)	28	1	15	8	14
Sever do Vouga (Seixo)	31	1	16	8	16
Anadia (Vilarinho do Bairro)	16	1	9	5	8
Oliveira do Bairro (Bustos/Palhaça)	19	1	10	5	10

Fonte: Elaboração própria com base na ferramenta “Google maps”

A tabela 9 diz respeito aos tempos que decorrem desde o local onde se encontra a vítima até ao HIDP, sendo que os Concelhos apresentados dizem respeito à sua área de influência. Os valores apresentados têm como referência os locais apresentados na tabela 8, dado que esse é o tempo onde o utente ainda não possui qualquer assistência. Desta forma e para um acidente que ocorra em Ílhavo, os Bombeiros levam, em média, 5 minutos a transportar a vítima até ao HIDP e no máximo 10 minutos.

**Tabela 9 - Tempos desde o Acidente que acontece em Aveiro até ao Hospital**

Sentido Acidente (em Aveiro) → HIDP					
	Máximo	Mínimo	Média (Google maps)	Média Bombeiros	Máximo Bombeiros
Aveiro	23	20	22	12	12
Ílhavo	20	20	10	5	10
Murtosa	66	45	56	28	33
Estarreja	21	18	20	10	11
Vagos	33	28	31	16	17

Fonte: Elaboração própria com base na ferramenta “Google maps”

A tabela 10 é semelhante à tabela 9, no entanto diz respeito às ocorrências na área de influência do HDA. Para uma ocorrência no Concelho de Sever do Vouga, os Bombeiros demoram, em média, 5 minutos a deslocarem-se até ao HDA. No máximo, demoram 10 minutos.



**Tabela 10 - Tempos desde o Acidente que acontece em Águeda até ao Hospital**

Sentido Acidente (em Águeda) → HDA					
	Máximo	Mínimo	Média (google maps)	Média Bombeiros	Máximo Bombeiros
Águeda	29	26	28	14	15
Albergaria - a - Velha	41	32	37	19	21
Sever do Vouga	19	19	19	10	10
Anadia	31	27	29	15	16
Oliveira do Bairro	30	27	29	15	15

Fonte: Elaboração própria com base na ferramenta “Google maps”

A tabela 11 diz respeito às ocorrências que sucedem na área de influência do HDA mas que pela sua magnitude ou complexidade necessitam de ser encaminhadas para o HIDP. Então, para estes casos e tomemos como exemplo uma ocorrência em Águeda, os Bombeiros demoram, em média, 26 minutos a transportar uma vítima até ao HIDP e podem demorar, no máximo, 28 minutos.

**Tabela 11 - Tempos desde o Acidente que acontece em Águeda até ao HIDP**

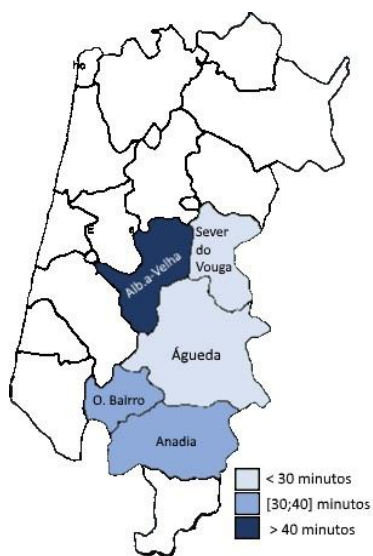
Sentido Acidente (em Águeda) → HIDP					
	Máximo	Mínimo	Média	Média Bombeiros	Máximo Bombeiros
Águeda	55	48	52	26	28
Albergaria - a - Velha	45	36	41	21	23
Sever do Vouga	41	33	37	19	21
Anadia	39	37	38	19	20
Oliveira do Bairro	30	19	25	13	15

Fonte: Elaboração própria com base na ferramenta “Google maps”

Com a informação disponível nas tabelas apresentadas, é agora possível mapear os dados de forma a efetuar-se uma observação geográfica dos tempos de deslocação, por motivos de urgência.

O mapa 1 mostra os tempos máximos de deslocação entre o local de ocorrência do acidente (no concelho de Águeda) até ao HDA. Da sua leitura, é possível constatar que, na ótica do utente, e quando este tem um acidente em Águeda e necessita de ser transportado

para o HDA, o pior cenário é estar em Albergaria-a-Velha e, pelo contrário, a deslocação é mais céleres se estiver em Sever do Vouga ou Águeda. Já no que respeita à área de influência do HIDP, o maior tempo de deslocação observa-se quando o utente está em Vagos (mapa 2). Tanto Aveiro, como Ílhavo e Estarreja apresentam valores baixos no que respeita aos tempos de deslocação. Estes dados são relativos aos tempos máximos percorridos em veículo ligeiro privado.

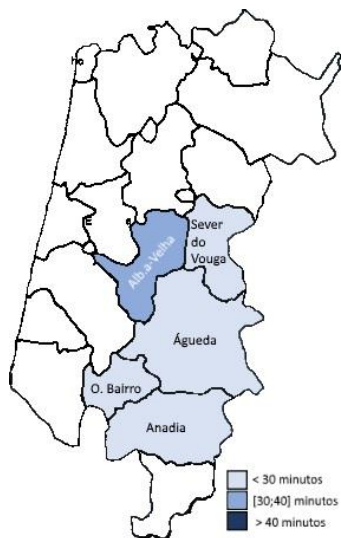


**Mapa 1 - Acidente em Águeda(Máximo) -> HDA**



**Mapa 2 - Acidente em Aveiro (Máximo) -> HIDP**

Já o mapa 3 mostra o tempo médio percorrido entre o acidente que acontece no Concelho de Águeda e o HDA. Da sua leitura, é possível verificar que, em média, no Concelho de Águeda, os utentes demoram menos de 40 minutos a chegar ao SU do HDA. Por outro lado, o mapa 4 evidencia que os utentes localizados em Vagos podem demorar, em média, mais de 40 minutos a chegar ao HIDP.



