



Universidades Lusíada

Ladeiro, Gonçalo Oliveira Silvestre

A eficácia dos sistema de triagem nos Serviços de Urgência

<http://hdl.handle.net/11067/6868>

Metadata

Issue Date 2022

Abstract A triagem é o primeiro contacto entre o utente e o Serviço de Urgência (SU), sendo desta forma um processo crucial no que toca à gestão. Esta deve ser realizada da forma mais eficaz possível, de maneira a conseguirmos gerir melhor os recursos disponíveis, dando prioridade àqueles que mais necessitam. Cada vez mais, o número de utentes ultrapassa a capacidade de resposta disponível, seja pelas infraestruturas, recursos humanos e/ou recursos materiais. Estes recursos são dispostos a partir da tri...

Triage is the first contact between the user and the Emergency Department, thus being a crucial process in terms of management. This must be carried out as efficiently as possible, so that we can better manage the available resources, giving priority to those who need it the most. Increasingly, the number of users exceeds the available response capacity, whether due to infrastructure, human resources and/or material resources. These resources are arranged through triage, and it is through them ...

Keywords Gestão, Serviços médicos de urgência - Triagem, Serviços médicos de urgência - Eficácia

Type masterThesis

Peer Reviewed No

Collections [ULP-FCEE] Dissertações

This page was automatically generated in 2023-03-31T19:29:05Z with information provided by the Repository



Universidade Lusíada
Porto

A eficácia do Sistema de Triagem nos Serviços de Urgência.

Dissertação de Mestrado em Gestão

Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa

Universidade Lusíada

PORTO, 2022

Gonçalo Oliveira Silvestre Ladeiro



FACULDADE DE CIÊNCIAS
DA ECONOMIA E DA EMPRESA
Universidade Lusíada



UNIVERSIDADE LUSÍADA DO PORTO

A Eficácia do Sistema de Triagem nos Serviços de Urgência

Gonçalo Oliveira Silvestre Ladeiro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão

Porto - 2022



Gonçalo Oliveira Silvestre Ladeiro

A Eficácia do Sistema de Triagem nos Serviços de Urgência

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão

Sob orientação da Professora Doutora Maria Nascimento Cunha

Porto - 2022

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Nascimento Cunha, pela amizade, compreensão, rigor e sinceridade, fazendo sempre questão de me incentivar nos momentos mais difíceis. Obrigado por nunca duvidar das minhas capacidades e acreditar sempre em mim.

À Professora Doutora Elizabeth Real, que esteve sempre presente em toda a minha caminhada académica, auxiliando-me da melhor maneira possível.

A todos os profissionais de saúde que se disponibilizaram para me ajudar nesta dissertação. Obrigado pelo vosso tempo, entrega e dedicação. Obrigado por nunca desistirem da vossa missão.

A todos os médicos internos do ano comum, desejo-vos a melhor das sortes. Faço votos para que tenham muito sucesso e que consigam alcançar todos os vossos objetivos.

Aos utentes, obrigado pela disponibilidade e sinceridade em todos os momentos.

Ao João Pedro Morgado, meu grande amigo de infância, por me ouvir e fazer sempre companhia em muitas manhãs de trabalho. Obrigado pela tua amizade.

À Francisca Vilão, por me proporcionar o contacto com a maioria dos profissionais de saúde presentes nesta dissertação e por ser uma pessoa extremamente especial para mim. Obrigado por todo o apoio, companheirismo e por acreditares sempre em mim.

Aos meus pais, por tudo. Não existem palavras que consigam descrever o amor que sinto por vocês. Obrigado por todos os sacrifícios que fizeram por mim, para que nunca nada me faltasse. Obrigado pelo vosso amor e dedicação. Tudo o que sou hoje é graças a vocês. Esta dissertação não é só minha, é nossa! Espero deixar-vos orgulhosos. São os melhores pais do mundo!

À minha irmã, por quem sinto um amor enorme. Obrigado por me ouvires e dedicares o pouco tempo que tens para me auxiliar-sempre que necessitei. Obrigado pelas melhores memórias da minha vida. Obrigado por todas as gargalhadas. Obrigado por estares sempre presente em toda esta caminhada, que é a vida. Obrigado por seres um exemplo para mim. Amo-te para sempre! “Ter uma irmã, é ter uma infância lembrada com segurança noutra coração”.

Ao Lourenço. Sou o tio e padrinho mais orgulhoso do mundo. Nasceste e tornaste a minha vida, ainda, mais bonita. Obrigado, meu pequenino, pelos abraços, pelos beijos, pelos apertos de mão, pelas brincadeiras e pelas gargalhadas infinitas. Contigo, a diversão não tem fim. Neste momento tens 1 ano, por isso, espero que um dia, quando tiveres capacidade para perceber as palavras, saibas o quão importante és e serás sempre para mim. Por mais difícil que a vida se torne, por maiores que sejam os obstáculos, nós nunca desistimos, porque o céu é o limite e o “titi” estará sempre do teu lado, aconteça o que acontecer!

Ao meu avô Quim e ao Titi. Obrigado por toda a força que sinto quando penso em vocês. Obrigado por terem sido, e continuarem a ser, tão importantes na minha vida. Estarão sempre presentes na minha memória. Este trabalho é Nosso. Um enorme beijo e abraço, com muita saudade!

*"The most important thing is to try and inspire people
so that they can be great at whatever they want to do." – Kobe Bryant.*

Índice

Agradecimentos	I
Índice de gráficos.....	V
Índice de figuras	VI
Resumo	VII
Summary.....	VIII
Palavras-chave	IX
Abreviaturas.....	X
Introdução	1
1. Serviço de Urgência	2
2. Métodos de triagem.....	3
3. As primeiras descrições de uma metodologia de triagem	5
3.1 Tipos de Sistemas de Triagem	7
3.1.1 Sistemas de triagem pré-hospitalar.....	7
3.1.1.1 Triagem de incidentes (<i>Multicasuality</i>)	8
3.1.1.2 Triagem militar (<i>Battlefield</i>)	8
3.1.1.3 Triagem em situações de catástrofe (<i>Mass Casuality</i>).....	9
3.1.1.4 Triagem clínica telefónica.....	10
4. Sistemas informáticos e as suas vantagens	12
5. O Sistema de Triagem de Manchester.....	13
6. Metodologia	19
7. Modelo Conceptual	23
8. Discussão dos resultados	24
9. Conclusão da discussão dos resultados	53
Conclusão	63
Referências Bibliográficas.....	67
Anexos	74
Entrevistas dos profissionais de saúde.....	74
Entrevistas dos utentes	128

Índice de gráficos

Gráfico 1: Triagem realizada por enfermeiros. (P.Saúde).....	25
Gráfico 2: Eficácia na realização da triagem. (Utente)	25
Gráfico 3: Benefício de obtenção de um médico na triagem. (P.Saúde).....	27
Gráfico 4: Benefícios da Triagem nos SU. (P.Saúde)	28
Gráfico 5: Sistema informático utilizado. (P.Saúde).....	30
Gráfico 6: Realização testes sinais vitais na triagem. (P.Saúde).....	32
Gráfico 7: Faltas prioritárias nos SU. (P.Saúde)	34
Gráfico 8: Faltas prioritárias nos SU. (Utente).....	35
Gráfico 9: Falhas existentes nos SU do ponto de vista da gestão dos utentes. (P.Saúde)	36
Gráfico 10: Secções de triagem divididas entre utentes críticos e não críticos. (P.Saúde)	38
Gráfico 11: Secções de triagem divididas entre utentes críticos e não críticos. (Utente)	39
Gráfico 12: Conhecimento de outros sistemas de triagem. (P.Saúde).....	40
Gráfico 13: Problema gestão utentes com troca de médico. (P.Saúde).....	41
Gráfico 14: Observação caso clínico. (Utente).....	42
Gráfico 15: Eficiência Sistema Triagem Manchester. (P.Saúde)	43
Gráfico 16: Teleconsulta – Prática para manter no futuro. (P.Saúde).....	44
Gráfico 17: Continuação da teleconsulta. (Utente)	44
Gráfico 18: Triagem – enfermeiros/médicos. (Utente)	45
Gráfico 19: Procura de cuidados de saúde. (Utente)	46
Gráfico 20: Tempos de espera. (Utente).....	47
Gráfico 21: Abandono por falta de observação nos SU. (Utente).....	48
Gráfico 22: Seriedade referente à sua condição de saúde. (Utente)	49
Gráfico 23: Exames – Espera de resultados. (Utente).....	50
Gráfico 24: Conhecimento do sistema de triagem. (Utente)	51
Gráfico 25: Desorganização no SU. (Utente).....	52
Gráfico 26: Receio de deslocamento aos SU durante pandemia, alternativas utilizadas. (Utente).....	53

Índice de figuras

Figura 1: Modelo Conceptual.....	23
---	----

Resumo

A triagem é o primeiro contacto entre o utente e o Serviço de Urgência (SU), sendo desta forma um processo crucial no que toca à gestão. Esta deve ser realizada da forma mais eficaz possível, de maneira a conseguirmos gerir melhor os recursos disponíveis, dando prioridade àqueles que mais necessitam.

Cada vez mais, o número de utentes ultrapassa a capacidade de resposta disponível, seja pelas infraestruturas, recursos humanos e/ou recursos materiais. Estes recursos são dispostos a partir da triagem, sendo através deles que se implementam estratégias de gestão de maneira a minimizar o risco dos que necessitam de cuidados.

Esta dissertação tem como base a descoberta da eficácia dos sistemas de triagem nos Serviços de Urgência, principalmente do Sistema de Triagem de Manchester, que é atualmente o Sistema de Triagem em vigor na maioria da Europa, incluindo Portugal. São realizados estudos de comparação com outros Sistemas de Triagem de maneira a verificar o seu valor, eficácia e segurança.

Como tal, obtive como base de investigação a análise qualitativa, através da realização de entrevistas a profissionais de saúde que exercem a sua atividade em Portugal Continental e Insular. O objetivo é comparar os vários depoimentos dos profissionais de saúde e perceber até que ponto as suas conclusões corroboram com o que os autores presentes na revisão de literatura referem, de forma a perceber se esse estudo contribui para a validação do sistema de triagem implementado nos hospitais nacionais.

Concluiu-se que o Sistema de Triagem é válido e útil, sendo, no entanto, necessário realizar algumas atualizações ao longo do tempo na gestão do serviço, de maneira a aumentar a sua eficácia e concordância.

Summary

Triage is the first contact between the user and the Emergency Department, thus being a crucial process in terms of management. This must be carried out as efficiently as possible, so that we can better manage the available resources, giving priority to those who need it the most.

Increasingly, the number of users exceeds the available response capacity, whether due to infrastructure, human resources and/or material resources. These resources are arranged through triage, and it is through them that management strategies are implemented to minimize the risk of those who need care.

This dissertation is based on the analysis of the effectiveness of triage systems in emergency services, mainly the Manchester Triage System, which is currently the Triage System in force in most of Europe, including Portugal. Comparison studies with other screening systems are carried out in order to verify their value, efficacy and safety.

As such, it obtained qualitative analysis as a basis for research, through interviews with health professionals who work in Mainland and Insular Portugal. The objective is to compare the various testimonies of health professionals and to understand what extent their conclusions corroborate what the authors present in the literature review to understand if this study contributes to the validation of the triage system implemented in the nationals' hospitals.

It was concluded that the Triage System is valid and useful, however, it's necessary to carry out some updates over time in the management of the service to increase its effectiveness and agreement.

Palavras-chave: Gestão; Triagem; Serviços médicos de Urgência; eficácia; priorização.

Abreviaturas

- Sistema Triagem de Manchester/*Manchester triage system* – STM
- Sistema Triagem Canadiano/*Canadian triage Acuity Scale* – CTAS
- Sistema Triagem Canadiano Ala Pediátrica/*Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale* – PaedCTAS
- *Emergency Severity Index* – ESI
- *Enterprise Resource Planning* – ERP
- Escala Triagem Australasiana – ATS
- Serviços de Urgência – SU
- Centro de Terapia Intensiva – CTI
- Eletrocardiograma – ECG
- Serviço Nacional de Saúde – SNS

Introdução

A gestão realizada através dos Sistemas de Triagem é algo que suscita questões diversas, tanto aos profissionais de saúde como aos utentes. É, por isso mesmo, um tema cada vez mais pertinente.

Os Serviços de Urgência em Portugal prestam cuidados a milhões de indivíduos por ano. As constantes alterações no atendimento são inúmeras e dependem da natureza de cuidados. A mudança é, portanto, uma constante no campo da medicina e estas mudanças são cada vez mais rápidas e complexas (McBrien, 2009).

A triagem nos Serviços de Urgência é o ponto de início do processo de prestação de cuidados de saúde (Goransson et al., 2005), devendo ser um processo metódico e exigente realizado por profissionais preparados para tal.

O Sistema de Triagem é um processo a utilizar com todos os utentes que se apresentam no Serviço de Urgência de modo a determinar a gravidade do quadro clínico. O objetivo primário da triagem é, por isso mesmo, dispor o utente no local correto, de modo a mais facilmente receber o nível adequado de cuidados necessários, facilitando a afetação dos recursos adequados à satisfação das necessidades do utente em termos médicos.

Em Portugal, o sistema mais utilizado é o Sistema Triagem de Manchester. Este método consiste na identificação da real situação do utente, seguindo um fluxograma de decisões à medida que se vão realizando questões diversas. A utilização deste sistema classifica o utente numa escala de 5 categorias identificadas através de um número, nome, cor e tempo previsível para se dar a observação médica inicial (Silva, 2009).

1. Serviço de Urgência

O Serviço de Urgência é, muitas das vezes, a linha da frente no que diz respeito ao contato do utente com o serviço de saúde, verificando-se uma afluência crescente e um aumento das exigências de qualidade a par da necessidade da redução de custos. A implementação de estratégias em prol da sustentabilidade do sistema não se pode focar apenas na contenção de custos *per si*. Qualquer intervenção neste campo tem sempre de ter em consideração a implementação física dos Serviços de Urgência, acessibilidade, capacidade de resposta em situações críticas e condições de trabalho, pilares que vão determinar o nível de cuidados lá prestados e conseqüente procura. Neste ambiente caótico, é fundamental uma boa liderança, em que o líder não se limita a ser exemplo de caráter, respeito e justiça, mas é também um gestor e um comunicador, que cria condições a uma aprendizagem adaptativa e expansiva, que possa contribuir para a melhoria da prestação de cuidados. Conforme se pode verificar, os Serviços de Urgência são, por si só, cenários complexos onde várias doenças e processos se entrelaçam (Yu et al., 2020). Desta maneira, é importante reiterar que os SU são espaços onde se requer muito controlo para obter um serviço com eficiência e eficácia. Obviamente não é difícil de perceber que estes locais são um ambiente de difícil gestão, em muito devido à sobrelotação nos mesmos (Leong Shian Peng et al., 2021).

O tempo de permanência e o excesso de utentes neste tipo de serviços é o principal fator de sobrelotação o que acaba por reduzir a satisfação do utente e a boa atuação dos profissionais de saúde (Leong Shian Peng et al., 2021).

A realidade é que a população mundial é uma população envelhecida. Assim sendo, o número de utentes e a gravidade das queixas dos mesmos, vai aumentando, o que faz com que estes recorram aos SU com superior frequência (Yu et al., 2020), mesmo que o seu estado de saúde não o justifique.

2. Métodos de triagem

Quando as necessidades de cuidados médicos superam expressivamente os recursos disponíveis, as decisões devem ser tomadas tendo em conta a forma como esses recursos irão ser distribuídos, reconhecendo-se que nem todas as necessidades serão satisfeitas imediatamente. Vários termos, incluindo "triagem", "acionamento" e "repartição", são utilizados geralmente para fazer referência à distribuição de recursos médicos a utentes em diferentes contextos de cuidados de saúde, sendo a “triagem” o mais utilizado (Iserson & Moskop, 2007).

O termo “triagem” deriva da palavra francesa *trier* e significa “separar”. Foi originalmente usada para descrever a separação de produtos agrícolas, estando associada à indústria da madeira no século XVIII (Beveridge, 2000 como referido Silva, 2009) e à separação de grãos de café no século XIX (Barnes, 1997 como referido Silva, 2009). Atualmente a triagem é usada quase exclusivamente em contextos específicos de saúde, consistindo na separação de pessoas, não em função do diagnóstico, mas sim, do prognóstico (Silva, 2009).

A prática da triagem ligada à saúde surgiu das imposições da guerra, e permanece intimamente associada à medicina militar. Os sistemas mais antigos documentados remontam ao século XVIII e foram projetados para distribuir os cuidados de saúde entre os soldados feridos durante as guerras. Os exércitos fizeram poucos esforços para prestar assistência médica aos seus soldados e os cuidados prestados eram ineficazes. Os soldados feridos geralmente dependiam dos seus companheiros e a maioria morreu das feridas de guerra que não eram devidamente tratadas (Iserson & Moskop, 2007). A partir do século XVIII, os cirurgiões militares desenvolveram e implementaram as regras da triagem nos campos de batalha, sendo que o primeiro sistema formal de triagem de batalha foi atribuído ao barão e cirurgião militar francês Dominique-Jean Larrey, cirurgião-chefe da guarda imperial de Napoleão Bonaparte. Larrey reconheceu a necessidade de avaliar e categorizar prontamente os soldados feridos durante a batalha (Albino, Grosseman e Riegenbach, 2007). O seu sistema consistia em tratar e evacuar aqueles que exigiam cuidados médicos mais urgentes, em vez de esperar horas ou dias pelo término da batalha, como acontecera em batalhas anteriores. Partindo deste pressuposto, Larrey acabou por realizar centenas de amputações nos campos de batalha, enquanto a mesma estava no seu apogeu. Sempre com uma ideologia bem definida, durante esse tempo projetou um moderno método de cirurgia militar, criou hospitais de campanha e um sistema de ambulâncias do exército a que chamou

"ambulâncias voadoras", que serviam para transportar rapidamente os feridos. Nestas batalhas o tratamento dos feridos era feito tendo em conta a sua classe de oficial, sendo que era dada prioridade aos oficiais mais graduados e seguidamente as classes inferiores. Os prisioneiros dos inimigos eram frequentemente sacrificados tendo em conta este paradigma (Iserson & Moskop, 2007). Na invasão francesa da Rússia em 1812, também conhecida como a guerra patriótica de 1812, Larrey adotou uma nova metodologia de intervenção e proferiu uma regra clara para classificar os utentes que necessitavam de cuidados. Larrey sabia que os soldados com lesões críticas tinham mais hipóteses de sobrevivência se fossem operados na primeira hora após a ocorrência do trauma. Aqueles com ferimentos leves tinham de esperar, enquanto os feridos com maior gravidade eram logo tratados. Os soldados que tinham menores hipóteses de sobrevivência eram colocados de lado, muitas vezes com álcool para confortá-los. Em 1846 um cirurgião naval britânico chamado John Wilson também deu uma grande contribuição para a triagem militar, argumentando que para tornar mais eficaz o esforço dos cirurgiões em contexto de batalha, estes deviam centrar-se nos utentes que necessitavam de tratamento imediato, uma vez que é suscetível de ser bem-sucedido, adiando o tratamento àqueles cujas feridas eram menos graves. Com o início da guerra civil em 1861, os serviços médicos continuavam a ser escassos e desorganizados, e não existia qualquer método homogêneo de triagem (Iserson & Moskop, 2007). O princípio era o *"first come, first served"*. Após um primeiro ano desastroso, a mortalidade diminuiu consideravelmente quando Jonathan Letterman, diretor médico do exército de Potomac, implementou uma combinação de procedimentos de triagem com cuidados médicos de primeira linha e ambulâncias (Iserson & Moskop, 2007). Os protocolos de triagem foram sendo melhorados pelos cirurgiões militares ao longo dos tempos, com o objetivo de aperfeiçoar a assistência aos feridos no campo de batalha, tendo sido durante a primeira guerra mundial que surgiu oficialmente a utilização do termo "triagem" pela primeira vez (Iserson & Moskop, 2007).

O conceito de triagem surgiu assim associado a cenários com múltiplas vítimas, em que existiam situações de exceção caracterizadas pela desigualdade entre as necessidades de cuidados de saúde e a resposta dos serviços. Com o desencadear da primeira guerra mundial, a triagem passou a ser feita através da aplicação dos melhores recursos para obter os melhores resultados. Após a segunda guerra mundial, a triagem passou a ser usada para identificar os combatentes que após uma intervenção médica tinham maior probabilidade de voltar para o campo de batalha (Iserson & Moskop, 2007). A triagem aperfeiçoou-se com o

passar dos anos, mas constantemente associada às guerras ou às grandes catástrofes, nunca sendo aplicada à população civil até à década de 60 (Iserson & Moskop, 2007).

3. As primeiras descrições de uma metodologia de triagem

A primeira descrição sistemática de uma metodologia de triagem hospitalar surge em 1964, em Baltimore (Silva, 2009).

Decorrido o ano de 1977, desenvolveu-se na Australásia a pedra basilar dos Sistemas de Triagem, intitulado: *Box Hill Triage Scale*. Este sistema elucidava as prioridades como: Imediato, Urgente, Rápido, Não Urgente e Rotineiro (Pink, 1977; Silva, 2009). Mais tarde, este Sistema de Triagem, passou de leitura de prioridades, para leituras de prioridade e tempo, ou seja, cada prioridade corresponderia a um certo tempo de espera, e esta foi denominada de *Ipswich Triage Scale* (Fitzgerald, 2010; Silva, 2009). A ideia era estabelecer uma ligação entre a prioridade atribuída no *Ipswich Scale* e a carga de trabalho no Serviço de Urgência (Silva, 2009).

Na América do Norte, em 1999, dois Sistemas de Triagem ganharam notoriedade, o *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS – Canadá) e o *Emergency Severity Index* (ESI – EUA) (Silva, 2009).

O CTAS baseia-se numa lista de utentes que apresentam queixas com modificadores de primeira e segunda ordem para condições específicas. O seu principal objetivo operacional determina o tempo para a avaliação inicial do utente por um médico. O atendimento médico deve ser realizado imediatamente para o nível um, em quinze minutos para o nível dois, em trinta minutos para o nível três, em sessenta minutos para o nível quatro e em cento e vinte minutos para o nível cinco (Aeimchanbanjong et al., 2017).

O ESI foi desenvolvido com cinco níveis. Os utentes que necessitam de intervenções imediatas e que devem ser atendidos mal chegam aos SU estão no nível um. No nível dois estão os utentes em condições de alto risco, que estão confusos, letárgicos, desorientados, com dor intensa, angústia e sinais vitais altamente anormais. Estes devem ser analisados dentro de dez minutos. O nível três é para utentes que necessitam de dois ou mais recursos, ou seja, que podem ser diagnósticos em termos de investigações laboratoriais ou eletrocardiograma. O nível quatro é para utentes que se espera que necessitem de um recurso e nível cinco se nenhum recurso for necessário (Aeimchanbanjong et al., 2017). Este sistema possui uma escala de zero a dez pontos, com distinção de dois níveis, baseada na existência,

ou não, de risco de vida. (Silva, 2009). Um fluxograma específico para crianças com febre foi adicionado também na ESI (Aeimchanbanjong et al., 2017).

No que diz respeito aos Sistemas de Triage mais difundidos a nível mundial, parece importante mencionar também o *Australasian Triage Scale* (ATS) e o *Manchester Triage System* (STM).

O ATS ou *Australasian Triage Scale* pode ser dividido em decisões de triagem primária e secundária. As decisões de triagem primária baseiam-se na avaliação da triagem, atribuição de uma categoria de triagem e utente sobre o início das intervenções de enfermagem para atendimento de emergência e promoção do conforto do utente. Os cuidados médicos devem ser realizados imediatamente para o nível um, dentro de dez minutos para o nível dois, dentro de trinta minutos para o nível três, dentro de sessenta minutos para o nível quatro e dentro de cento e vinte minutos para o nível cinco (ACEM, 1994; Aeimchanbanjong et al., 2017)

Na expectativa de melhorar o funcionamento dos SU em Portugal, foi implementado pelo Serviço Nacional Saúde (SNS), o Sistema Triage de Manchester.

Este é um método de triagem composto por cinco níveis no Serviço de Urgência que tem sido continuamente desenvolvido ao longo dos anos no Reino Unido e adotado por vários países (Mirhaghi et al., 2017). O STM baseia-se na abordagem de um algoritmo em que as queixas do utente são comparadas com um dos cinquenta e dois diagramas de fluxo, bem como com os principais discriminadores para cada um desses diagramas (Mirhaghi et al., 2017). Com base nos fluxogramas, são considerados discriminadores gerais, como condições de risco de vida e nível de consciência. Em seguida, o discriminador selecionado identifica um nível de urgência. Os cuidados médicos devem ser prestados imediatamente para o nível um, dentro de dez minutos para o nível dois, dentro de sessenta minutos para o nível três, dentro de cento e vinte minutos para o nível quatro e dentro de duzentos e quarenta minutos para o nível cinco (Silva, 2009). O STM estabelece, portanto, cinco categorias ou prioridades clínicas, atribuídas durante a Classificação de Risco, instituindo uma cor a cada uma delas: vermelha (emergente), laranja (muito urgente), amarela (urgente), verde (pouco urgente) e azul (não urgente). Cada uma destas categorias representa um grau de gravidade com um respetivo tempo de espera para o primeiro atendimento médico (Mackway-Jones et al., 2006).

Dentre os diversos sistemas de Classificação de Risco reconhecidos mundialmente, o Sistema de Triage de Manchester tem demonstrado uma grande difusão nomeadamente a nível europeu.

De acordo com o autor Freitas (2002) e Freitas et al. (2009), o STM tem como objetivo único priorizar os utentes consoante a gravidade clínica com que se apresentam. O objetivo é fazer a triagem de prioridades, isto é, identificar critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada, facilitando a gestão clínica das pessoas, mas também do serviço, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo recomendado até à observação médica (Mackway-Jones et al., 2006).

O STM é uma poderosa ferramenta promotora da equidade de acesso das pessoas aos Serviços de Urgência do SNS, consistindo num instrumento de gestão de prioridades, que permite identificar a prioridade clínica e o tempo alvo recomendado até à primeira observação médica, quer em situações de funcionamento normal do SU, quer em situações de catástrofe (Silva, 2009).

3.1 Tipos de Sistemas de Triagem

A triagem pode basear-se em diversos pressupostos, no entanto, valoriza a informação demográfica, os dados anatómicos, os mecanismos de lesão, os parâmetros fisiológicos e o juízo clínico. As características desejáveis de um sistema ideal para valorizar os pressupostos descritos anteriormente são: rapidez na execução, facilidade na compreensão e implementação, ser reproduzível, ser dinâmica (evoluir com o tempo e conceitos) e em caso de situações de catástrofe, ser capaz de prever resultados finais (*Advanced Life Support Group*, 1995 como referido Silva, 2009). Com o desenrolar dos anos a triagem foi-se modernizando, mas nunca descuroou a sua base de intervenção que é a seleção das pessoas para tratamento em situações de escassez de recursos, tendo em conta a sua situação clínica. Atualmente os Sistemas de Triagem mais comuns são a triagem pré-hospitalar e a triagem hospitalar, sendo que a principal característica que as diferencia é o ambiente em que são aplicadas.

3.1.1 Sistemas de triagem pré-hospitalar

Os Sistemas de Triagem pré-hospitalares abrangem todos aqueles em que a triagem de vítimas seja realizada em ambiente exterior ao hospital, sendo que os mais conhecidos são a triagem de incidentes (*multicasualty*), a triagem militar (*battlefield*) e a triagem em situações de catástrofe (*mass casualty*) (Iserson & Moskop, 2007). Mais recentemente surgiu a Triagem Clínica Telefónica.

3.1.1.1 Triagem de incidentes (*Multicasuality*)

A triagem de incidentes destina-se a responder a incidentes que criam múltiplas vítimas, como por exemplo, acidentes ferroviários. Nas situações em que existem várias vítimas é necessário que os profissionais da urgência pré-hospitalar identifiquem as mais prioritárias para se proceder ao seu transporte e tratamento imediato. Poderá ser necessário chamar pessoal adicional para efetuar a triagem e avaliação inicial ao elevado número de vítimas, tendo sempre em consideração que as menos graves poderão ter de esperar mais tempo (Iseron & Moskop, 2007).

3.1.1.2 Triagem militar (*Battlefield*)

A triagem militar é feita por médicos militares e os utentes poderão ou não ser militares. Neste tipo de triagem inicialmente eram considerados vários parâmetros para além das situações de tratamento emergente, como a posição hierárquica, missão militar / estratégia e leis internacionais (Iseron & Moskop, 2007). No entanto, o cirurgião Dominique Jean Larrey, considerado o impulsionador da triagem militar moderna, procurou posteriormente mudar essa ideologia, considerando que era fundamental valorizar a triagem dos feridos no campo da batalha e o seu rápido transporte até um local com capacidade cirúrgica, independentemente da classe. Na investigação de Silva (2009) é referido que a partir da guerra do Golfo Pérsico em 1991, foram implementadas melhorias significativas na triagem militar, tendo sido utilizadas escalas de avaliação das vítimas, nomeadamente a *Revised Trauma Score*. Esta escala caracteriza-se por fornecer uma avaliação abrangente para o profissional médico no campo de atuação. É um sistema de pontuação fisiológico com alta confiabilidade na previsão de morte. É calculado a partir da primeira avaliação da vítima recorrendo a dados fisiológicos como a escala de coma de Glasgow, pressão arterial sistólica e frequência respiratória. A pontuação máxima é doze, sendo que quanto mais baixa for a pontuação, menor é a probabilidade de sobrevivência, ou seja, uma pontuação de doze na escala expõe um risco de mortalidade inferior a 1%, cinco de 50% e um de 75%, ou superior. Nos exércitos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Reino Unido, para além da *Revised Trauma Score*, também é utilizada a escala de *Trauma Sieve and Sort* (Silva, 2009).

A triagem segundo *Sieve and Sort* baseia-se no princípio de "fazer o máximo pela maioria". A avaliação inicial das vítimas (triagem primária) é realizada no local e é feita segundo a triagem *Sieve*. A triagem secundária das vítimas ocorre quando estas são

evacuadas para outro local e é feita segundo a triagem *Sort* (Smith, 2012). Esta escala foi utilizada na preparação do campeonato do mundo de futebol de 2010 na África do Sul, em adaptação com o *Major Incident Medical Management and Support System*. Também a *North Atlantic Treaty Organization* utiliza atualmente um sistema baseado na triagem militar. Este sistema procura identificar os feridos que podem esperar (classificados de verde), dos que são prioritários (vermelho e amarelo), e ainda aqueles que estão mortos (preto) ou que se encontram num estado tão grave que se espera a morte, havendo uma indicação de limitação do tratamento (azul). Como alternativa a este sistema de cores, existe a denominação por prioridades numéricas (P1 Imediato, P2 Urgente e P3 Deferido) e por prioridade no tratamento (T1, T2 e T3, com as designações descritas anteriormente, respetivamente) (Silva, 2009).

3.1.1.3 Triagem em situações de catástrofe (*Mass Casualty*)

A triagem em situações de catástrofe é delineada para ser efetuada quando ocorrem acidentes naturais ou de natureza humana com efeitos destrutivos numa determinada área ou comunidade como, por exemplo, atentados com bombas. Nestas situações é necessária uma triagem diferente da triagem de incidentes devido à sua grandeza destrutiva. A triagem de catástrofe pretende definir quem receberá ou não tratamento (Iserson & Moskop, 2007). Segundo Silva (2009), a triagem de prioridades é fundamental para qualquer sistema de resposta a situações de catástrofe, com múltiplas vítimas, constituindo uma das prioridades do gestor da situação de exceção.

O Sistema de Triagem em catástrofe mais utilizado é o *Simple Triage and Rapid Treatment* (START), em muito devido à influência dos EUA, que foram os seus grandes impulsionadores. Em Portugal este sistema é utilizado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica. Desenvolvida na década de 80, na Califórnia, pelo *Hoag Memorial Hospital* e pelo *Newport Beach Fire Department*, a triagem START determina rapidamente a gravidade das lesões e não requer grande capacidade de diagnóstico, integrando procedimentos básicos de tratamento e estabilização, sendo de fácil aprendizagem. Valoriza a frequência respiratória, o tempo de preenchimento capilar e a capacidade de cumprir ordens simples (componente motor da escala de coma de Glasgow) (Silva, 2009). Devido à diversidade de métodos de triagem de prioridades em situações de catástrofe, existem distintos sistemas de identificação da prioridade relativa das vítimas. Estes sistemas de identificação ou *triage tags* devem ter determinadas características essenciais para o fim a que se destinam, no entanto, é importante

que garantam uma boa visibilidade da prioridade / cor atribuída e, se possível, devem conter um mecanismo que possibilite o registo da passagem de uma prioridade para outra, no sentido ascendente e descendente. O *Medical Emergency Triage Tag* constitui o modelo mais utilizado como referência, seja para o trauma ou em situações com vítimas contaminadas por substâncias biológicas ou químicas (Advanced Life Support Group, 1995 como referido Silva, 2009). Também a resposta das instituições hospitalares às situações de exceção carece de destaque.

Em Portugal, com a planificação do Campeonato Europeu de Futebol de 2004, os hospitais portugueses tiveram de desenvolver planos de contingência, tendo as administrações regionais de saúde, sob a domínio do Ministério da Saúde, desenvolvido um caderno de encargos em que a adoção de mecanismos de triagem de prioridades compatíveis foi um aspeto fulcral (Silva, 2009). O STM foi o escolhido para ser parte integrante nesta planificação. Em 2007, e conhecedores do impacto do STM na promoção da organização de planos de catástrofe hospitalares, o Grupo Português de Triagem (GPT) elaborou uma folha de registo tipificada, que passou a ser parte integrante dos planos de contingência de muitos hospitais portugueses perante situações de catástrofe (Silva, 2009).