**Mapa 3 - Acidente em Águeda (Média) -> HDA**



**Mapa 4 - Acidente em Aveiro (Média) -> HIDP**

Os mapas 5 e 6 dizem respeito ao tempo total que os bombeiros demoram desde que são acionados até a chegada ao respetivo hospital. Ou seja, o tempo que demora até ao acidente, em média, mais os 14 minutos de socorro e deslocação até ao hospital. Em média, utentes localizados em Vagos e Murtosa demoram mais de 40 minutos a chegar ao HIDP. Albergaria-a-Velha é a que apresenta piores tempos relativamente à chegada ao HDA, sendo que Anadia e Oliveira do Bairro demoram menos de 40 minutos.



**Mapa 5 - Tempo total Bombeiros (Aveiro)**



**Mapa 6 - Tempo total Bombeiros (Águeda)**

Em jeito de síntese, pode concluir-se que, na ótica do utente, a pior situação ocorre quando este se encontra no concelho de Águeda e necessita de assistência no HIDP, já que pode demorar no máximo 55 minutos em veículo ligeiro privado e 28 minutos em viatura de marcha prioritária. Importa ainda referir que, embora o Concelho de Anadia não faça parte da área de Influência do CHBV, optou-se por incluí-lo na análise devido à presença de um elevado número de casos na base de dados disponibilizada. Note-se, por exemplo, que para utentes que se encontrem em Oliveira do Bairro, torna-se mais vantajoso a sua deslocação para o HIDP.

Embora não sejam notadas grandes diferenças no que diz respeito ao fluxo de utentes, nota-se um aumento nos tempos de espera de 2012 para 2016, tanto para Aveiro como para Águeda. Era, no entanto, expectável que no caso de Águeda os tempos diminuíssem devido a um maior número de encaminhamentos para o SU do Hospital Infante D. Pedro, dada a falta de meios no Hospital Distrital de Águeda. Este aumento nos tempos no Hospital Distrital de Águeda pode dever-se à diminuição de profissionais de saúde por, neste momento, se tratar de um Serviço de Urgência Básica.

## **Conclusões e recomendações**

### **Considerações finais**

O presente relatório decorre do estágio curricular efetuado no CHBV para conclusão do Mestrado em Administração e Gestão Pública. O trabalho desenvolvido teve como duplo propósito: por um lado, perceber os eventuais impactos produzidos por uma das reformas do sistema de saúde deste século – a fusão hospitalar e a consequente criação de Centros Hospitalares –, designadamente no que respeita aos tempos que decorrem desde que o utente sente uma necessidade de utilizar um SU até ao primeiro atendimento médico; por outro lado, compreender a dinâmica de fluxos dos utentes do CHBV e mais particularmente os SU do HDA e do HIDP.

Como já referido, o uso inapropriado dos SU dificulta o acesso de casos mais urgentes, diminuindo a qualidade destes serviços e aumentando os custos para os gestores. No entanto, são vários os fatores que levam os utentes a escolher estes serviços, nomeadamente a vontade de ver o seu problema resolvido no mesmo dia e a crença de que os SU oferecem mais meios de diagnóstico (Carret, Fassa, & Kawachi, 2007).

Como síntese final, é possível efetuar cinco observações que decorrem do estudo aqui apresentado. A primeira diz respeito à tipologia de utentes. Contrariamente à perceção geral e a notícias amplamente difundidas nos meios de comunicação social, percebeu-se que os idosos não representam o maior grupo que afluem ao SU; no entanto, da Entrevista conduzida ao Enfermeiro Chefe da Urgência do HIDP foi possível, ter a noção que os utentes desta faixa etária são “cl clinicamente mais exigentes, com polipatologias, polimedicados e que justificam mais estudo e mais internamentos”. Este grupo tem ainda uma maior dificuldade em regressar a casa sendo muitas das vezes abandonados, dificultando as altas do SU, aumentando a permanência neste e aumentando ainda o número de doentes “internados nos corredores”. Já no que diz respeito à afluência por sexo e tal como refere Levorato et al., (2014) as mulheres afluem com mais frequência ao SU que os homens, no entanto, o sexo masculino revela uma preferência pelo período pós-laboral.

A segunda observação, diz respeito a fatores externos que podem influenciar uma maior ou menor afluência dos utentes ao SU. Neste contexto, e tal como referido por Almodovar et al. (1993), a temperatura e a pluviosidade parecem ter impacto no número de admissões.

A terceira observação diz respeito aos períodos em que se observa uma maior ou menor afluência dos utentes ao SU, questão de particular relevância também para a distribuição e afetação de profissionais de saúde. Relativamente aos dias da semana e quando comparadas as admissões, percebeu-se que a escala de médicos no HIDP não estava ajustada à realidade, dado que os dias com mais afluência são as Segundas, Terças e Quartas-feiras e a escala de médicos não é diferenciada ao longo da semana. Já em Águeda, as Segundas e Quintas-feiras são os dias mais procurados. Ficou ainda vincado que o período com maior afluência é o das 08h às 20h. Já no que concerne à afluência por meses do ano, o HDA apresenta um comportamento diferente do HIDP. No entanto, há dois meses com maior procura que são comuns, maio e dezembro, podendo estar associados aos períodos de alergias e ao período de gripe, respetivamente.

Também foi possível perceber que no HIDP o número de casos menos urgentes aumentou, contrariamente ao que aconteceu no HDA, podendo indicar e tal como sugerido também pelo Enfermeiro Chefe do HIDP, que há uma resposta ineficiente por parte dos cuidados primários, sendo necessário capacitar as pessoas para a importância de frequentar, em primeiro lugar, este tipo de cuidados.

A quarta observação incide na resposta ao principal objetivo do estudo. Fazendo uma análise na ótica do utente, percebeu-se que a fusão não trouxe uma melhoria no seu atendimento em situação de urgência, tanto para os utentes do HDA como para os do HIDP. Note-se, no entanto, que esta análise recaiu apenas sobre o impacto nos tempos de espera, ou seja, nesta dimensão do acesso, não estando evidenciado neste estudo a satisfação do utente com o serviço. Em ambos os serviços, os tempos de espera foram mais elevados em 2016. O HIDP recebeu mais pacientes em 2016, podendo dever-se ao facto da Urgência do HDA não inspirar tanta confiança aos utentes, dado que deixou de ter especialidades e atividade cirúrgica. Foi ainda observada a preferência dos utentes por cuidados de saúde que oferecem meios de diagnóstico mais completos, podendo ser uma razão para a preferência pelo SU do HIDP. Embora o HDA tenha recebido menos utentes em 2016, os tempos de espera aumentaram. Este problema pode estar relacionado com a diminuição de profissionais afetos ao SU.

A quinta observação diz respeito ao desenho dos fluxos dos utentes, aspeto considerado crucial no domínio da gestão da qualidade de serviços. Relativamente aos fluxogramas desenhados, estes eram inexistentes no CHBV, dificultando a perceção de

alguns problemas, nomeadamente o ponto de estagnação em períodos complicados, bem como na tomada de decisões. Foi possível perceber que o ponto de estagnação no fluxo de utentes está no atendimento, ou seja, no tempo desde que os utentes são triados até ao primeiro atendimento. Uma possível resposta a esta questão poderia passar pelo aumento dos profissionais de saúde, pese embora se perceba a relutância geral neste tipo de soluções em momentos de contenção de custos a nível nacional.

Um último apontamento sobre a realização do estágio no CHBV. A realização do estágio no CHBV revelou-se uma mais valia, permitiu uma perceção alargada sobre o funcionamento e dinâmica de um Hospital e mais especificamente de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico. Contribuiu ainda para um enriquecimento pessoal e um aprimoramento das relações interpessoais. O estudo realizado representa apenas uma parte do estágio realizado. Foram várias as atividades desenvolvidas decorrentes da inserção, em primeiro lugar, no gabinete de Secretariado da Urgência e da posterior integração no gabinete de comunicação. As diversas atividades permitiram a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo da Licenciatura em Administração Pública e do Mestrado em Administração e Gestão Pública, nomeadamente a aproximação às políticas da UE, mais especificamente na preparação de candidaturas a fundos comunitários. A aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos ao nível da organização e prestação de serviços públicos esteve também patente neste estágio. Desta forma, o estágio potenciou a aquisição de competências técnico-científicas e permitiu a interligação da teoria à prática.

## **Limitações do estudo**

No presente estudo, foram algumas as limitações que condicionaram o aperfeiçoamento das conclusões, nomeadamente, o facto de o INEM não disponibilizar os dados relativos aos tempos médios desde a saída do meio do local da ocorrência até à chegada ao serviço de urgência do Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E. e a impossibilidade de cronometrar os tempos conjuntamente com os bombeiros.

Antes do acesso à base de dados, esta foi refinada tendo em vista a salvaguarda da confidencialidade dos dados dos utentes do CHBV. Decorrente da exclusão de algumas variáveis tornou-se impossível a realização de certas análises, nomeadamente ao nível do número de admissões recorrentes e ao nível das patologias dos pacientes. Esta última análise seria ainda uma mais valia para perceber as patologias mais recorrentes nas pessoas mais idosas. Algumas análises seriam também interessantes, nomeadamente comparar as habilitações académicas dos utentes com a afluência, assim como o salário. No entanto, estas análises não foram possíveis pois a base de dados do CHBV não contém esta informação. Só seria possível através da realização de inquéritos aos utentes.

## **Propostas de melhoria**

Após todas as análises e das várias observações feitas durante o período de estágio, torna-se importante avançar com um conjunto de propostas tendo em vista uma melhoria no fluxo dos utentes ao e no SU do CHBV;

### **Proposta de melhoria – 1 – Criação de uma Aplicação para os Utes do CHBV**

Com o intuito de criar mais impacto nas pessoas mais jovens, esta aplicação visa fazer uma pré-triagem aos utentes que sentem necessidade de se deslocar ao SU do CHBV. Através de várias perguntas, à semelhança do que acontece com os fluxogramas da Triagem de Manchester (ver página 37), pretende-se que os utentes descrevam o seu estado. No final, seria dada a indicação ao utente em qual nível de gravidade se encontra, mostrando as várias alternativas de tratamento e ainda os tempos de espera, associados a cada pulseira, no SU de Águeda e Aveiro. Por exemplo, utentes cuja pré-triagem tenha indicado um nível azul, esta aplicação iria indicar uma deslocação ao Centro de Saúde da área de residência ou ainda um contacto para a Saúde 24. Esta aplicação pressupunha um pré-cadastro, com todas as informações relevantes do utente, desde a sua área de residência até à medicação que toma.



### **Proposta de melhoria – 2 – Criação de uma Unidade especializada para os Idosos**

Tal como já referido, os idosos representam uma das partes mais sensíveis dos SU. Desta forma, sugere-se a criação de uma Unidade especializada para este grupo que contemple uma equipa individualizada consoante as patologias mais frequentes neste grupo. A criação desta unidade retiraria pessoas dos corredores e tornava o fluxo mais eficiente. Uma equipa especializada, com experiência nas várias patologias mais frequentes e a separação deste grupo dos restantes grupos do SU diminuiriam os atendimentos para as restantes equipas e libertavam recursos físicos. Contando, no entanto, que esta nova Unidade estivesse equipada com o material necessário para dar resposta às polipatologias.

### **Proposta de melhoria – 3 – Criação do Cartão do Idoso**

A criação deste cartão tem o intuito de associar o idoso a uma pessoa responsável por ele mesmo, não sendo necessário que seja alguém da família. A primeira vez que cada idoso entrasse no SU proceder-se-ia à criação do Cartão, no qual constasse a identificação do responsável, com o nome, o contacto, a morada e ainda o local de trabalho, por forma a ajudar as autoridades a detetar estas pessoas. Sempre que o utente fosse proveniente de um Lar ou Centro de Dia, a sua ficha deveria ficar associada à direção dos mesmos, sendo que nestes casos os Bombeiros teriam um papel fundamental na recolha desta informação. Seria importante, na altura da criação deste Cartão, cruzar os dados da pessoa responsável pelo idoso com informação que consta no Registo Civil/Segurança Social, por forma a evitar informações falsas. Isto implicaria uma articulação com o Instituto da Segurança Social.