O que diferencia todas as escalas de triagem pré-hospitalar existentes são os parâmetros mais fiáveis a considerar na avaliação das vítimas. Segundo Silva (2009), a componente motora da escala de coma de Glasgow é de extrema importância na triagem de prioridades pré-hospitalar, uma vez que constitui um indicador preditivo de mortalidade, sendo as vítimas que conseguem cumprir ordens simples separadas das restantes. Para além das escalas enunciadas anteriormente, outros Sistemas de Triagem também são conhecidos, como sejam: *Circulation, Respiration, Abdomen, Motor, and Speech (CRAMS)*; *Triage Index*; *Revised Trauma Index*; *Trauma Triage Rule*; *Trauma checklist*; *Revised Trauma checklist*; *Trauma Scale*; *Revised Trauma Scale e Prehospital Index*. Todos estes Sistemas de Triagem encontram-se descritos na literatura, embora hoje sejam menos utilizados (Silva, 2009).

3.1.1.4 Triagem clínica telefónica

O primeiro serviço de triagem clínica telefónica a ser criado denominou-se “*First Help*”, e foi desenvolvido nos EUA com o objetivo de abordar as queixas agudas mais comuns, estando os utentes divididos por grupos (adultos, crianças e saúde mental). Em 1984, surgiu a primeira linha de aconselhamento vinte e quatro horas, que evoluiu mais tarde

para o primeiro sistema com protocolos computadorizados (Simões, 2012). Com o decorrer dos anos, os sistemas de informação permitiram desenvolver uma forma poderosa de triagem telefónica, em que o aconselhamento e o encaminhamento clínico das pessoas foram preponderantes.

Em 1999, surgiu no Reino Unido o *National Health Service (NHS) Direct*. O NHS Direct é uma linha telefónica de apoio, executada por profissionais de enfermagem que garantem informações de saúde e/ou encaminhamento das pessoas para instituições. Em pouco tempo concluiu-se que esta linha trazia ganhos para os serviços de saúde, reduzindo custos e consequentemente diminuindo a afluência às urgências hospitalares (Lattimer et al., 2000). Atualmente o NHS Direct é considerado um dos maiores serviços mundiais de triagem telefónica.

Em Portugal, e tendo por base o sistema montado no Reino Unido, surgiu também em 1999 uma *helpline* de saúde, cujo objetivo era responder ao difícil acesso aos cuidados pediátricos, devido à afluência excessiva nos Serviços de Urgência. Este serviço ficou conhecido por “*Doí-Doí-Trim-Trim*” e o atendimento era realizado por profissionais de enfermagem, que baseados nas solicitações telefónicas e auxiliando-se num sistema informático, determinavam o encaminhamento mais correto. Uma vez que se tornou bastante popular e eficaz, o Ministério da Saúde propôs a construção de um centro de atendimento, que abrangesse toda a população portuguesa. Corria o ano de 2006 quando foi projetada a Linha de Saúde 24, sendo oficialmente lançada em 2007 por indicação do Ministério da Saúde. Segundo Simões (2012), a Linha de Saúde 24 tem a sua origem associada a uma seguradora do setor privado e o seu objetivo era triar, aconselhar e encaminhar pessoas de idades compreendidas entre os zero e os quinze anos para as mais diversas instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Atualmente esta linha responde a toda a população.

Também em 2006 o *Manchester Triage Group* reconhece a importância da triagem telefónica na segunda edição do livro *Emergency Triage* (Mackway-Jones, Marsden & Windle, 2006). Nesta altura foi elaborado um projeto com base nos resultados obtidos com a triagem presencial, para delinear um protocolo de triagem telefónica. O objetivo era ter toda a rede de urgência hospitalar e urgência pré-hospitalar sob o mesmo sistema, de forma coerente. Nasceu assim a triagem telefónica, uma nova aplicação do STM.

Em 2013 inicia a validação da triagem clínica telefónica num projeto-piloto na Região Autónoma dos Açores, onde está atualmente implementada.

4. Sistemas informáticos e as suas vantagens

Para se gerir corretamente o funcionamento de um hospital, é necessário um entendimento completo do sistema, com informações detalhadas para se tomar as melhores decisões. Os principais objetivos serão fornecer serviços de boa qualidade aos utentes, utilizando os melhores recursos possíveis. Para manter padrões de alta qualidade, é necessário coordenarem-se os recursos a fim de eliminar as falhas, como atrasos na alta hospitalar, cirurgias de início tardio e atrasos em laboratórios. Alguns autores (Hancock & Isken, 1992), revelam que um sistema bem projetado pode contribuir para a melhoria dos serviços hospitalares. A utilização de sistemas ERP (*Enterprise Resource Planning*), na indústria da saúde oferece diversas vantagens (Siau, 2003). Um dos benefícios é o banco de dados integrado, possibilitando uma melhor coordenação e, conseqüentemente, a redução de custos administrativos. O mesmo sistema pode ser usado para verificar recursos materiais como camas disponíveis por unidade, entre outros instrumentos necessários, significando assim que as organizações de saúde podem planear e organizar melhor os recursos, bem como ter acesso imediato ao status do inventário. O objetivo de um sistema como este é obter a quantidade necessária de materiais no tempo e local certo, podendo ser conseguido por meio de boa coordenação e otimização dos recursos disponíveis. Este sistema não serve só para os recursos materiais, serve também para os recursos humanos, podendo ser expresso como redução dos tempos de espera e melhoria nos serviços prestados aos utentes.

Este sistema de classificação, não é eficiente para controlar a logística e as operações, mesmo que a agregação de dados permita um melhor planeamento de longo prazo. No entanto, os hospitais necessitam de instrumentos que possam planear, programar e gerir as atividades para fazer frente à sobrelotação nos departamentos hospitalares. Este aumento será sentido pelos utentes como uma longa fila de espera, ou seja, é preciso obter estruturas voltadas para o agendamento e planeamento de recursos, para que estes sejam administrados de forma eficiente. Por todas essas razões, é descrito um modelo para gerir as atividades hospitalares que funcionam como suporte, tanto de agendamento, como de atividades operacionais durante a fase de planos a curto prazo, como por exemplo a monitorização dos utentes nos Serviços de Urgência após a respetiva triagem.

Através de um sistema informático, foi possível verificar mudanças constantes entre médicos responsáveis no que toca ao seguimento do caso clínico dos utentes. Foi estimado que essa troca varia entre os 20%-25% (Machado H., 2008). A monitorização deve ser um

dos parâmetros a vigiar para manter uma base de segurança na política do serviço. (Machado H., 2008).

Os programas informáticos foram associados a concordâncias mais altas para cenários que descrevem utentes com maior gravidade de triagem. Também demonstram uma melhoria na concordância entre os analisadores e enfermeiros que avaliam o nível de triagem.

5. O Sistema de Triagem de Manchester

Desde a sua implementação, vários investigadores têm demonstrado que o STM é um instrumento sensível, confiável e amplamente validado, incluindo utentes em idade pediátrica (Silva, 2009). Segundo Azeredo et al. (2014), os investigadores que avaliaram o STM relatam que, além de dar prioridade aos cuidados dos utentes, foi capaz de prever a evolução dos utentes durante sua estadia na instituição. Também Martins, Cuña e Freitas (2009) relatam na sua investigação que o STM é um instrumento preponderante para distinguir utentes com alto risco de vida e com baixo risco de vida, bem como, para distinguir quais os utentes que permanecerão no hospital pelo menos vinte e quatro horas antes de terem alta. Numa revisão sistemática da literatura efetuada por Azeredo et al. (2014) sobre a eficácia do STM, os investigadores concluíram que apenas duas das vinte e duas investigações analisadas apresentaram resultados desfavoráveis à aplicação do STM (Bittencourt e Hortale, 2009; Jiménez, 2003; Gilboy et al, 2009)

Em relação ao STM, os autores apresentam um número de vantagens para a sua utilização:

- Internacionalmente reconhecido;
- confiável e avaliado profissionalmente;
- tem sido adotado com sucesso em diferentes sistemas de saúde;
- sustenta o conceito de auditoria individual sobre as triagens realizadas pelos profissionais de triagem;
- oferece roteiro sistemático e lógico para a tomada de decisão e disponibiliza um pacote dedicado de formação em triagem.

Os autores afirmam ainda que o conceito pode ser expandido para outros Serviços de Urgência com características diferentes (Beveridge et al, 1999; Cronin, 2003; Dann &

Mackway-Jones, 2005; Lyon & Mackway-Jones, 2005; Mackway-Jones et al, 2006; Schellein et al, 2009).

O Sistema Triagem de Manchester está implementado, para além do Reino Unido, em quase toda a Europa. Em Portugal, encontra-se em funcionamento desde 2000, por intermédio do Grupo Português de Triagem (GTP), com aprovação do Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros.

A versão original de 1997 foi modificada, sendo publicada uma nova edição de 2006. Essas alterações consistem no aumento dos discriminadores de cento e oitenta e seis para cento e noventa e cinco, como, por exemplo, inclusão de regras de auditoria, triagem telefónica e dor pediátrica. O fluxograma é composto por discriminadores gerais e específicos, sendo estes sinais ou sintomas que fazem discriminação entre as prioridades possíveis. Os discriminadores gerais são aplicados em todos os doentes, independentemente da sua condição, sendo principais nos fluxogramas, como a temperatura, grau de consciência, dor, hemorragia, entre outros. Os discriminadores mais específicos aplicam-se em utentes com condições mais particulares. (Jiménez, 2003; Gilboy et al, 2009; Bittencourt e Hortale, 2009).

O processo de triagem é iniciado com a apresentação da queixa do utente, direcionando-o, desta forma, para um fluxograma específico. De seguida, são-lhe colocadas questões relativas aos discriminadores do fluxograma em questão, obtendo o seu prognóstico, chegando, assim, à prioridade clínica. Esta é realizada tendo em conta as informações do utente, sendo ele alocado numa das cinco categorias de risco com a cor correspondente e o tempo que terá de esperar. A categoria azul que corresponde a não urgente poderá ser afetada por fatores externos como a disponibilidade da equipa. A triagem terminaria com o registo dos dados, encaminhando o utente para a respetiva área de atendimento ou espera, mas como é um processo dinâmico, poderá ser necessário uma reavaliação do utente durante a espera. Desta forma, a área de espera deverá ser considerada uma área clínica (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

Cada SU deve desenvolver os seus próprios meios para lidar com a composição das equipas médicas, existência de muitos utentes graves e sobrelotação, pois estes acontecimentos podem aumentar os tempos de espera e a insatisfação dos utentes (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

Um parâmetro importante do STM é a avaliação da dor, sendo este difícil, por compreender aspetos complexos e subjetivos, envolvendo o utente, assim como o enfermeiro de triagem. A escala da dor é numérica, em que zero corresponde a não haver dor e dez

corresponde há pior dor. Nos utentes adultos é realizada a pergunta normal para saber quão grave é a dor, já em pediatria foi criada uma versão com imagens do ursinho panda, para ser utilizada em crianças menores (Leaman 2003; Mackway-Jones & Windle, 2003; Hughes, 2006; Considine et al, 2008). Desta forma, a escala de Manchester pode ser utilizada para avaliação da dor em crianças que se dirijam aos SU.

Uma das condições para utilizar o STM é a avaliação do processo de classificação de risco a partir da auditoria, em que dois profissionais treinados e formados avaliam as fichas de classificação obtidas por amostragem do total de utentes triados pelos profissionais. São identificadas as triagens classificatórias incorretas e/ou incompletas. Os resultados são analisados e comparados. Espera-se o máximo de 5% de triagens incorretas e incompletas e concordância de 95% entre avaliadores (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

Foi realizada uma investigação tendo como base as diferenças entre o enfermeiro e o médico na função de triagem. Verificou-se que o médico, devido à sua prática ser mais voltada para a obtenção de um diagnóstico, transforma a triagem numa consulta. A enfermeira, por sua vez, é mais disciplinada e consegue manter uma taxa de precisão acima de 95% (Cecílio; 2007; Wulp et al, 2008; Versloot et al, 2009).

De acordo com Choi, Wong, Lau (2006), foi realizada uma investigação que descreve a implementação de três profissionais de saúde na triagem. Este trio é composto por um médico experiente, um enfermeiro e um assistente. Esta equipa trabalha de forma conjunta e simultânea na triagem. O enfermeiro realiza a triagem como é habitual, o médico avalia e trata o utente e o assistente encarrega-se do encaminhamento do mesmo nos SU. Esta investigação foi realizada durante oito horas ao longo de sete dias num SU. Os resultados obtidos foram comparados com uma triagem somente composta por um enfermeiro de triagem. Chegou-se à conclusão de que houve melhorias nos tempos de espera e do atendimento médico nas categorias quatro e cinco e poucas melhorias no tempo de finalização de atendimento médico. No entanto, não houve melhorias no tempo de espera nos utentes nas categorias dois e três. Este processo demonstrou um alto nível de tensão e desgaste da equipa médica, podendo ocorrer um maior número de erros (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

Em 2003, foi publicado um debate sobre a pertinência da existência da categoria azul, correspondente aos utentes não urgentes, questionando o processo de triagem, especialmente do STM, referindo que este foi introduzido com pouca avaliação, recomendando que essa categoria seja abandonada, uma vez que estes utentes não são adequados para o SU, podendo ser reencaminhados para os cuidados de saúde primários, sendo estes serviços de menor

complexidade. As equipas experientes e prontas para atender casos mais graves não deveriam ocupar o seu tempo com este tipo de utentes (Leaman, 2003). Esta investigação chama a atenção dos longos tempos de espera para este nível de prioridade. Nestes casos, não seria necessária a realização da triagem, mas sim a utilização de profissionais de enfermagem bem treinados para completar muito tratamentos simples, indicando o modelo "*See and Treat*" (ver e tratar) como alternativa para obter melhores resultados (Considine, Kropman, Winter, 2008).

A triagem foi o primeiro sistema formalizado de gestão de risco clínico, projetada para assegurar que sempre que a procura superar os recursos existentes, estes devem ser direcionados para os utentes com maior necessidade clínica. Nesse sentido, o problema não é a triagem ou o sistema utilizado para decisão clínica, mas a falta de recursos disponíveis para o atendimento a toda a procura (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

Outro ponto importante referir será o tempo de espera para a realização da triagem. Muitos serviços demonstram ter tempos superiores a quarenta minutos, o que pode ser perigoso. Estes atrasos não deverão acontecer, porque ninguém tem conhecimento do utente até o mesmo realizar a triagem. A classificação de risco só será dispensável quando os recursos disponíveis corresponderem à procura, algo que é impossível de acontecer nos dias de hoje. Haverá sempre desequilíbrio entre a oferta e a capacidade de resposta à necessidade da população, sendo, desta forma, necessário adotar novas medidas de organização nos cuidados de saúde. (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

O tempo de espera poderá ser utilizado como um marcador de qualidade e infraestrutura disponível (Hughes, 2006), preconizando que nunca se deve perder a segurança e o rigor que a triagem oferece, tanto para os utentes, como para os profissionais de saúde (Schellein et al. 2009).

Uma investigação foi realizada ao Centro Tratamento Intensivo (CTI). O primeiro analisou noventa e um utentes internados procedentes do SU; 67% dos utentes foram admitidos nos CTI, classificados com prioridades elevadas (vermelho e laranja); dezoito utentes foram mal triados e seis utentes foram triados corretamente, mas pioraram após a chegada. Um utente crítico foi triado com o nível de prioridade três, correspondente à pulseira amarela (Cooke, Jinks, 1999). A investigação concluiu que o Sistema Triagem de Manchester é uma ferramenta sensível para detetar utentes que necessitam de terapia intensiva, falhando também na deteção de utentes que pioraram a sua condição clínica após a chegada ao SU. É necessário realizar uma formação para enfermeiros de triagem de maneira a ser possível aumentar a sensibilidade (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

Outra fonte de investigação foi a dor torácica. Esta avaliou os utentes com dor torácica no SU, submetidos à triagem do STM. Utilizando o STM, os enfermeiros de triagem demonstraram habilidade para reconhecer os utentes com esta tipologia, sendo realizado um Eletrocardiograma (ECG) e uma avaliação médica em dez minutos, demonstrando uma sensibilidade de 86,8% e uma especificidade de 72,4%. Entre os catorze enfermeiros presentes no estudo, treze acham que precisam de mais formação, o que poderá ser um fator determinante para melhorar a sensibilidade, sendo que o resultado encontrado já se encontra positivo (Speake, Teece, Mackway-Jones, 2003).

De acordo com Trigo et al., (2008), em Portugal foi investigada a capacidade do STM em classificar utentes com síndrome coronariana. Foram avaliados duzentos e setenta e oito utentes com elevação do segmento ST no infarto agudo do miocárdio; 79% dos utentes foram classificados como urgentes e muito urgentes, enquanto, 21% foram classificados como urgentes. O número de utentes triados com prioridade urgente foi demasiado alto, podendo estar relacionado tanto a erros de triagem, como a falhas do STM, por não ser possível incorporar a variabilidade e de este não incluir a realização de ECG como discriminador no fluxograma da dor torácica. A incorreta classificação destes utentes pelo Sistema Triagem de Manchester, resultou num aumento dos tempos de espera, limitando a possibilidade de acesso às terapias necessárias.

Uma investigação foi realizada analisando a implementação do STM numa unidade de saúde de urgência pediátrica no Reino Unido. Os tempos de espera para utentes classificados com prioridade emergente foi de 1,3 minutos, muito urgente 30 minutos, urgente 37,9 minutos e pouco urgente 37,6 minutos. A auditoria proporcionou informações de maneira a ser possível melhorar e ampliar a prática do enfermeiro, ajudando também a definir os protocolos de cuidados antes da avaliação médica. Concluiu-se que o STM é adequado para ser utilizado na unidade de Pediatria (Scoble, 2004).

Na Holanda, foram realizadas duas investigações. A primeira testa a validade do STM correlacionando as categorias da urgência com a informação de sinais vitais, utilização de recursos, referência pré-definida e hospitalização para urgência verdadeira. A sensibilidade obtida foi de 63% para os casos muito urgentes e emergentes, com obtenção de 15% de triagem subestimada. A percentagem de internamento para utentes emergentes foi de 53,5%, muito urgentes 28,6%, urgentes 16,2%, pouco urgentes 6% e não urgentes 0,9%. A especificidade obtida foi de 78% e uma triagem superestimada de 40% nas categorias dois e três. Esta investigação concluiu que o STM necessita de sofrer modificações para aumentar a especificidade (Roukema et al., 2006).

A segunda investigação avalia o uso do STM no SU pediátrico. A sensibilidade foi também de 63% e a especificidade de 79%. No entanto, o Sistema Triagem de Manchester mostrou ser menos sensível em crianças com zero a três meses de idade. A triagem foi subestimada em 12% e superestimada em 54% dos utentes. A investigação concluiu que a validade é moderada, sendo necessário realizar investigações a fluxogramas específicos para os quais o STM demonstra baixa validade. Apesar de falhar neste aspeto, a triagem superestimada é superior à subestimada, o que proporciona segurança (Van Veen et al., 2008).

De acordo com Van Veen et al., (2009), foi possível avaliar alguns dos Sistemas de Triagem mais utilizados na urgência pediátrica. Este pode concluir que o STM obteve boa confiabilidade, o ESI moderada a boa, o *paedCTAS* moderada e o ATS fraca a moderada, demonstrando que o STM aparenta ser válido para triar crianças que se apresentem aos SU, sendo necessário realizar mais investigações sobre a sua validade e confiabilidade em certos parâmetros.

Na Suécia foi realizada uma investigação tendo como base a avaliação da confiabilidade entre triadores e a precisão do STM nos SU. Foram analisados mil e vinte sete casos por setenta e nove enfermeiros de sete Serviços de Urgência. A precisão da triagem foi de 92% para casos emergentes e 91% para os casos muito urgentes, resultados bastante positivos. Nos casos menos urgentes, a concordância e precisão foi mais baixa, ocorrendo casos de triagem subestimada e superestimada, concluindo que os recursos dos SU podem estar a ser muito consumidos por utentes denominados não urgentes (Olofsson et al., 2009).

Referindo uma última investigação realizada em 2009, foram realizadas novecentas avaliações por doze enfermeiros em três hospitais distintos. O primeiro utilizava um sistema informal, o segundo o ESI e o terceiro o STM. O objetivo foi comparar a concordância dos diferentes sistemas. A concordância demonstrada pelo STM foi muito boa e a do ESI moderada a boa. Comparando os sistemas, foi identificado 5% de triagem subestimada para o STM e 13% para o ESI, enquanto a triagem superestimada foi de 6,1% para o STM e 29,5% para o ESI (Versloot et al., 2009).

Estas investigações permitiram demonstrar que o STM tem produção científica a comprovar que o mesmo é considerado um sistema válido e confiável, podendo ser utilizado com segurança nos Serviços de Urgência (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

6. Metodologia

A abordagem qualitativa refere-se a investigações de significados, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida e analogias. Tem abordado, entre outros temas, mecanismos de adaptação; adesão e não adesão a tratamentos; estigma; cuidados; reações e papéis de cuidadores profissionais e familiares; fatores facilitadores e dificuldades frente à profissão / frente ao tratamento / frente às condições de trabalho (Turato, 2003).

A pesquisa qualitativa pode ser particularmente útil em situações em que variáveis relevantes e/ou os seus efeitos não são aparentes ou quando o número de sujeitos e/ou dados obtidos são insuficientes para análise estatística. Os sujeitos podem variar em número — de um indivíduo até grandes grupos — e o foco da investigação pode variar de uma ação particular de uma pessoa ou pequeno grupo para a função de uma complexa instituição. Os métodos de investigação incluem entrevistas (estruturadas, semi-estruturadas e abertas), observação (externa ou participante) e análise de material escrito. Exemplos clássicos da abordagem qualitativa de pesquisa são as investigações antropológicas sobre culturas, as investigações sociológicas de instituições e as investigações psicológicas de comportamentos (Holman, 1993).

Na abordagem qualitativa, as amostras são propositadas, já que se procura aprender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis. Conforme Minayo (1994), alguns cuidados devem ser tomados com o processo de amostragem, com a finalidade de refletir a totalidade em múltiplas dimensões:

- privilegiar os sujeitos que detêm as informações e experiências que o investigador deseja conhecer;
- considerar um número suficiente para a reincidência das informações;
- escolher um conjunto de informantes que possibilite a apreensão de semelhanças e diferenças.

A entrevista permite o acesso a dados de difícil obtenção por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos e intenções. O propósito da entrevista é fazer com que o investigador se coloque dentro da perspectiva do entrevistado (Patton, 1990). Mais do que em outros instrumentos de pesquisa que, em geral, estabelecem uma relação hierárquica entre o pesquisador e o pesquisado, na entrevista, a relação que se cria é de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde (Lüdke e André, 1986). A grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é

que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de entrevistado e sobre os mais variados tópicos. A entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas. Outros instrumentos têm o seu destino selado quando saem das mãos do investigador que os elaborou, a entrevista ganha vida ao iniciar o diálogo entre o investigador e o entrevistado. (Lüdke e André, 1986).

Nesta investigação, o investigador focou-se em realizar entrevistas a diversos profissionais de saúde, sendo este o seu principal objetivo, tendo como âmbito descobrir o que estes acham do Sistema de Triagem e da gestão do seu Centro Hospitalar. As entrevistas realizadas aos profissionais de saúde são o busílis da investigação. No decorrer do processo, o investigador achou pertinente formular algumas questões para entrevistar utentes presentes nos SU, de forma a descobrir o que estes acham do serviço e do trabalho realizado por parte das equipas de saúde, interligando, assim, algumas questões que são comuns às entrevistas dos profissionais de saúde. Deste modo, é possível investigar a visão de quem presta os serviços, assim como de quem os recebe.

As respetivas entrevistas são diferentes, tendo sido realizado um questionário específico, quer para entrevistar os profissionais de saúde, quer os utentes. Existem questões que coincidem com ambos os grupos, assim como há questões que não coincidem, não sendo possível, desta forma, acasalar todas as questões e respetivas conclusões.

Os profissionais de saúde que aceitaram realizar a entrevista exercem a sua prática em Portugal Continental e Insular, tendo idades compreendidas entre os vinte cinco e quarenta anos de idade.

Os utentes que realizaram as entrevistas têm idades compreendidas entre os treze e os sessenta e cinco anos de idade.

Desta forma, as questões a que o investigador deseja adquirir resposta são:

Profissionais de saúde:

- A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto?
- Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?

- Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?
- A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?
- Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobrevalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?
- Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão?
- No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?
- Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direccionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem?
- Conhece outros Sistemas de Triagem?
- Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos?
- A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?
- A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos

utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial?

Utentes:

- Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?
- Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?
- Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?
- Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?
- Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?
- É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?
- Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?
- A criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?
- Acha uma mais valia ser observado por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?
- Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?
- Sabe como funciona o sistema de triagem?
- Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?
- O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?
- Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?

7. Modelo Conceptual

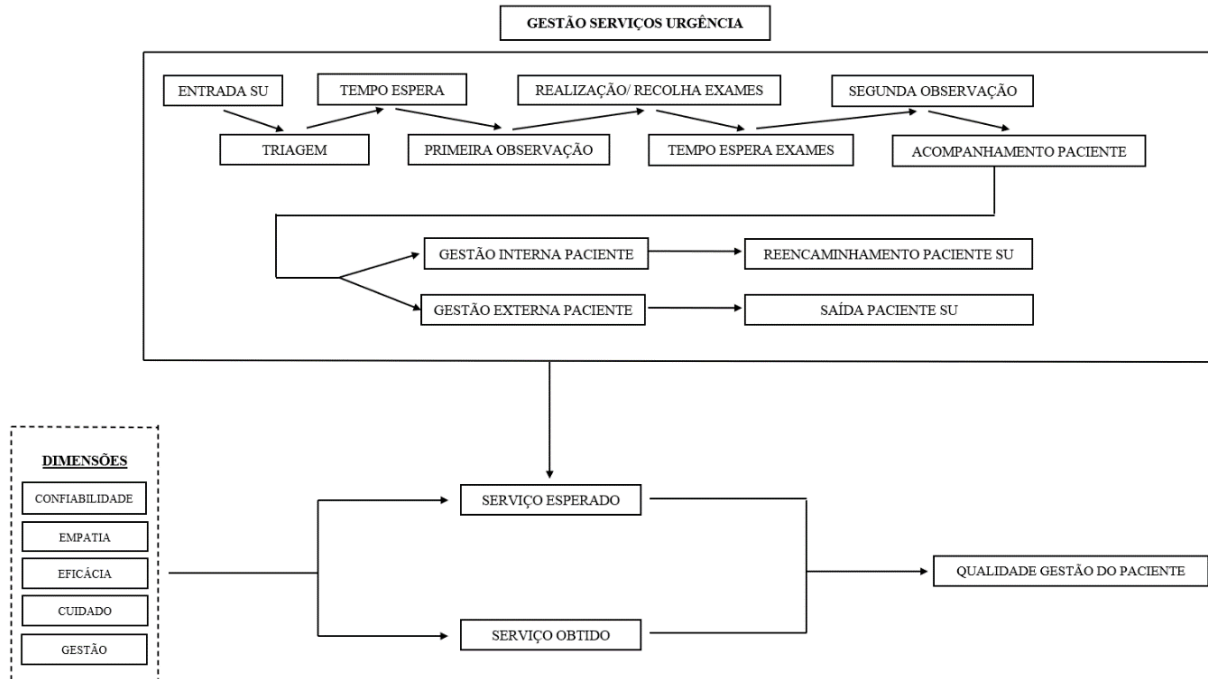


Figura 1: Modelo Conceptual.

Fonte: Própria.

O modelo conceptual é uma atividade imprescindível na sistematização de um projeto. O objetivo do modelo conceptual é obter uma representação detalhada. Este deve ser realizado com qualidade em qualquer domínio, neste caso em particular, a gestão dos utentes nos Serviços de Urgência. Os modelos conceptuais devem ser realizados e utilizados de maneira a facilitar a implementação, operação e manutenção de sistemas de informação (Villela, M. et al, 2004).

Este modelo conceptual tem como base de demonstração todo o percurso do utente no Centro Hospitalar, desde o seu momento de entrada nos SU, até ao momento de saída. Posteriormente, é necessário averiguar se o serviço efetuado esteve de acordo com as suas expectativas, obtendo o depoimento do mesmo, descobrindo se houve qualidade, cuidado, confiabilidade, empatia e uma boa gestão de todo o seu percurso.

8. Discussão dos resultados

Dando continuidade a esta investigação, neste capítulo iremos proceder à análise dos resultados obtidos nas entrevistas.

- A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto? / -Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?

Apenas um dos dez profissionais de saúde não tem uma opinião sobre o assunto, afirmando que uma triagem pode ser realizada por enfermeiros, assim como por médicos, porque são profissionais de saúde qualificados para tal. Os restantes concordam com esta metodologia, porque enfermeiros têm formação, aptidões e conhecimento para realizar a mesma. O objetivo da triagem na sua perspectiva é ser um processo rápido, porque é o primeiro contacto que os SU têm com os utentes, ou seja, podem dar entrada utentes de prioridade elevada, que têm de ser triados o mais rapidamente possível, de forma a serem encaminhados diretamente ao SU para um diagnóstico mais aprofundado do seu caso clínico. Chegados a este local, deve ser realizada uma observação mais detalhada do respetivo caso, por parte das equipas médicas.

Alguns utentes concordam que é um trabalho bem realizado, outros nem tanto, indicando que já se deslocaram a hospitais diferentes com o mesmo problema e que obtiveram pulseiras de cor diferente, algo que não conseguem compreender. Afirmam que fica à vontade do enfermeiro, dar ou não uma pulseira com prioridade reduzida ou moderada. Alguns utentes julgam que vão ser triados sempre com pulseira amarela ou verde, porque a maior parte dos triadores acha sempre que nunca é nada de grave. Um utente referiu, ainda, que os triadores deveriam ter permissão para reencaminhar utentes não urgentes ao Centro de Saúde. Desta forma, seria possível evitar a concentração de utentes não críticos nos SU, diminuindo a sobrelotação nos mesmos, porque os cuidados de saúde primários devem ter todos os mecanismos e ferramentas necessárias para dar apoio a casos não urgentes. Desta forma, a opinião dos utentes não corrobora na totalidade com a opinião dos profissionais de saúde. Enquanto alguns acreditam que a triagem é bem realizada e que os enfermeiros são profissionais aptos para realizar a triagem, outros julgam que a triagem é por vezes muito vaga e mal realizada, sem dar o devido valor à palavra do utente.

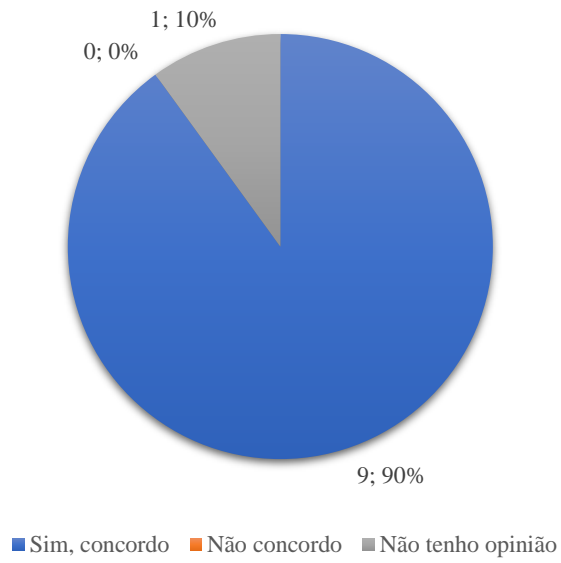


Gráfico 1: Triagem realizada por enfermeiros. (P.Saúde)

Fonte: própria.

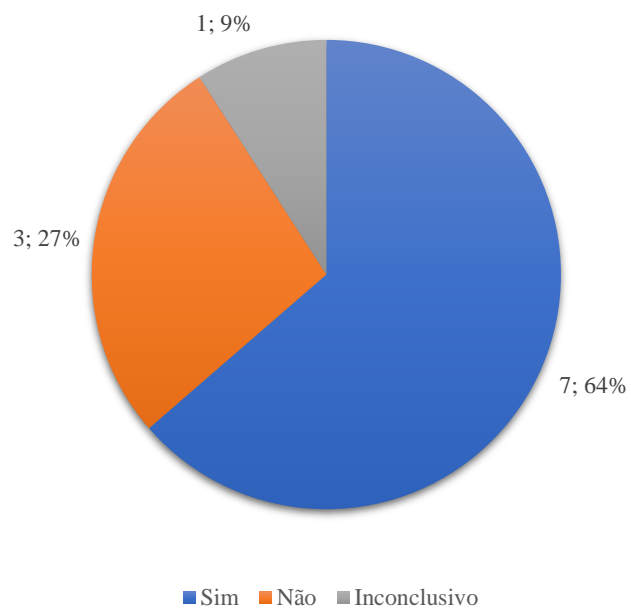


Gráfico 2: Eficácia na realização da triagem. (Utente)

Fonte: própria.

- Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?

Esta questão foi debatida de diferentes formas. Sete dos dez profissionais de saúde não acha que seja benéfico por vários motivos, uma vez que o objetivo da triagem é ser um processo rápido para priorizar utentes consoante o seu estado de saúde. Neste sentido, por um lado, ter a presença de um médico a averiguar os casos menos graves não seria eficiente, porque estaria a atrasar este processo; por outro, seria bom porque permitia um melhor controlo, diminuindo a sobrelotação existente nos SU. Na área da triagem não devem existir longas filas de espera, dado que neste momento é feito o primeiro contacto do utente com o SU e ninguém tem conhecimento do seu estado de saúde. Entre existir sobrelotação e tempo de espera nos SU antes ou depois da triagem, torna-se mais aceitável existir após a triagem, visto que já foi realizado o seu prognóstico.

Os profissionais de saúde afirmam, ainda, que não seria benéfico porque os utentes iriam solicitar os Serviços de Urgência de forma a obter um atendimento rápido num curto espaço de tempo. Neste sentido, casos não urgentes iriam dirigir-se a este local por facilidade e rapidez de serviço, não sendo este o local mais apropriado. Todos os utentes não urgentes deveriam dirigir-se primeiro aos cuidados de saúde primários. No entanto, se o médico de família assim o entender, poderá reencaminhar os utentes para o SU. Os profissionais de saúde acreditam que existe falta de conhecimento para os utentes saberem quando se devem dirigir a um SU.