### **Proposta de melhoria – 4 – Ações de Informação junto da população mais jovem**

A necessidade de se inculcar nos mais jovens a importância de realização de exames periódicos e de consulta ao médico de família faz com que esta população no futuro valorize os cuidados de saúde primários, olhando para o médico de família com confiança e a primeira linha na assistência. A criação de uma base de confiança nos cuidados de saúde primários é fundamental para que, no futuro, os utentes utilizem mais estes serviços. Desta forma, sugere-se ações de informação junto das Escolas Básicas e Secundárias sobre a importância e o papel do médico de família. Neste sentido, o Gabinete de Comunicação do Hospital poderia ser uma mais valia.

### **Proposta de melhoria – 5 – Reorganização da escala de médicos**

Através deste estudo e das várias observações feitas ao longo do período de estágio foi possível perceber que os dias com mais afluência ao SU do HIDP são as segundas, terças e quartas-feiras. No entanto, o SU do HIDP não diferencia o fluxo de utentes ao longo da semana, contrariamente ao que acontecia em anos anteriores à fusão do CHBV. Desta forma, sugere-se uma reorganização, tendo em vista a canalização de um recurso médico extra para as segundas, terças e quartas feiras, evitando, em muitos casos, a transferência de utentes para o próximo período de atendimento e tornando o fluxo mais equilibrado.

## Referências Bibliográficas

- Administração Regional da Saúde do Norte I.P. (2017). *Plano De Contingência Regional Saúde Sazonal 2017 - Módulo Verão*. Porto. Disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conteúdos/Saúde Pública Conteudos/Plano Verão e Saúde - PCRSS - Módulo Verão 2017 - Fi.pdf>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2012). *Tempo de espera na Urgência e Emergência*. Brasil. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-02.pdf>
- Almodovar, T., André, J., Bárbara, C., Ferreira, L., Falcão, T., Gomes, M., & Ávila, R. (1993). Estudo da Influência dos Fatores Meteorológicos nas Agudizações de Asma Brônquica e Bronquite Crónica. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 145–151. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/estudo-da-influencia-dos-factores-meteorologicos-nas-agudizacoes-de-asma-bronquica-e-bronquite-cronica.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/estudo-da-influencia-dos-factores-meteorologicos-nas-agudizacoes-de-asma-bronquica-e-bronquite-cronica.pdf)
- Amaral, J. (2007). Como fazer uma pesquisa bibliográfica.
- Aole, R. (2013). Quality Gurus: Philosophy and Teachings. *International Journal of Research in Aeronautical and Mechanical Engineering*, 1(8), 46–52. Disponível em [https://www.academia.edu/5487034/Quality\\_Gurus\\_Philosophy\\_and\\_Teachings](https://www.academia.edu/5487034/Quality_Gurus_Philosophy_and_Teachings)
- Araldi, A. (2005). Estatística e Probabilidade Curso Completo. Acedido Julho 29, 2017, em <http://www.ensinoeinformacao.com/estatist-prob-curso-distr-freq>
- Assis, M., & Jesus, W. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2865–2875.
- Azeredo, T. R. M., Guedes, H. M., Rebelo de Almeida, R. A., Chianca, T. C. M., & Martins, J. C. A. (2015). Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *International Emergency Nursing*, 23(2), 47–52. <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.001>
- Azevedo, H., & Mateus, C. (2014). Economies of scale and scope: A literature review in the context of hospital mergers. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3(21), 106–117. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.12.001>
- Barros, P. P. (2009). *Economia da Saúde: conceitos e comportamentos*. (Edições Almedina, Ed.) (2<sup>a</sup>).
- Barros, P. P., Machado, S. R., & Simões, J. de A. (2011). Portugal. Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(4), 1–156. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22222781>
- Bernstein, S. L., Aronsky, D., Duseja, R., Epstein, S., Handel, D., Hwang, U., ... Asplin, B. R. (2009). The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. *Academic Emergency Medicine*, 16(1), 1–10. <http://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x>

Beveridge, R., Thompson, J., Ccftp, M., Dodd, G., Murray, M., Ontario, B., ... Warren, D. (1998). Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS). Disponível em <http://www.caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/files/ctased16.pdf>

Bolhão, A., & Almeida, V. (2013). *Contribuição do estágio curricular para a formação académica e profissional dos estagiários: Estudo de caso numa instituição de ensino superior*. Instituto Superior Miguel Torga. Disponível em [http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/321/1/Dissertação\\_AnaBolhão.pdf](http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/321/1/Dissertação_AnaBolhão.pdf)

Bugada, H. (2005). *Pilares fundamentais da “clinical governance.”* Disponível em [http://www.spgsaude.pt/download/Clinical\\_Governance\\_Pilares.pdf](http://www.spgsaude.pt/download/Clinical_Governance_Pilares.pdf)

Capricho, L., & Lopes, A. (2007). *Manual da Gestão da Qualidade*. (E. RH, Ed.) (1ª). Lisboa.