Três dos dez profissionais de saúde acreditam que diminuiria a sobrelotação do SU, mas iria atrasar o processo de triagem.

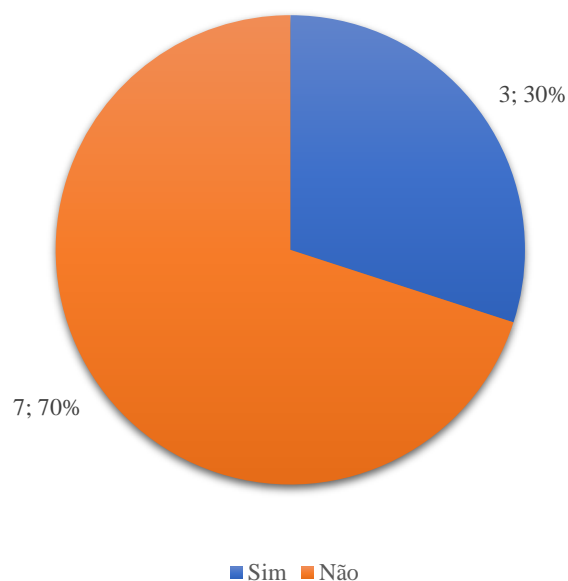


Gráfico 3: Benefício de obtenção de um médico na triagem. (P.Saúde)

Fonte: própria.

- Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?

Os dez profissionais de saúde referem que o maior benefício da triagem é obviamente a rapidez e a priorização dos utentes, ou seja, fornecer os serviços médicos mais rapidamente a quem necessita. É necessário a existência de uma triagem rápida, porque nunca sabemos o grau de gravidade do utente até ele ser triado, daí ter de ser um processo rápido e eficaz. Com esta base de resposta, concluímos também que a triagem é a base da gestão dos utentes, é ela que permite organizar o serviço, fazendo com que os profissionais de saúde consigam ter uma visão geral de todos os utentes presentes nos SU, gerindo assim o seu tempo e recursos. Quem no seu prognóstico inicial não aparenta ter um caso urgente, deverá esperar.

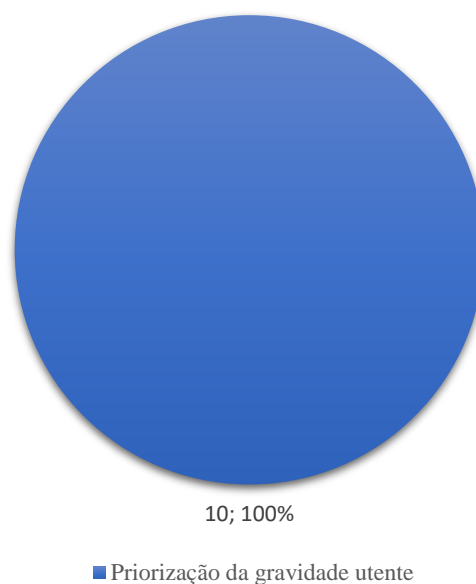


Gráfico 4: Benefícios da Triagem nos SU. (P.Saúde)

Fonte: própria.

- A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?

- Seis profissionais de saúde mencionaram que o seu hospital utiliza o SCLÍNICO. Este programa fornece informação sobre o tempo de espera dos utentes que estão para ser triados, como os utentes que já estão triados. Somente o Hospital de Coimbra tem esta funcionalidade, a demonstração dos utentes que estão para ser triados. Todos os restantes profissionais que utilizam o SCLÍNICO, afirmam ter somente informação dos utentes depois de realizarem a triagem. Estes aparecem por ordem de chegada e pela cor que são triados.

- Dois profissionais de saúde referem que o seu hospital utiliza o MEDTRIX. Este sistema informático apresenta os utentes que estão à espera para serem observados depois de realizarem a triagem, não sabendo o número de utentes existentes no serviço à espera de a realizar. Um dos profissionais de saúde refere que não dão relevância ao tempo que os utentes estão à espera, o que vem reforçar a ideia de que é possível uma pessoa ficar “esquecida” nas urgências porque alguns profissionais ou centros hospitalares não dão a devida atenção aos tempos estipulados pelo Sistema de Triagem. Refere ainda que o sistema

informático não é intuitivo. Os utentes são identificados por ordem de espera e pela respetiva gravidade com que foram triados.

- Um profissional de saúde refere que o seu hospital utiliza o HCIS: Apresenta tempos desde o momento em que os utentes são triados, não demonstrando os que estão para triar. Utesntes aparecem no sistema por ordem de espera e pela respetiva gravidade com que foram triados.

- Dois Profissionais de saúde referem que o seu hospital utiliza o ALERT: Apresenta tempos desde o momento em que os utentes são triados, não demonstrando os que estão para triar. Utesntes aparecem por ordem de espera e respetiva gravidade.

- Um Profissional de saúde refere que o seu hospital utiliza o GIINT: Apresenta tempos desde o momento em que os utentes são triados, não demonstrando os que estão para triar. Utesntes aparecem por ordem de espera e pela respetiva gravidade.

Pontos importantes

Qualquer que seja o SU, os utentes deveriam ser triados novamente quando ocorre um agravamento da sua situação clínica, ou após duas horas da primeira triagem. É impossível realizar esta tarefa porque existem muitos utentes para poucos profissionais de saúde. Desta forma, não é exequível cumprir todos os tempos de espera estipulados pela Triagem de Manchester.

Em Coimbra, existem atrasos para a realização da triagem. Um profissional de saúde referiu que ocorrem atrasos superiores a uma hora de espera para os utentes realizarem a mesma, o que pode colocar vidas em risco. Os profissionais de saúde em Coimbra têm este conhecimento porque o seu sistema informático indica este parâmetro. Estes atrasos poderão ocorrer em mais hospitais nacionais, mas como o seu sistema informático não apresenta este controlo, não é algo possível de gerir. É importante que todos os sistemas informáticos obtenham esta funcionalidade, sendo desta forma possível acrescentar outra secção de triagem, se necessário.

A organização da urgência, a escolha de sistema informático e gestão são realizadas pelo gestor hospitalar. Atualmente, existem muitos problemas nos SU, sendo necessário implementar novas medidas para tentar solucionar os problemas existentes.

Um profissional de saúde diz que não sabe responder à questão, tendo este de pedir ajuda para realizar tarefas nos sistemas informáticos. Concluiu-se assim, que existe uma falta de formação de profissionais de saúde em certos serviços, atrasando-o ainda mais.

A utilização de dois sistemas informáticos diferentes no mesmo hospital torna-se confuso para os médicos trabalharem, como é o caso de médicos que começam a exercer atividade, os médicos internos do ano comum (IACS). Os Centros Hospitalares deveriam ter somente um sistema informático, que fosse rápido, de fácil compreensão e acessibilidade. Muitos profissionais queixam-se dos seus sistemas vistos que não são intuitivos, referindo que é necessário abrir muitos programas secundários para ter acesso a determinadas informações dos utentes. Tudo isto causa uma grande perda de tempo, tempo esse que poderia ser canalizado para outro tipo de situações.

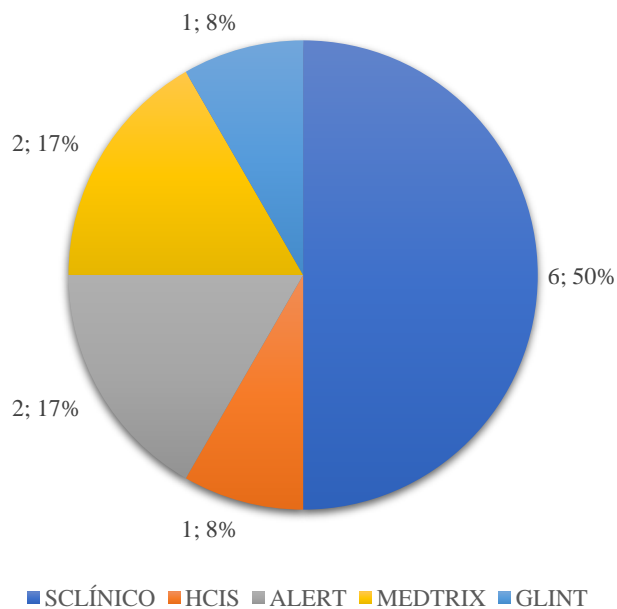


Gráfico 5: Sistema informático utilizado. (P.Saúde)

Fonte: própria.

- Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobrevalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?

O profissional de saúde tem de acreditar sempre na palavra do utente, confiando que este não vai mentir.

A dor é um parâmetro subjetivo de avaliar e o Sistema de Triagem de Manchester atribui-lhe uma grande relevância. O seu nível de avaliação é complexo, porque cada utente tem diferente tolerância à dor, podendo referir que a mesma dor em dois utentes pode ser percebida de diferentes maneiras.

Todos os profissionais de saúde indicam que são realizados testes de sinais vitais, mas somente em utentes que considerem necessário. Desta forma, muitos utentes realizam a triagem através de um diálogo, sem qualquer realização de sinais vitais, porque o enfermeiro não acha necessário. Assim, é possível aumentar a velocidade da triagem, sendo este o seu principal objetivo. Por outro lado, o prognóstico torna-se mais vago, fazendo com que possíveis casos de triagem superestimada ou triagem subestimada ocorram com maior regularidade.

Vários profissionais de saúde conhecem casos de utentes que distorcem o que sentem para tentar obter uma observação mais rápida, achando que deveriam ser feitas perguntas específicas de maneira a tentar controlar estes casos. Por exemplo, se um utente afirmar que tem uma dor muito forte, será benéfico questionar há quanto tempo sente essa dor. Se afirmar que tem essa dor há dias ou semanas, provavelmente estará a deturpar o que sente. O objetivo seria formar os profissionais de triagem com este género de questões ou criar um documento específico para estes casos, conseguindo, desta forma, obter um maior controlo. Esta prática iria diminuir as percentagens de triagem superestimada e subestimada existentes.

Uma das lacunas existentes nos SU referida por um profissional de triagem, diz respeito ao agravamento do estado de saúde dos utentes. Aquando da realização da triagem, se o triador atribuir pulseira amarela, passadas duas horas, o que não demonstrava ter gravidade, alterou-se, uma vez que o estado clínico de um utente pode mudar de um momento para o outro. Desta forma, seria benéfica a implementação de uma equipa de enfermagem para triar utentes em espera se assim for necessário. Pelos depoimentos de todos os profissionais de saúde nesta investigação, esta prática não é realizada em nenhum dos dez hospitais, demonstrando assim, falta de rigor nestes aspetos, dado que existem poucos profissionais de saúde ou, possivelmente, de não existirem enfermeiros ou médicos com informação para realizar este tipo de trabalho.

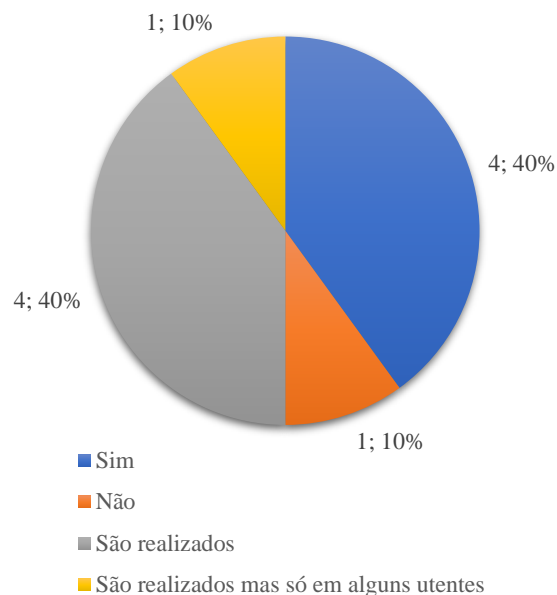


Gráfico 6: Realização testes sinais vitais na triagem. (P.Saúde)

Fonte: própria.

- Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão? / -Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?

Os dez profissionais de saúde mencionam todos os aspetos, falhas na gestão do serviço, na gestão dos profissionais de saúde e na gestão dos utentes.

Em primeiro lugar, referem a falha na gestão do serviço, afirmando ser sempre caótico, onde os utentes não têm sítios específicos para esperar. Quando são chamados para ser avaliados, os profissionais não sabem onde estes se encontram.

Em segundo lugar, mencionam a falha na gestão dos profissionais de saúde, uma vez que estes existem, mas não se encontram bem distribuídos. Em alguns hospitais, a existência de apenas um médico especialista no SU sobrelotado é algo que não deverá acontecer, visto que toda a informação e conclusão do caso clínico do utente tem de passar pela análise do especialista de serviço. Como um profissional de saúde referiu, esta sobrelotação tornou-se mais intensa a partir do momento em que diminuíram o número de médicos especialistas nos SU. Outra falha referida por uma médica, é a falta de controlo sobre os profissionais que se encontram ao serviço do SU, nomeadamente nas horas de almoço, jantar e nas pausas que ocorrem ao longo do seu turno, uma vez que os utentes continuam a dar entrada neste serviço e não há ninguém para realizar o trabalho durante aquele período, o que vai continuar a provocar uma maior sobrelotação.

Em terceiro lugar importa referir também a falha na gestão dos utentes, sendo que esta existe devido a ser necessária uma reformulação do SNS, como indica uma profissional de saúde. Um aspeto importante a destacar é a falta de médicos de família, fazendo com que utentes que necessitam de uma consulta tenham de se dirigir diretamente aos SU do hospital mais próximo. Os casos não urgentes atribuídos com pulseira azul e verde, deveriam ser observados nos cuidados de saúde primários e estes centros deveriam estar sempre aptos para fornecer este apoio, ajudando a escoar os utentes dos Centros Hospitalares que sofrem de sobrelotação, sendo necessário realizar um maior investimento nestes locais, de forma a prestarem os devidos cuidados aos utentes que a estes serviços recorrem. Além disso é necessário informar os utentes, reforçando que as urgências são locais para casos urgentes. Se os cuidados de saúde primários estiverem aptos a ajudar neste sentido, utentes que se

dirigissem em primeiro lugar aos SU e na triagem se observasse que era um caso não urgente, estes seriam reencaminhados para o centro de saúde da sua área de residência.

Concluiu-se, ainda, a falta de recursos materiais e de profissionais de saúde em algumas zonas do país, como é o caso do Algarve, onde referem que existe falta de profissionais especializados, existindo em grande quantidade médicos tarefeiros. A falta de recursos materiais é, também, um fator determinante na ocorrência de atrasos, na medida em que, existir num Centro Hospitalar somente um equipamento para realização de diálise ou para realização de uma TAC. A falta destes equipamentos faz com que o serviço se torne mais lento, sem ser possível criar uma solução, quando a mesma só se resolve com a aquisição de material para acelerar este processo e não criar filas de espera para a realização dos mesmos.

Somente um profissional de saúde refere que a gestão do seu Centro Hospitalar é bem realizada.

Nesta investigação, as conclusões obtidas a partir dos profissionais de saúde corroboram com as conclusões dos utentes, sendo que a maior parte julga que estes atrasos é por falta de profissionais de saúde e outro tipo de recursos. A maioria dos utentes acredita que além disso, também existe uma pobre gestão nos SU, o que influencia a qualidade do serviço. Um utente referiu ainda que Portugal é o terceiro país com mais médicos per capita, acreditando que existe uma enorme falha na gestão dos profissionais de saúde, que efetivamente poderá afetar o serviço.

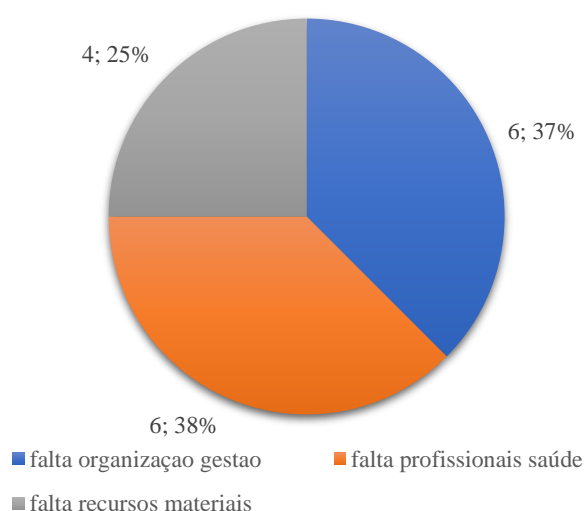


Gráfico 7: Faltas prioritárias nos SU. (P.Saúde)

Fonte: própria.

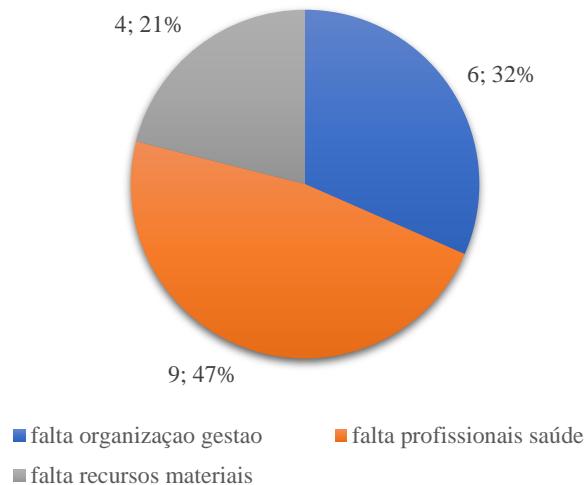


Gráfico 8: Faltas prioritárias nos SU. (Utente)

Fonte: própria.

- No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?

Os profissionais de saúde referem muitas vezes os casos não urgentes, sendo estes os que mais prejudicados devido aos longos tempos de espera, originando a sobrelotação existente no serviço.

Apenas dois dos dez profissionais afirmam que o seu hospital obtém equipas diferenciadas para possibilitar um cuidado mais rápido aos utentes menos urgentes. Nos hospitais onde os restantes profissionais de saúde trabalham, como não existe esta divisão, esta rapidez não se verifica, fazendo com que os utentes se aglomerem.

Pelo depoimento de uma enfermeira de triagem, concluímos que um grande problema é o facto de os utentes andarem “perdidos” nos SU. Estes realizam a triagem e o seu prognóstico atribui o mesmo para uma especialidade. Quando são observados, os profissionais de saúde constataam que será benéfico reencaminhar o utente a outra especialidade. Quando este reencaminhamento acontece, não existe qualquer acompanhamento por parte de um auxiliar, fazendo com que o utente perca muito tempo a chegar ao local. Esta troca de especialidade, por vezes, não é bem realizada, uma vez que o utente fica sem um médico responsável. Desta forma, o caso clínico do utente não é concluído, fazendo com que fiquem, por vezes, mais de vinte e quatro horas nos SU. Estes casos acontecem na maioria das vezes com idosos dependentes, visto que ficam a aguardar que algo lhes seja dito ou feito, sem que alguém os note. Nestes casos, em particular, não

destacamos apenas o trabalho, mas sim os valores morais e humanos de cada profissional de saúde, demonstrando que a gestão do utente nas instalações tem de ser bastante melhorada.

Outra falha já referida é a falta de médicos especialistas, que está automaticamente relacionada com a gestão de utentes, porque sem conclusão de casos clínicos e impossível enviar utentes em segurança para o seu domicílio.

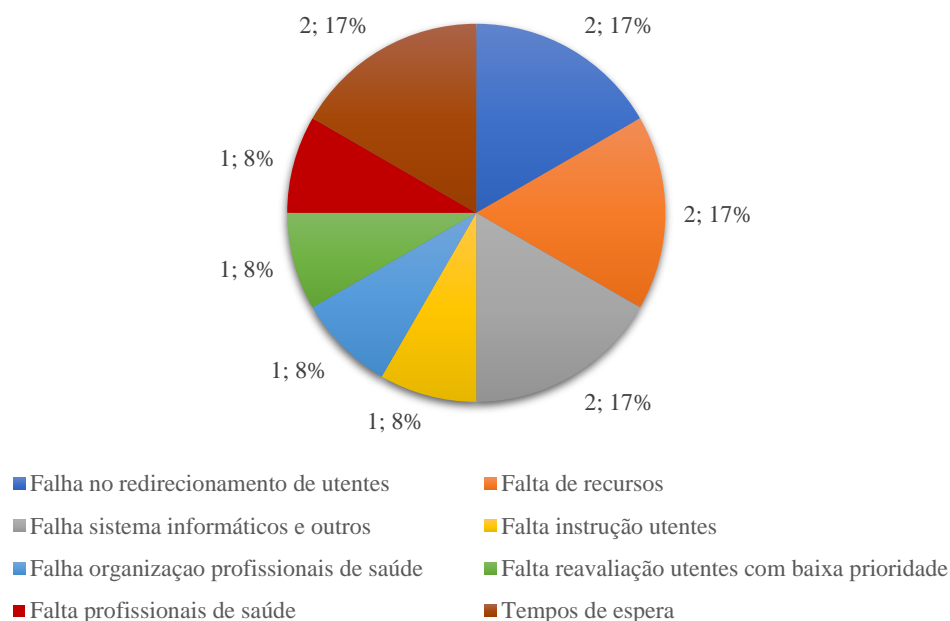


Gráfico 9: Falhas existentes nos SU do ponto de vista da gestão dos utentes. (P.Saúde)

Fonte: própria.

- Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direccionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem? /- A criação de uma equipa direccionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?

Esta metodologia já está presente em dois hospitais desta investigação, nomeadamente o Hospital Pedro Hispano, no Porto e o Hospital do Divino Espírito Santo, nos Açores. Pelas impressões dos dois profissionais de saúde é um método extremamente eficaz que permite melhorar os tempos de espera dos utentes não críticos, assim como aliviar a sobrelotação existente nos SU que é criada pelos mesmos, que num regime de gestão

normal ficam à espera longos períodos, não correspondendo aos tempos de espera estipulados pelo sistema, sendo desta forma, um pouco negligenciados. Os profissionais de saúde referem que as equipas médicas são divididas por gravidade. A primeira equipa é composta por especialistas de medicina interna, sendo estes direccionados para utentes mais urgentes. A segunda equipa é composta pelos médicos indiferenciados, que são apelidados de médicos tarefeiros, competindo-lhes avaliar os utentes menos urgentes.

Seria benéfico tentar implementar esta metodologia nos hospitais que não a têm, visto que tanto utentes, como profissionais de saúde acreditam que poderá ser uma boa opção. Desta forma, utentes não críticos acabariam por não ser negligenciados como acontece algumas vezes num ambiente de urgência normal, em que não existe esta divisão e utentes com prioridade superior passam à sua frente. É necessário tentar implementar um método capaz de ir dando resposta também aos utentes não críticos, pois é neste nível de prioridade que existem inúmeros problemas e é a permanência destes utentes que causa sobrelotação nos SU.

Sete dos dez profissionais de saúde abordados com esta metodologia aprovaram a sua implementação, visto que seria possível obter uma melhor gestão de utentes, reduzindo o tempo de espera dos mesmos. De salientar que ambas as equipas deveriam ter formação para socorrer todos os níveis de gravidade. Assim, se a secção de utentes não críticos estivesse controlada e a secção de utentes críticos estivesse com mais trabalho, uma equipa poderia auxiliar a outra e vice-versa. Desta forma, as equipas também poderiam rodar, visto que utentes críticos causam muito mais stress e esgotamento, tanto físico como emocional. Neste sentido, conseguiríamos criar rotatividade entre todos os profissionais de saúde.

Alguns profissionais de saúde que trabalham em hospitais com os SU “regulares”, afirmam nunca terem pensado neste aspeto e acham bastante interessante esta metodologia. Ainda assim, devemos salientar que utentes não críticos devem ser instruídos para se dirigirem sempre aos cuidados de saúde primários e que estes mesmos têm de ter toda a capacidade para tratar destes problemas.

Apenas um dos dez profissionais de saúde não está de acordo com esta metodologia.

Conclui-se também que gestores hospitalares não fazem a pesquisa necessária de maneira a estudar novas metodologias para tentar implementar novos sistemas de forma a contornar problemas existentes. Será uma mais valia tentar colocar novas práticas em funcionamento para comprovar se esta melhora a gestão dos SU ou não. Só assim terão resultados. Sem alterar o sistema, sem evoluir, criar e encontrar soluções, assim teremos a certeza de que os SU serão sempre caóticos e não conseguiremos nunca dar resposta aos

utentes em tempo útil com os meios que temos à disposição. Se não é possível investir, adquirir material, adicionar mais profissionais de saúde no SNS, a mudança tem de começar na gestão, avaliando as suas alterações.

Sendo esta questão pertinente também para os utentes, desafiando os mesmo a dar a sua opinião sobre esta metodologia, apenas dois utentes afirmaram não ser capazes de dar uma opinião. Os restantes, consideram bastante positivo a tentativa de implementar esta metodologia.

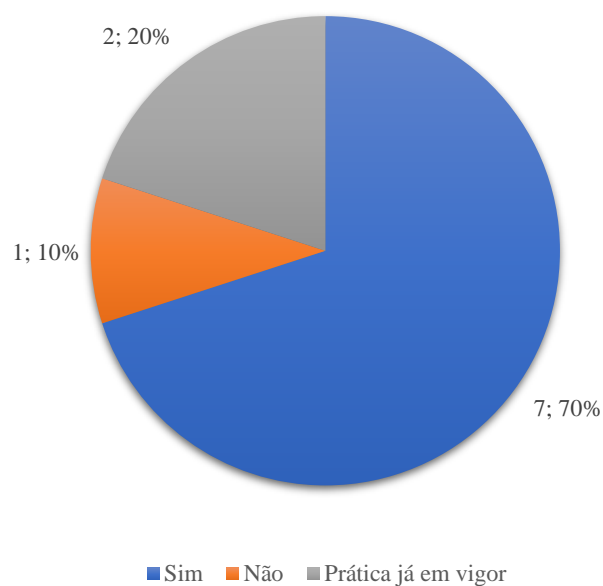


Gráfico 10: Secções de triagem divididas entre utentes críticos e não críticos. (P.Saúde)

Fonte: própria.

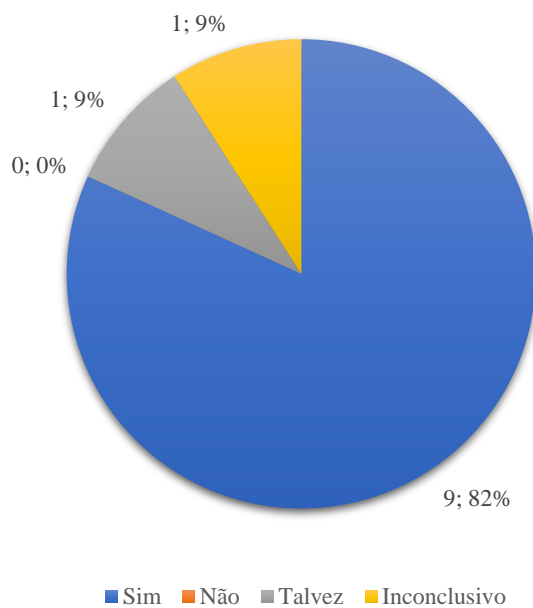


Gráfico 11: Secções de triagem divididas entre utentes críticos e não críticos. (Utente)
Fonte: própria.

- Conhece outros Sistemas de Triagem?

Apenas um dos dez profissionais de saúde dos vários hospitais nacionais tem conhecimento da existência de diferentes Sistemas de Triagem, tendo referido que durante o seu percurso académico nunca foi apresentado outro para além do STM. Esta conclusão vem a demonstrar que é difícil alterar metodologias de trabalho porque os profissionais de saúde nunca contactaram com outros Sistemas de Triagem.

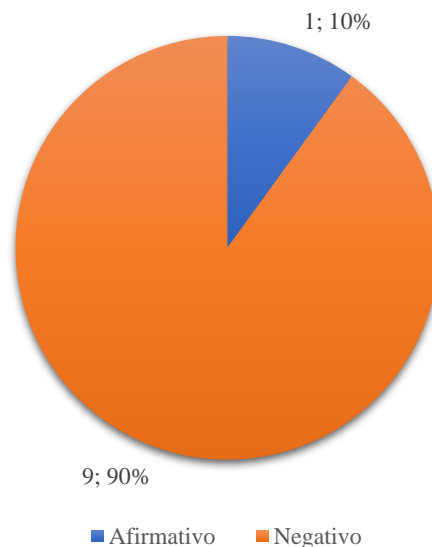


Gráfico 12: Conhecimento de outros sistemas de triagem. (P.Saúde)

Fonte: própria.

- Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos? / -Acha uma mais valia ser observado por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?

Este processo acaba por ser inevitável. Uteses estão sempre a entrar nos SU durante vinte e quatro horas e os turnos dos profissionais de saúde são de doze horas, por vezes de vinte e quatro horas. Uma equipa que esteja em serviço há onze horas e receba utentes vai ter de os passar ao próximo turno. É algo que é impossível não acontecer, porque os profissionais de saúde têm de descansar para conseguirem fornecer um bom atendimento. O importante como foi verificado na resposta dos profissionais de saúde é que esta passagem seja realizada corretamente, transmitir tudo o que é necessário, mostrar todos os relatórios existentes dos utentes presentes nos SU para assim o turno seguinte ter todas as ferramentas para continuar os cuidados sem erros e atrasos.

Nesta amostra foi também verificado que os profissionais de saúde concordam que o utente seja observado por mais do que um médico, porque favorece a partilha de conhecimento. Por vezes, ser visto por médicos diferentes permite que determinados pormenores da história clínica, determinadas características que se calhar o médico anterior não notou, sejam percecionados por outro profissional.

Preferencialmente, se o mesmo médico puder seguir o utente do início ao fim, deverá fazê-lo porque o processo torna-se mais rápido e eficaz, não perdendo tempo a fazer a passagem do utente para outro médico, onde deve ser detalhado todo o processo e diagnóstico.

O problema não reside na troca de médico, mas no facto desta troca não ser bem realizada. Como foi verificado na investigação e na entrevista com uma enfermeira de triagem, para esta profissional de saúde, o busfílis da questão, no que à gestão dos SU diz respeito, nomeadamente no seu Centro Hospitalar, está nas trocas mal realizadas dos utentes, que passam de especialidade em especialidade, sem que lhes seja atribuído um médico para concluir o caso clínico. Como nenhum médico fica encarregue de tomar uma decisão, o tempo de espera do utente é prolongado. A partir do momento em que o utente realiza todos os exames necessários e tem o respetivo resultado, é importante que exista um profissional de saúde que possa dar seguimento ao seu caso clínico dando, ou não, alta hospitalar.

Quando questionados sobre este tema, os utentes, de um modo geral preferem que seja sempre o mesmo médico a segui-los do início ao fim, se tal for possível. No entanto, referem que se o seu caso clínico for mais grave, consideram uma mais valia serem observados por outros médicos. Outro caso a destacar, que julgam ser normal, é a troca de médico, caso este não seja especialista numa determinada área. Desta forma, podemos referir que a opinião de ambos os grupos presentes na investigação interligam-se.

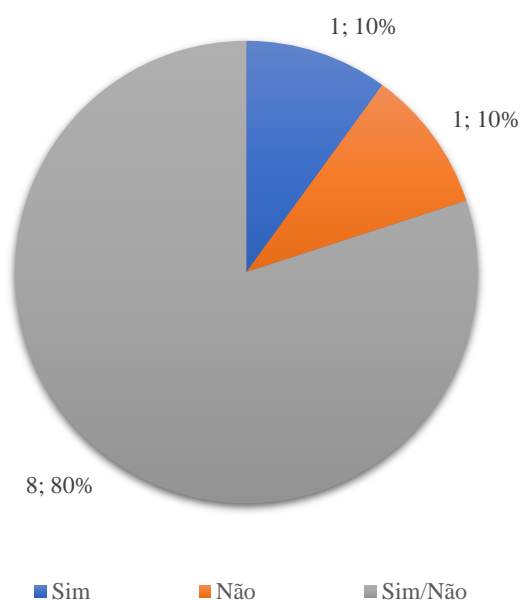


Gráfico 13: Problema gestão utentes com troca de médico. (P.Saúde)

Fonte: própria.

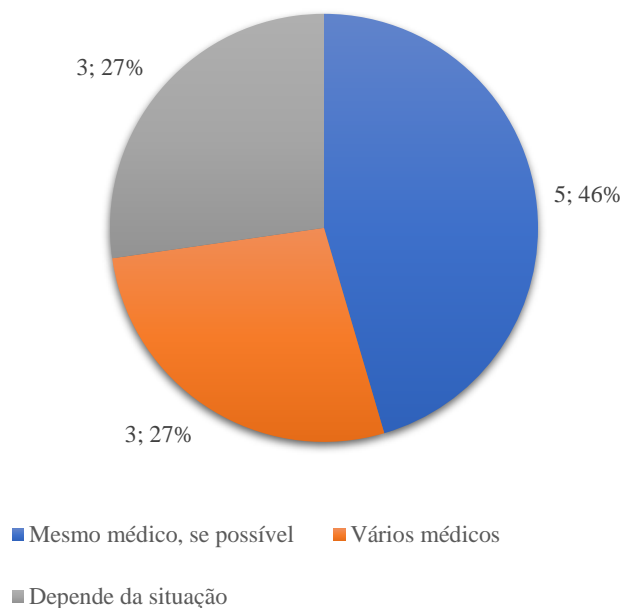


Gráfico 14: Observação caso clínico. (Utente)

Fonte: própria.

- A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?

De um modo geral, todos os profissionais de saúde afirmam que o Sistema de Triagem é eficaz. Realiza bem o seu papel de conseguir priorizar rapidamente os utentes, para assim conseguir fornecer um bom serviço a quem realmente necessita, assim como todo o processo até o utente dar saída do SU. Salienta-se ainda, que não é por ser bem executado num espectro geral, que não é necessário realizar alterações de maneira a torná-lo ainda mais eficiente para obtermos uma menor percentagem de erro. Existe sempre margem para melhorar no futuro. Melhorias essas, que podem ser projetadas para serem implementadas num futuro próximo, como avaliar melhor alguns aspetos que os triadores normalmente sobrevalorizam, como a dor. Um utente que já tenha os seus dados conhecidos, não pode ser valorizado da mesma maneira do que um utente que não tenha esse antecedente.