Carret, M. L., Fassa, A. G., & Kawachi, I. (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 7(1), 131. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-7-131>

Carvalho, C., Sardenberg, C., Matos, A., Neto, M., & Santos, B. (2004). *Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas*. Disponível em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:owL9Os-JW0QJ:www.jbn.org.br/export-pdf/314/26-04-05.pdf+%&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

Carvalho, M., & Paladini, E. (2012). *Gestão da Qualidade: Teoria e Casos*. (Elsevier, Ed.) (2ª). Brasil. Disponível em [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=xkes6g\\_nUP0C&oi=fnd&pg=PR1&dq=ferramentas+da+qualidade+para+que+servem&ots=EntEOIOSPD&sig=\\_g1Wh7cTx4siq2ubWDAjliEo6-Y&redir\\_esc=y#v=onepage&q=ferramentas da qualidade para que servem&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=xkes6g_nUP0C&oi=fnd&pg=PR1&dq=ferramentas+da+qualidade+para+que+servem&ots=EntEOIOSPD&sig=_g1Wh7cTx4siq2ubWDAjliEo6-Y&redir_esc=y#v=onepage&q=ferramentas+da+qualidade+para+que+servem&f=false)

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E. Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (2013). Disponível em <http://www.chbv.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/D1.pdf>

Conill, E., Giovanella, L., & Almeida, P. (2011). *Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol*. Florianópolis. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/17.pdf>

Correia de Campos, A. (2015). *Saúde & preconceito: mitos, falácias e enganos*. (Livros Horizonte, Ed.) (1ª). Lisboa.

Costa, C., & Lopes, S. (2004). Produção hospitalar: a importância da complexidade e da gravidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 36–50. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/16742/1/RUN - RPSP - 2004 - V. Tematico n4 a04 - p.35-50.pdf>

Costa, M. (2012). *Sistemas de Saúde – Convergência de modelos*. Universidade Fernando Pessoa. Disponível em [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3826/1/%28Tese - versão final 1 \\_frente e verso\\_%29.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3826/1/%28Tese - versão final 1 _frente e verso_%29.pdf)

Coutinho, A., Cecílio, L., & Mota, J. (2012, Fevereiro). Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev Med Minas Gerais*, 188–198. Disponível em <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/101>

CUF. (n.d.). Triagem de Manchester | CUF. Acedido August 19, 2017, em <https://www.saudecuf.pt/servicos-clinicos/atendimento-permanente/triagem-de-manchester>

Czeresnia, D., & Machado de Freitas, C. (2009). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. (FioCruz, Ed.). Rio de Janeiro. Disponível em [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=-UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA43&dq=sáude+conceitos+dimensões&ots=CT33Zq2nOd&sig=KkmZte1MUk67gtHyJ7Lj0CR2hSo&redir\\_esc=y#v=onepage&q=sáude+conceitos+dimensões&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=-UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA43&dq=sáude+conceitos+dimensões&ots=CT33Zq2nOd&sig=KkmZte1MUk67gtHyJ7Lj0CR2hSo&redir_esc=y#v=onepage&q=sáude+conceitos+dimensões&f=false)

Diário da República. DL n.º 135/99, de 22 de Abril (1999). Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=2144&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2144&tabela=leis)

Diário da República. Despacho n.º727/2007, Diário da República 1129–1124 (2007). Disponível em <http://www.arscentro.min-saude.pt/pinhalinteriornorte1/unidades/Documents/Despacho+n.º+725+2007.pdf>

Diário da República. Decreto - Lei n.º30/2011 de 2 de Março (2011). Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4C47465E-C2F2-46F3-98FB-CD3F726C53B0/0/0127401277.pdf>

Diário Da República. Decreto-Lei n.º 284/99 de 26 de Julho (1999). Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/21396/46834687.pdf>

Dias, A. (2011, Dezembro). A reflection on the future of the quality management paradigm in the EU. *Revista de Dirección Y Administración de Empresas*, 67–76.

Direção Geral de Saúde. Rede hospitalar de urgência/emergência (2001). Disponível em <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>

Ebrahimi, M., Heydari, A., Mazlom, R., & Mirhaghi, A. (2015). The reliability of the Australasian Triage Scale: a meta-analysis. *World Journal of Emergency Medicine*, 6(2), 94–9. <http://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2015.02.002>

ERS. (2012). *Estudo de avaliação dos centros hospitalares*. Porto. Disponível em [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/399/Relat\\_rio\\_Centros\\_Hospitalares.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/399/Relat_rio_Centros_Hospitalares.pdf)

Fernandes, A., & Nunes, A. (2016, Março). Os Hospitais e a Combinação Público-Privado no Sistema de Saúde Português. *Acta Médica Portuguesa*, 217–223. Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6712>

Ferreira, P. (1991, Outubro). Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 93–112. Disponível em [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11712/1/Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11712/1/Definir_e_Medir_a_Qualidade_de_Cuidados_de_Saude.pdf)

fluxograma.net. (2017). Fluxograma - o que é? Acedido Julho 29, 2017, em <https://fluxograma.net/>

Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/EA1.pdf>

Gomes, P. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação, 6–18. Disponível em <http://eprints.rclis.org/10401/1/GomesBAD204.pdf>

Gonçalves, E. (2002). Serviço de atendimento ao cidadão : modelo organizacional para melhoria na prestação de serviço público. In *VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública* (pp. 8–11). Lisboa. Disponível em <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0043628.pdf>

Governo de Portugal. (2014). *Acordo de Parceria 2014-2020 - Portugal 2020*. Disponível em [https://www.portugal2020.pt/Portal2020/Media/Default/Docs/1.AP\\_Portugal\\_2020\\_28julho.pdf](https://www.portugal2020.pt/Portal2020/Media/Default/Docs/1.AP_Portugal_2020_28julho.pdf)

Grupo Português de Triagem. (2015). Sistema de Triagem de Manchester. Acedido em Agosto 19, 2017, em [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110)

Gusmão, F. (2008). *Análise De Implantação Da Política De Qualificação Da Atenção À Saúde Do Sistema Único De Saúde – Política Qualisus – Em Três Hospitais Do Município Do Recife Recife 2008*. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3889/2/000022.pdf>

Ho, P. Van, Wolf, J. F., Kronenberg, P. S., Meredith, A., Matthew, K., & Dull, M. (2011). *Total quality management approach to the information systems development processes: An empirical study*. Faculty of Virginia Polytechnic Institute and State University.