A implementação de um sistema de triagem moldado para uma determinada especialidade é igualmente importante, pois tal como foi referido por um profissional de saúde, a escala de Manchester deverá ser ajustada às diferentes faixas etárias, crianças, adultos e idosos, na medida em que a mesma patologia nas diferentes faixas etárias não tem o mesmo nível de gravidade. São estas pequenas situações que têm de ser avaliadas de maneira a conseguir fornecer um Sistema de Triagem seguro.

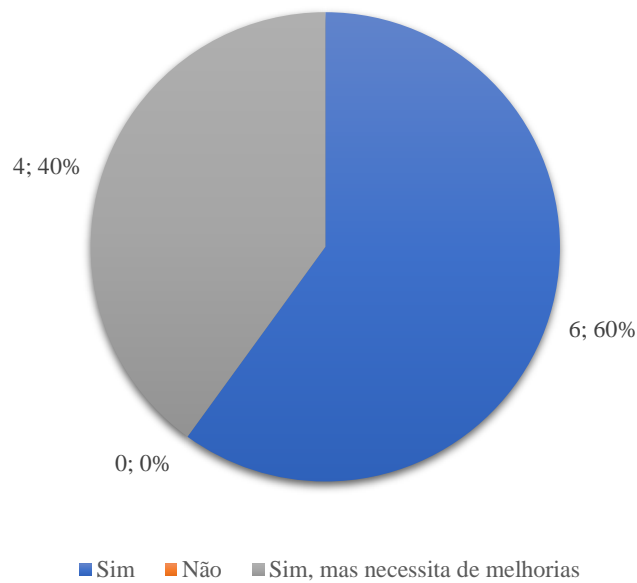


Gráfico 15: Eficiência Sistema Triagem Manchester. (P.Saúde)

Fonte: própria.

- A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial? / -Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?

Todos os profissionais de saúde envolvidos na investigação, afirmaram que a teleconsulta é benéfica em muitos aspetos e que iria ajudar a aliviar a sobrelotação que existe nos serviços de saúde, porque efetivamente existem muitos casos em que uma teleconsulta é suficiente. Esta metodologia iria ajudar não só na sobrelotação, mas também a tornar os processos mais rápidos, económicos e seguros para os utentes. Salienta-se, ainda, que a teleconsulta deverá ser somente utilizada para casos sem qualquer urgência, em que o profissional de saúde já conheça o utente e o seu historial clínico. O médico deverá dar sempre prioridade à consulta presencial. Este método deverá ser implementado num futuro próximo com regras bem delineadas, estudando o seu efeito a curto prazo, para conseguir analisar e verificar se está a ser um método bem implementado e que faça sentido continuar.

No geral, os utentes concordam com a continuação da teleconsulta, mas referem também que esta não deverá substituir a consulta presencial, visto que a maioria afirma preferir deslocar-se ao centro de saúde. Em casos que a teleconsulta pode vir a funcionar,

como medicação, verificação de análises, consultas simples, é uma mais-valia, tanto em termos de segurança, como em termos monetários. Acaba também por ser um processo mais rápido para os profissionais de saúde, que desta forma conseguem gerir melhor o seu tempo. Se o profissional de saúde achar por bem a consulta ser em modo presencial, esse mesmo terá a responsabilidade de explicar ao utente que é assim que tem de ser realizada.

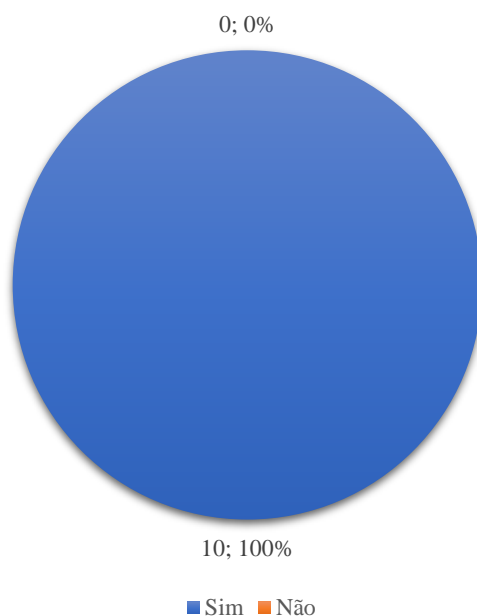


Gráfico 16: Teleconsulta – Prática para manter no futuro. (P.Saúde)

Fonte: própria.

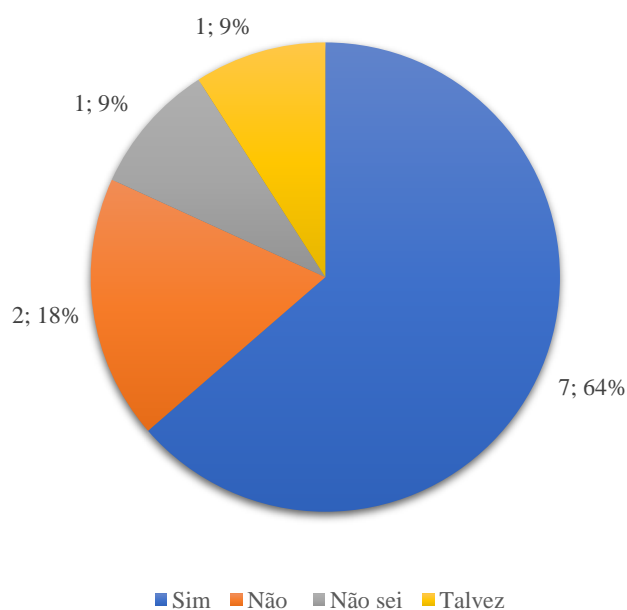


Gráfico 17: Continuação da teleconsulta. (Utente)

Fonte: própria.

- Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?

Todos os utentes entrevistados têm a noção de que é um enfermeiro que realiza a triagem.

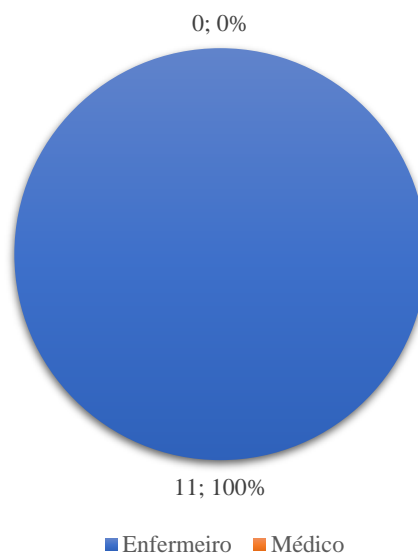


Gráfico 18: Triagem – enfermeiros/médicos. (Utente)

Fonte: própria.

- Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?

De acordo com as entrevistas realizadas aos utentes podemos constatar que estes têm conhecimento sobre a sua situação clínica, assim como demonstram saber que as urgências são direcionadas para casos urgentes, deslocando-se às mesmas somente quando não há outra alternativa, sendo estas os centros de saúde ou hospitais privados, no caso de possuírem um seguro de saúde.

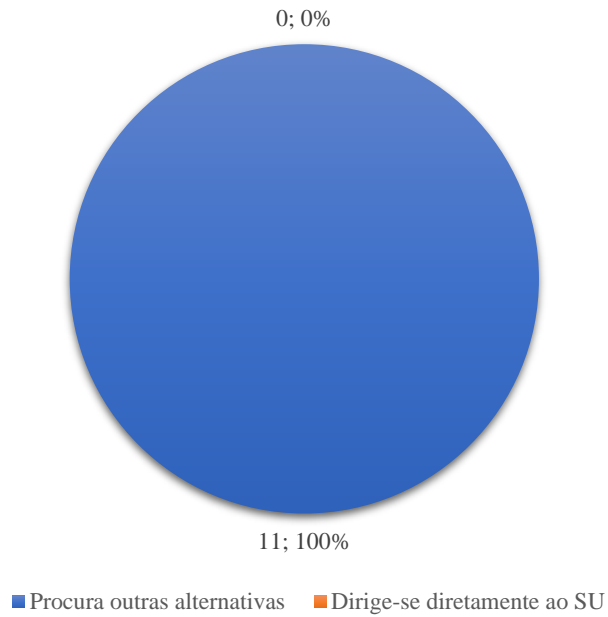


Gráfico 19: Procura de cuidados de saúde. (Utente)

Fonte: própria.

- Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?

Apenas três dos onze utentes que realizaram a entrevista acham que foram atendidos no tempo estipulado pelo Sistema de Triagem de Manchester. No entanto, possivelmente não sabem quais são os tempos estipulados pelo sistema, portanto o mais natural é terem esperado mais tempo do que é expectável, mas como têm pulseiras com prioridade reduzida e sempre esperaram muito tempo, consideram que seja algo normal. Os outros utentes referiram que estiveram à espera muito tempo.

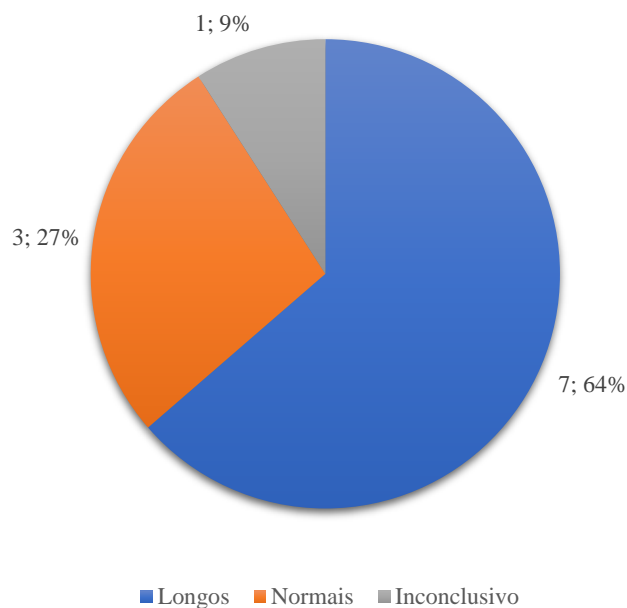


Gráfico 20: Tempos de espera. (Utente)

Fonte: própria.

- Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?

Existem efetivamente casos comprovados destes acontecimentos por parte dos utentes que realizaram a entrevista, referindo que já deixaram as urgências sem ser observados, sendo estes triados com prioridade reduzida, o que não deveria acontecer. No caso de utentes que não aparentem ser graves, deveria haver uma ligação entre hospitais e cuidados de saúde primários. Os profissionais de saúde conseguem saber se existe muita gente no Serviço de Urgência se visualizarem o sistema informático. Se acharem que não conseguem diagnosticar o utente no tempo estipulado pelo Sistema de Triagem, era melhor abordar o mesmo e direcioná-lo para os cuidados de saúde primários.

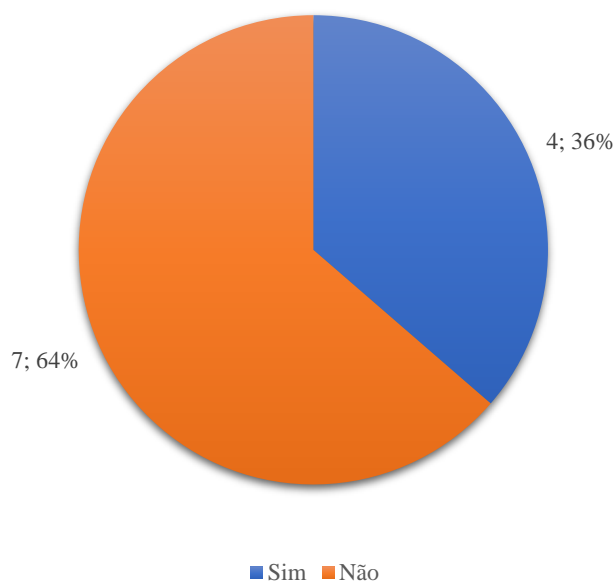


Gráfico 21: Abandono por falta de observação nos SU. (Utente)

Fonte: própria.

- É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?

Nenhum dos utentes tentou ludibriar o profissional de saúde presente na triagem para conseguir uma prioridade superior ao que verdadeiramente necessita. Este problema foi analisado e normalmente quem tenta obter um atendimento mais rápido são utentes que frequentam bastantes vezes os SU, ao contrário dos utentes que se dirigem ao SU esporadicamente, como os utentes entrevistados.

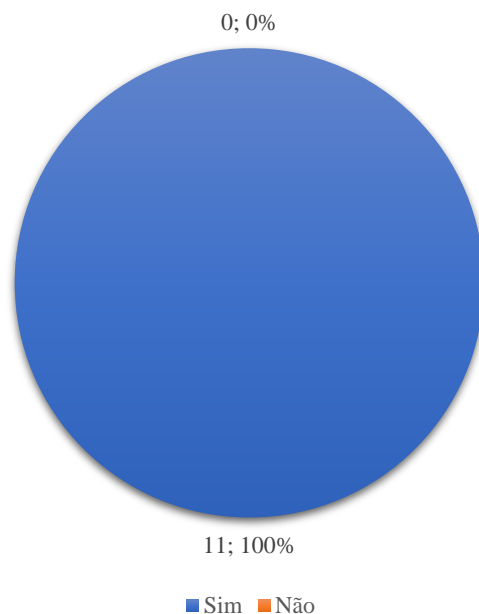


Gráfico 22: Seriedade referente à sua condição de saúde. (Utente)

Fonte: própria.

- Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?

De um modo geral, os utentes não têm razão de queixa. Sabem que têm de esperar pela sua vez, quer para realizar o exame, quer pelo resultado, uma vez que todo o processo demora o seu tempo. Os utentes consideram, ainda, que os hospitais que frequentam não possuem os recursos materiais necessários e, desta forma, é algo impossível de controlar e apressar porque não é culpa do Centro Hospitalar, nem dos profissionais de saúde. Alguns referem que como têm possibilidade, preferem deslocar-se ao hospital privado, visto que os processos são mais rápidos devido a possuírem uma menor afluência de utentes.

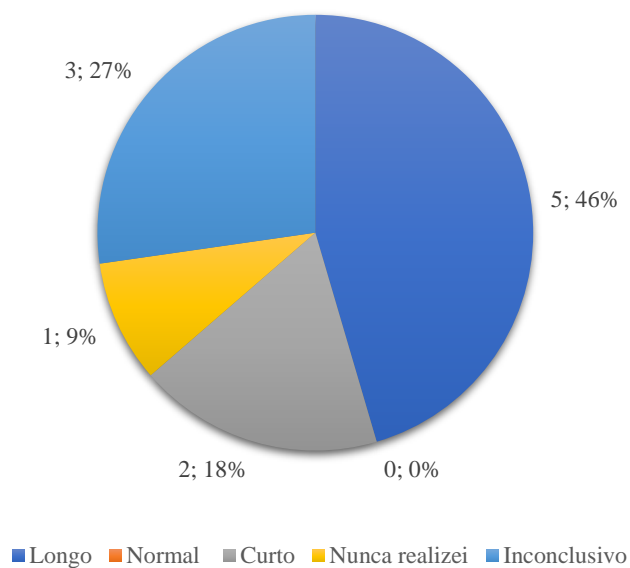


Gráfico 23: Exames – Espera de resultados. (Utente)

Fonte: própria.

- Sabe como funciona o sistema de triagem?

Enquanto há utentes que não sabem como funciona o Sistema de Triagem, outros têm algum conhecimento. Os utentes que, efetivamente, não compreendem como funciona o sistema são os que relatam ter menos paciência para esperar. Os que têm algum conhecimento, compreendem que está tudo associado à prioridade que existe neste local, em que os utentes com maior prioridade têm legitimidade para passar à sua frente.

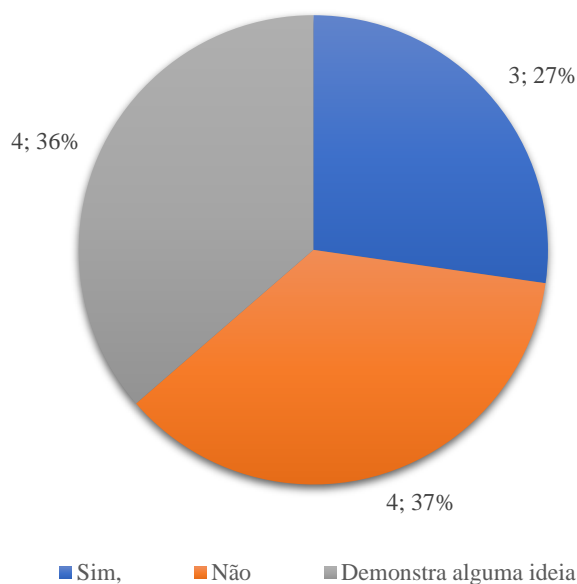


Gráfico 24: Conhecimento do sistema de triagem. (Utente)

Fonte: própria.

- Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?

Todos os utentes consideram que existe falta de organização e boa gestão nos SU com os recursos que têm disponíveis. Acreditam que são necessárias novas normas para tentar colmatar estes problemas, no entanto, caso não se realizem alterações, estas dificuldades persistirão. Outros julgam que a falta de recursos é um fator preponderante para não existir melhorias no serviço, mas mesmo com um investimento neste parâmetro, não sabem até que ponto estes problemas não vão prevalecer.