Hospital Franciscano para Crianças. (2016). Fornecimento de assistência infantil de qualidade: o Hospital Franciscano para crianças. Acedido Julho 29, 2017, em <https://www.minitab.com/pt-br/Case-Studies/Franciscan-Hospital-for-Children/>

INE. (2014). Atendimentos em serviço de urgência (N.º) nos hospitais por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual - INE, Inquérito aos hospitais. Acedido em Outubro 19, 2017, em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0007565&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007565&contexto=bd&selTab=tab2)

INE. (2015). *Conceitos - Saúde*. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

Iseron, K., & Moskop, J. (2007). Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. *Annals of Emergency Medicine*, 49, 275–281. Disponível em [https://ac.els-cdn.com/S0196064406007049/1-s2.0-S0196064406007049-main.pdf?\\_tid=4638327c-b4da-11e7-aaa6-00000aacb35f&acdnat=1508423704\\_9bd565b0beef122f699cf484d039d8bd](https://ac.els-cdn.com/S0196064406007049/1-s2.0-S0196064406007049-main.pdf?_tid=4638327c-b4da-11e7-aaa6-00000aacb35f&acdnat=1508423704_9bd565b0beef122f699cf484d039d8bd)

Jacquemot, A. (2005). *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. (FIOCRUZ, Ed.). Rio de Janeiro. Disponível em [https://books.google.pt/books?id=jhX0AgAAQBAJ&pg=PA113&lpg=PA113&dq=urgência+ou+emergência&source=bl&ots=CKF8bZpDtP&sig=W7pHXXd8ssZnjnc-hYnUfH3PWE&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjM-L\\_rudbVAhXGOxoKHRkvCO44ChDoAQhOMAg#v=onepage&q=urgência ou e](https://books.google.pt/books?id=jhX0AgAAQBAJ&pg=PA113&lpg=PA113&dq=urgência+ou+emergência&source=bl&ots=CKF8bZpDtP&sig=W7pHXXd8ssZnjnc-hYnUfH3PWE&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjM-L_rudbVAhXGOxoKHRkvCO44ChDoAQhOMAg#v=onepage&q=urgência ou e)

Junior, C. (2010, Setembro). Aplicação da Ferramenta da Qualidade (Diagrama de Ishikawa) e do PDCA no Desenvolvimento de Pesquisa para a reutilização dos Resíduos Sólidos de Coco Verde. *INEGPRO - Inovação, Gestão E Produção*, 104–112. Disponível em [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38040857/Diagrama\\_de\\_Ishikawa\\_-\\_PDCA.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1501348661&Signature=JiekjtCTyMwh93tB3%2FP%2BRVaUG6c%3D&response-content-disposition=inline%3B filename%3DResiduos\\_Solidos](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38040857/Diagrama_de_Ishikawa_-_PDCA.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1501348661&Signature=JiekjtCTyMwh93tB3%2FP%2BRVaUG6c%3D&response-content-disposition=inline%3B filename%3DResiduos_Solidos)

Kahtalian, M. (n.d.). Marketing de Serviços. Disponível em <http://saudedireta.com.br/docsupload/1334499081Servicos.pdf>

Lakhe, R. R., & Mohanty, R. P. (1994). Total Quality Management Concepts, Evolution and Acceptability in Developing Economies. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 11(9), 9–33.

Las Casas, A. (2007). *Qualidade Total em Serviços*. (A. S.A, Ed.) (5ª). São Paulo.

Levorato, C. D., Mello, L. M. de, Silva, A. S. da, & Nunes, A. A. (2014). Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1263–1274. <http://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>

Lima, T. M. (2015). The history of health policies in Portugal: a look at recent trends. A história das políticas de saúde em Portugal: um olhar sobre as tendências recentes. *Research and Networks in Health*, 1, 1–12. Disponível em <http://journals.ipleiria.pt/index.php/rnhealth/article/viewFile/61/54>

Lins, B. (1993). Ferramentas básicas da qualidade. *Ciência Da Informação*, 22(2). <http://doi.org/10.18225/ci.inf..v22i2.502>

Löffler, E. (2013). Defining Quality in Public Administration. In *Quality in Public Administration: Basic Concepts and Comparative Perspective* (pp. 1–17). Latvia.

Lourenço, Ó., & Ferreira, P. (2005). Utilization of public health centres in Portugal: effect of time costs and other determinants. Finite mixture models applied to truncated samples. *HEALTH ECONOMICS*, 14, 939–953. <http://doi.org/10.1002/hec.1046>

Machado, N., & Nogueira, L. (2008). Evaluation of Physical Therapy service user satisfaction. *Rev Bras Fisioter*, 12(5), 401–8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n5/a10v12n5.pdf>

Martin, V., & Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. (Monitor, Ed.) (1ª Edição). Routledge.

Mason, S., Mountain, G., Turner, J., Arain, M., Revue, E., & Weber, E. J. (2014). Innovations to reduce demand and crowding in emergency care; a review study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 22, 55. <http://doi.org/10.1186/s13049-014-0055-1>

Ministério da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 -2016*. Disponível em <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/10/Plano-Nacional-de-Saude-2012-2016-DGS.pdf>

Ministério da Saúde. Despacho nº 10319/2014 - Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) - rede serviços de urgência, Diário da República, 2ª série - Nº 153 de 11 de Agosto 20673–20678 (2014). Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Ministério da Saúde. (2015). *Plano Nacional De Saúde Revisão E Extensão A 2020*. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-E>

Monteiro, J. (2012). *Técnicas De Coleta De Dados E Suas Aplicações: Entrevistas, Questionários E Formulários*. Espírito Santo. Disponível em [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj8-\\_\\_w2YzXAhUDtBQKHSIVAgUQFgg0MAI&url=http%3A%2F%2Ffiles.wendelandrade.webnode.com.br%2F200000180-8b8e58c885%2FT%25C3%25A9cnicas%2520de%2520coleta%2520de%2520dados%25](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj8-__w2YzXAhUDtBQKHSIVAgUQFgg0MAI&url=http%3A%2F%2Ffiles.wendelandrade.webnode.com.br%2F200000180-8b8e58c885%2FT%25C3%25A9cnicas%2520de%2520coleta%2520de%2520dados%25)

Moura e Sá, P., Rosa, M. J., & Sarrico, C. (2014). *Qualidade em Ação*. (M. Robalo, Ed.) (1ª). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Moura e Sá, P., & Sintra, O. (2008, Junho). Modernização administrativa e gestão da qualidade: um estudo empírico nos municípios portugueses, 58–79. Disponível em <http://notas-economicas.fe.uc.pt/texts/ne027n0192.pdf>

Nogueira, L. (2014). *Gerenciando pela Qualidade Total na Saúde*. (Falconi, Ed.) (4ª). Minas Gerais.

Nogueira, R. P. (1994). *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. (Qualitymark, Ed.). Rio de Janeiro.

Nolasco, M. (2004). A evolução da qualidade na Administração Pública Portuguesa. In *AL GORE, 3.ª Conferência para a Qualidade das Administrações Públicas da União Europeia* (pp. 34–47). Roterdão. Disponível em <http://apbad.pt/CadernosBAD/Caderno22004/NolascoBAD204.pdf>



Nunes, A. (2017). Análise da produtividade da política de fusão de unidades hospitalares em Portugal integradas no Serviço Nacional de Saúde. *J Bras Econ Saúde*, 9, 93–9. Disponível em

[https://www.researchgate.net/profile/Alexandre\\_Morais\\_Nunes/publication/317913056\\_Productivity\\_analysis\\_of\\_hospital\\_mergers\\_in\\_Portuguese\\_National\\_Health\\_System/links/59517e670f7e9b329234cf7b/Productivity-analysis-of-hospital-mergers-in-Portuguese-Nationa](https://www.researchgate.net/profile/Alexandre_Morais_Nunes/publication/317913056_Productivity_analysis_of_hospital_mergers_in_Portuguese_National_Health_System/links/59517e670f7e9b329234cf7b/Productivity-analysis-of-hospital-mergers-in-Portuguese-Nationa)

Nunes, A. (2016). *Reformas Na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Disponível em [https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/12070/1/Tese na Integra\\_ Alexandre Nunes\\_ ISCSP 2016.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/12070/1/Tese%20na%20Integra%20Alexandre%20Nunes%20ISCSP%202016.pdf)

Oakland, J. S. (1994). *Gerenciamento da qualidade total*. (Editora Nobel, Ed.).

Oche, M., & Adamu, H. (2013). Determinants of patient waiting time in the general outpatient department of a tertiary health institution in north Western Nigeria. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 3(4), 588–92. <http://doi.org/10.4103/2141-9248.122123>

Oliveira, A. (2006, Maio). Urgência Básica. *Acta Médica Portuguesa*, 269–274. Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/970/643>

OMS. (2016). Constitution of WHO: principles. Acedido em Julho 22, 2017, em <http://www.who.int/about/mission/en/>

Pakdil, F., & Harwood, T. N. (2005). Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: an analysis using SERVQUAL dimensions. *Total Quality Management & Business Excellence*, 16(1), 15–30. <http://doi.org/10.1080/1478336042000255622>

Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (2006, Fevereiro). Um modelo conceitual de qualidade de serviço e suas implicações para a pesquisa no futuro. *Revista de Administração de Empresas*, vol.46,n.4. Disponível em <http://www.fgv.br/rae/artigos/revista-rae-vol-46-num-4-ano-2006-nid-44794/>

Pekar, J. P. (1995). *Total Quality Management: guiding principles for Application*. Philadelphia: Race Street.

Pena, M., Silva, E., Tronchin, R., & Melleiro, M. (2013, Junho). O emprego do modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry em serviços de saúde. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo*, 1235–1240. <http://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500030>

Penchansky, R., & Thomas, W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19, 127–140. Disponível em <http://www.jstor.org/stable/3764310>

Petenate, M. (2013). Gráfico de Tendência: o que é e como preparar um gráfico de tendência. Acedido Julho 29, 2017, em <http://www.escolaedti.com.br/como-fazer-um-grafico-de-tendencia/>

Pinto, C. (2015). Diagrama De Pareto | Qualidade. Acedido Julho 29, 2017, em <https://qualescap.wordpress.com/2014/11/19/diagrama-de-pareto/>

PORDATA. (2017). Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil - Portugal. Acedido em Agosto 26, 2017, em <https://www.pordata.pt/Portugal/taxa-bruta-de-mortalidade-e-taxa-de-mortalidade-infantil-528>

Portal do Clima. (2017). Temperatura e Pluviosidade em Portugal. Acedido Outubro 29, 2017, em <http://portaldoclima.pt/pt/>

Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. DL n.º 113/2011, de 29 de Novembro (2011). Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=2035&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2035&tabela=leis)

Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. DL n.º 133/2013, de 03 de Outubro, Diário da República (2013). Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1992&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1992&tabela=leis)

Ribeiro, J., Barreto, A., Varanda, J., Penedo, J., Caiado, J., Nunes, J., ... Carvalho dos Santos, T. (2011). *Os cidadãos no centro do Sistema - Os profissionais no centro da mudança*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relatório-final-do-Grupo-Técnico-para-a-Reforma-Hospitalar.pdf>

Robertson-Steel, I. (2006). Evolution of triage systems. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 23(2), 154–5. <http://doi.org/10.1136/emj.2005.030270>

Romani, H., Sperandio, J., Sperandio, J., Diniz, M., & Inácio, M. (2009). Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. *Revista Bioética*, 17(1). Disponível em <http://www.redalyc.org/html/3615/361533248005/>

Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., & Barbosa, P. (2015). *O futuro da Saúde Português*. Disponível em <http://www.observatorio.pt/download.php?id=86>

Sales, M. (2013). *Diagrama de Pareto*. Disponível em [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44144377/Diagramde\\_pareto.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1501346211&Signature=g79HJXa3qmsmbQFmLWFxBOGDNPo%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DDiagrama\\_de\\_Pareto.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44144377/Diagramde_pareto.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1501346211&Signature=g79HJXa3qmsmbQFmLWFxBOGDNPo%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DDiagrama_de_Pareto.pdf)

Sanders, N., & Reid, R. D. (2012). *Operations Management* (5ª). Wiley.

Santinha, G. (2014). *Serviços de Interesse Geral e Coesão Territorial: o caso da Saúde*. Universidade de Aveiro.

Santinha, G. (2016). Governance for health: Is the cultural 'lone ranger' behaviour still prevailing? Perspectives from policy-makers in Portugal. *Public Policy and Administration*, 31(2), 147–168. <http://doi.org/10.1177/0952076715595134>

Santinha, G. (2016). Policy integration: placing the spatial dimension in the health agenda. Evidence from Portugal. *Space and Polity*, 20(2), 158–176. <http://doi.org/10.1080/13562576.2015.1132543>

Siciliani, L., Moran, V., & Borowitz, M. (2013). Waiting times for health care: A conceptual framework (pp. 19–32). <http://doi.org/10.1787/9789264179080-4-en>

Silva, F. (2016). *A Regulação dos Contratos Públicos - Modelo para uma Autoridade Reguladora*. (Edições Almedina, Ed.) (1ª). Coimbra. Disponível em [https://books.google.pt/books?id=jGIwDQAAQBAJ&pg=PT51&lpg=PT51&dq=administração+direta+e+indireta+portugal&source=bl&ots=si14hJUHIO&sig=msXrvbIOyaLbku\\_SFkyvml0MD1U&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjdvbyrvY7WAhUEbxQKHVXoAU4ChDoAQhWMAg#v=onepage&q=admini](https://books.google.pt/books?id=jGIwDQAAQBAJ&pg=PT51&lpg=PT51&dq=administração+direta+e+indireta+portugal&source=bl&ots=si14hJUHIO&sig=msXrvbIOyaLbku_SFkyvml0MD1U&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjdvbyrvY7WAhUEbxQKHVXoAU4ChDoAQhWMAg#v=onepage&q=admini)

Silva, M. (2017). *Comparação de Modelos de Previsão da Chegada de Utentes ao Serviço de Urgência*. Universidade do Minho. Disponível em [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/46536/1/Dissertação\\_Miguel\\_Silva\\_PG29018.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/46536/1/Dissertação_Miguel_Silva_PG29018.pdf)

Silva, L., Matsuda, M., Angélica, M., & Waidman, P. (2012). A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade 1. *Abr-Jun*, 21(2), 320–8.

Silva, N., & Sarmiento, M. (2006, Abril). A Qualidade na Administração Pública -Uma necessidade urgente nos serviços públicos. *Revista Militar N.º 2451*, 373–0.

Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde*. (L. Almedina, Ed.) (1ª).

Sousa, J., Sardinha, A., Sanchez, J., Correia Sousa Ana Macedo Sardinha Sanchez, J., Melo, M., & Ribas, M. (2000). Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. *Medicina Geral*, 2, 63–74. Disponível em <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2001-t/e-06-2001.pdf>

Souza, T., Vieira, M., Costa, F., & Lima, C. (2016, Junho). Fatores associados à frequência de polipatologia entre idosos atendidos em um centro de referência de Montes Claros -Minas Gerais. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 661–669. <http://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150139>

Teixeira, I., Teixeira, R., & Sousa, R. (n.d.). Qualidade dos serviços: um diferencial competitivo. Brasil. Disponível em [https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos06/315\\_Qualidade em Servicos.pdf](https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos06/315_Qualidade em Servicos.pdf)

Thompson, D. A., Yarnold, P. R., Adams, S. L., & Spacone, A. B. (1996). How Accurate Are Waiting Time Perceptions of Patients in the Emergency Department? *Annals of Emergency Medicine*, 28(6), 652–656. [http://doi.org/10.1016/S0196-0644\(96\)70089-6](http://doi.org/10.1016/S0196-0644(96)70089-6)

Travassos, C., & Martins, M. (2004). *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. *Cadernos de Saúde Pública* (Vol. 20). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&tlng=pt)

Túlio, B. F. (2003). O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz -MG. In *O Trabalho em Saúde* (pp. 1–30). São Paulo. Disponível em [http://www.uff.br/pgs2/textos/Fluxograma\\_descritor\\_e\\_Projetos\\_Terapeuticos\\_-\\_Prof\\_Dr\\_Tulio\\_Franco.pdf](http://www.uff.br/pgs2/textos/Fluxograma_descritor_e_Projetos_Terapeuticos_-_Prof_Dr_Tulio_Franco.pdf)

Universidade Federal de Santa Catarina. (n.d.). Curso de Especialização - Linhas de Cuidado em Enfermagem. Acedido Agosto 19, 2017, em [https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/10197/mod\\_resource/content/2/un03/top02p01.html](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/10197/mod_resource/content/2/un03/top02p01.html)

Vergueiro, W. (2002). *Qualidade em serviços de informação*. (Editora Arte & Ciência, Ed.) (1ª). São Paulo.

Wikidot. (n.d.). Tomada de Decisão e Ferramentas - Qualidade. Acedido Julho 29, 2017, em <http://qualidade.wikidot.com/tomada-de-decisao-e-ferramentas>

Yong, J., & Wilkinson, A. (2002). The long and winding road: The evolution of quality management. *Total Quality Management*, 13(1), 101–121. <http://doi.org/10.1080/09544120120098591>

Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Berry, L. (2009). *Delivering quality service - balancing customer perceptions and expectations*. (Free Press, Ed.) (1ª). New York.

Zucchi, P., Nero, C. Del, & Malik, A. M. (2000). Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde E Sociedade*, 127–150. Disponível em [http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/malik\\_-\\_gastos\\_em\\_saude\\_os\\_fatores\\_que\\_agem\\_na\\_demanda\\_e\\_na\\_oferta\\_dosservicos\\_de\\_saude\\_0.pdf](http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/malik_-_gastos_em_saude_os_fatores_que_agem_na_demanda_e_na_oferta_dosservicos_de_saude_0.pdf)