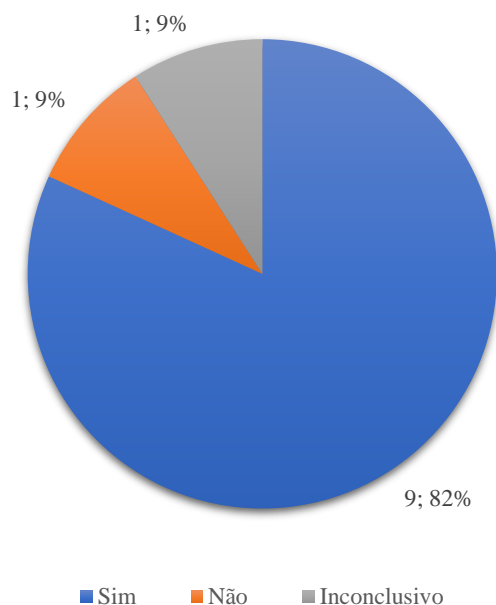


Gráfico 25: Desorganização no SU. (Utente)

Fonte: própria.

- O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?

As respostas a esta pergunta são um pouco diversas. Alguns utentes revelaram que tiveram algum receio para se deslocar aos SU. Esse receio foi manifestado pelo facto de não estarem infetados pela COVID-19, uma vez que inicialmente quem ficava infetado se dirigia ao hospital. Os utentes que relatam não ter sentido receio, acreditam que a gestão realizada aquando da pandemia foi bem executada e, por isso, não comprometia a sua segurança, visto que existem alas específicas para utentes com, ou sem COVID-19. Acreditam, também, que existe um bom controlo nos SU, nomeadamente a medição da temperatura de todos os utentes que desejam deslocar-se ao Centro Hospitalar. Desta amostra, poucos utentes necessitaram de se deslocar aos SU durante a pandemia. Alguns utentes realizaram teleconsultas, mas a maioria não teve necessidade.

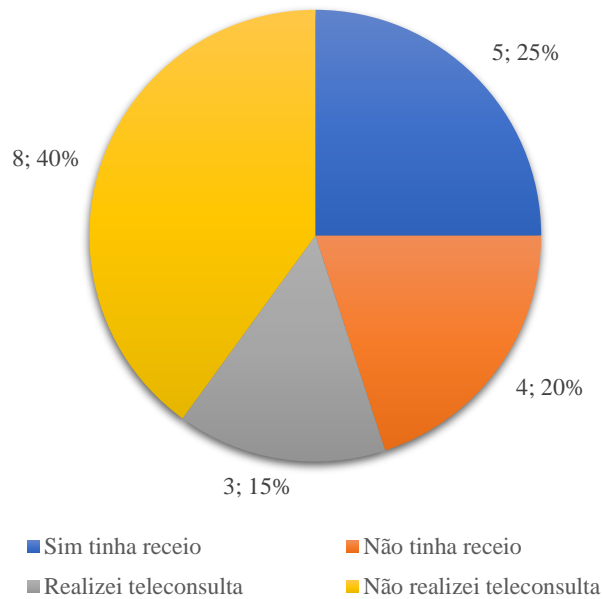


Gráfico 26: Receio de deslocamento aos SU durante pandemia, alternativas utilizadas. (Utente)

Fonte: própria.

9. Conclusão da discussão dos resultados

A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto?

e,

Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?

Na revisão de literatura foi apresentada uma investigação tendo como base a implementação de um médico no serviço de triagem. Os investigadores chegaram à conclusão de que um enfermeiro é mais apto para realizar este serviço porque é menos objetivo. O médico, por sua vez, devido à sua prática torna uma classificação de risco numa consulta, resultando num atraso da triagem, o que não é de todo o pretendido. Enfermeiros são profissionais mais generalistas, obtendo uma alta taxa de precisão. Estando um enfermeiro e um médico em simultâneo no serviço de triagem, obteve-se uma pequena melhoria em casos menos graves, nomeadamente nos seus tempos de espera, mas esta

metodologia levou a um maior desgaste e tensão nas equipas médicas, podendo aumentar o nível de erros (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012). Concluiu-se que não é benéfico, visto que a única melhoria seria nos tempos de espera dos utentes menos graves, podendo estes esperar, mantendo assim as equipas mais eficientes para atender os utentes que, efetivamente, necessitam de mais cuidados. As conclusões da revisão de literatura interligam-se assim com a opinião dos profissionais de saúde envolvidos nas entrevistas realizadas pelo investigador. Estes acreditam que um médico aumentaria os tempos da triagem. O tempo excessivo de espera pode ser bastante grave, porque a triagem é o primeiro contacto que o utente tem com o SU, não se sabendo como este se encontra antes de realizar a mesma. Apoiam ser um enfermeiro porque têm formação, aptidão e conhecimento suficiente para lhes permitir ser extremamente rápidos e eficientes. Outro ponto que os profissionais de saúde referem, estando em concordância com Leaman (2003) é que os utentes não críticos são inadequados para o Serviço de Urgência, devido às equipas serem experientes e preparadas para tratar casos de maior complexidade, nunca devendo ocupar tempo com casos de menor gravidade. Utentes não críticos devem sempre dirigir-se aos cuidados de saúde primários, que estão preparados para atender os casos de menor complexidade. Fazendo referência aos utentes que se disponibilizaram para realizar as entrevistas, importa referir que todos sabem que são enfermeiros a realizar a triagem, mas acham que existem alguns erros no que respeita à sua prática.

Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?

De acordo com Silva (2009) na revisão de literatura efetuada, a triagem consiste na separação de pessoas, em função do seu prognóstico, em que o termo triagem significa separar os utentes. Esta separação tem por base a sua gravidade. As conclusões que o investigador obteve com a realização das entrevistas aos profissionais de saúde foi essa mesma, descrevendo que o maior benefício de uma triagem é a separação e a priorização do utente, fornecendo serviços médicos o mais rapidamente possível a quem necessita. Deste modo, a opinião dos profissionais de saúde corrobora com o que os autores presentes na revisão de literatura referem.

A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?

e,

No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?

A tecnologia está muito presente nos dias de hoje. Como tal, em todos os serviços que seja possível obter vantagem utilizando este tipo de recurso, a sua implementação deve ser realizada. Nos serviços de saúde, não é exceção. De acordo com Hancock e Isken (1992), um sistema bem projetado pode contribuir para a melhoria dos serviços hospitalares. Na indústria da saúde, a sua utilização oferece diversas vantagens (Siau, 2003), desde obter melhor coordenação de recursos, assim como conseguir reduzir custos administrativos. Os sistemas ERP são sistemas que interligam todos os dados e processos de uma organização num único sistema. Algumas das suas vantagens nos SU podem ser, o controlo de tempo de utentes à espera de triagem; os utentes que já realizaram a triagem e estão à espera de obter a primeira observação; o número de salas de internamento disponíveis; os recursos materiais como macas, equipamentos para a realização de exames disponíveis, entre outros. O objetivo é obter os recursos certos, no tempo e local adequado. Tudo isto é possível de se obter se existir uma boa gestão no serviço, aperfeiçoando a gestão entre profissionais de saúde, favorecendo assim a melhoria dos serviços prestados e consequentemente a redução dos tempos de espera.

De acordo com o depoimento dos profissionais de saúde envolvidos nas entrevistas, o investigador concluiu que nos hospitais nacionais isto está longe de acontecer. Os profissionais de saúde referem que muitas vezes os seus sistemas informáticos não são intuitivos, ocorrendo diversas falhas, sendo necessário abrir programas diferentes para obter acesso a informações relevantes. Mesmo os recursos mais simples, como impressoras e scanners apresentam falhas, o que vai condicionar a rapidez do serviço. Foi possível perceber pelas entrevistas que apenas um hospital possui um sistema informático que apresenta o número de utentes que está à espera para realizar a triagem. Os sistemas informáticos, em primeiro lugar, têm de estar corretamente otimizados para os estabelecimentos de saúde, sendo necessário investir neste aspeto, de forma a melhorar os sistemas. Outra opção seria criar um sistema que consiga ser intuitivo, eficiente, rápido e que esteja tudo armazenado na

mesma base de dados, não sendo necessário abrir um programa diferente para cada informação necessária. Alguns profissionais de saúde relatam que para aceder à ficha do utente, abrem um programa; para visualizar antecedentes, encontrar histórias clínicas, outro programa, ou seja, é um sistema que para além de lento, torna-se confuso. Outro relato importante de salientar, é o facto do mesmo hospital utilizar dois sistemas informáticos diferentes de acordo com a unidade. Para os internos do ano comum, que estão no seu primeiro ano a exercer atividade, passando por todas as especialidades, torna-se algo pouco intuitivo e complicado de assimilar, porque têm de aprender a utilizar diferentes sistemas, quando é possível utilizar somente um em todo o hospital. No que toca a sistemas informáticos para realização de controlo de gestão, é necessária conceder uma grande atenção a este tópico.

Relativamente ao controlo dos utentes nos SU, também foi referido que muitos dos profissionais de saúde não prestam atenção ao tempo que os utentes estão à espera para ser observados, permitindo-nos concluir que muitas normas estabelecidas pelo Sistema de Triagem de Manchester não são colocadas em prática, como a realização da segunda triagem de um utente que está à espera para ser observado há mais de duas horas. Nesse intervalo de tempo, o seu estado clínico pode agravar-se, fazendo com que necessite de cuidados o mais rapidamente possível. De acordo com Coutinho, Cecílio e Mota (2012), o STM falhou em detetar alguns utentes que pioraram a sua condição clínica após a chegada ao Serviço de Urgência, corroborando assim com as observações de alguns profissionais de saúde, que indicam ser impossível realizar esta tarefa. Não realizar este controlo é prejudicial, sendo este um meio onde incidentes podem acontecer a qualquer instante, não existindo uma equipa para socorrer rapidamente caso seja necessário. Uma mais valia seria criar uma equipa de profissionais de saúde para realizar este controlo, visto que em Portugal a sobrelotação é um problema iminente e, deste modo, seria possível manter um controlo mais eficaz dos utentes, criando assim uma melhor gestão dos mesmos, de maneira a fornecer uma maior segurança à sua saúde.

Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobrevalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?

Alguns autores como, Roukema et al. (2006) e Van Veen et al. (2008) na revisão de literatura referem que existem percentagens de triagem subestimada e triagem superestimada, assim como os profissionais de saúde questionados sobre o assunto, corroborando desta forma com os autores referidos anteriormente.

Estes referem que é muito difícil controlar certos casos, devido a existirem parâmetros de difícil análise como a dor, visto que os utentes têm tolerâncias diferentes. O STM dá grande relevância à dor, portanto existe uma grande percentagem de triagem superestimada.

De acordo com Trigo et al. (2008), num estudo realizado a utentes com prognóstico de infarto agudo do miocárdio, existem muitos utentes classificados com prioridade amarela, correspondendo a possíveis erros de triagem, devido a não incluírem realização do ECG como discriminador no fluxograma de dor torácica, sendo que 47% foram classificados em oito fluxogramas diferentes, demonstrando assim uma incorreta classificação, resultando num aumento significativo dos tempos de espera nos SU.

Posto isto, deverá ser realizado um estudo de forma a descobrir como será possível realizar com mais detalhe o diagnóstico de dor de cada utente. Se ocorrer um erro de triagem subestimada é necessário realizar o que já foi referido na conclusão da questão anterior. Conforme é indicado pelos profissionais de saúde, os sinais vitais não têm relevância em casos não urgentes, portanto iriam demorar mais tempo a realizar a triagem para obter uma conclusão mais correta, com uma diferença pouco significativa. Em relação aos utentes mentirem sobre o seu estado de saúde, é possível identificar alguns casos. Assim como há utentes que são conhecidos pelos enfermeiros por distorcerem o seu estado de saúde, também

já aconteceu com utentes que se deslocam pontualmente ao Serviço de Urgência. Nestes casos, os profissionais de saúde percebem que a história descrita na triagem não corresponde ao que lhes é descrito, sendo estes advertidos.

Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão?

e,

Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem?

De acordo com Considine, Kropman e Winter (2008), as investigações referem os longos tempos de espera, corroborando com o depoimento dos profissionais de saúde que realizaram as entrevistas, afirmando que efetivamente estes são muito longos. Schellein et al. (2009) preconiza que não se deve perder o rigor e a segurança que a triagem oferece, tanto para os utentes como para os profissionais, porque uma triagem mal realizada pode trazer complicações para ambas as partes. Dito isto, Considine, Kropman e Winter (2008), referem a existência de um modelo denominado “*see and treat*”, em que utilizam uma equipa de profissionais de enfermagem bem treinados para iniciar e completar tratamentos simples. Esta alternativa veio trazer melhores resultados nos tempos de espera dos utentes não críticos. O investigador verificando este método optou por colocar uma questão aos profissionais de saúde, de forma a perceber se em Portugal seria viável a criação de equipas específicas para utentes não críticos e outra para utentes críticos, conseguindo, assim, deslocar os utentes não críticos mais rapidamente, visto que este grupo origina a sobrelotação dos SU. Dois profissionais de saúde afirmam que esta alternativa já está em vigor no seu Centro Hospitalar e que reduz bastante o tempo de espera destes utentes, combatendo assim a sua negligência. Sete dos dez profissionais apoiam esta alternativa e julgam ser uma excelente aposta num futuro próximo. Apenas um profissional de saúde mostrou não concordar com esta metodologia. Analisando as respostas, o investigador, chegou à conclusão de que cada gestor hospitalar é que tem o poder de criar metodologias no seu estabelecimento de saúde, de forma a obter os melhores resultados possíveis, no que à gestão

diz respeito. Desta forma, pode concluir-se, que em Portugal, muitos gestores hospitalares não analisam o meio em que estão inseridos. Estes profissionais têm de ser proativos, inovadores, pesquisando e estudando novos métodos de trabalho, que permitam tornar o seu serviço o mais eficaz possível. Coutinho, Cecílio e Mota (2012), chegaram à conclusão de que a triagem foi o primeiro sistema formalizado de gestão dos riscos clínicos e sempre que a procura superar os recursos existentes, estes mesmos recursos devem ser direcionados para quem mais necessita. Desta forma, não é a triagem, nem o sistema que utilizam para obter uma decisão clínica que falha, mas sim a falta de recursos disponíveis para o atendimento de toda a procura que existe. Todos os profissionais de saúde envolvidos nas entrevistas, referem estas falhas de recursos, quer materiais, quer humanos, mas também a falha de gestão, dizendo que são os maiores problemas nos hospitais nacionais. Haverá sempre desequilíbrio entre a procura e a capacidade de resposta às necessidades da população. Neste sentido, adotar novas formas de organização de cuidados em unidades de saúde, poderá ser sempre necessário. Posto isto, concluímos que um dos pontos fulcrais a alterar nos hospitais nacionais é a sua gestão, a forma como os recursos existentes são distribuídos e utilizados.

As conclusões que o investigador reteve das entrevistas com os utentes prendem-se com o facto destes acreditarem que os problemas existentes se devem há falta de profissionais e recursos. Posteriormente, referem que a gestão do SU também não é bem realizada, porque se apercebem que, enquanto estão à espera de serem chamados, existe muita desorganização, o que não ajuda a melhorar o serviço. No que respeita às equipas diferenciadas de utentes críticos e não críticos, consideram bastante benéfico tentar implementar esta medida. Quando o investigador referiu que esta prática já está a funcionar em outros centros hospitalares e tem um feedback bastante positivo, veio reforçar a sua opinião.

Conhece outros Sistemas de Triagem?

A investigação realizada refere diversos Sistemas de Triagem, falando um pouco da sua história para tentar descobrir o nível de eficácia na gestão de um Centro Hospitalar. Deste modo, são apresentados outros Sistemas de Triagem existentes, como o *Ipswich Triage Scale* (Fitzgerald, 2010; Silva, 2009), a *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS – Canadá), a *Emergency Severity Index* (ESI – EUA) (Silva, 2009) e o *Australasian Triage Scale* (ATS) (ACEM, 1994; Aeimchanbanjong et al, 2017). A maioria dos profissionais de saúde não demonstra conhecer outros Sistemas de Triagem como os apresentados na revisão de

literatura. Nas entrevistas realizadas aos profissionais de saúde, apenas um conseguiu referir outro Sistema de Triagem. Conclui-se assim, que em Portugal no sistema de ensino, só demonstram interesse no Sistema de Triagem em vigor. Estudos realizados demonstram que o STM é válido e eficaz, obtendo uma taxa de sucesso elevada, sendo este utilizado em quase toda a Europa. Concluiu-se, ainda, que o STM é um modelo que deverá permanecer, recebendo sempre atualizações ao longo do tempo, melhorando a gestão dos Centros Hospitalares de forma a criar o melhor Sistema de Triagem possível.

Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos?

De acordo com os profissionais de saúde envolvidos nas entrevistas, apenas um acredita que este é o verdadeiro problema no que respeita à gestão. Acredita que estas trocas não são favoráveis, não pelo facto de ocorrer a troca em si, mas sim, pelo facto desta troca não ser realizada corretamente.

Uma opinião unânime por parte de todos os profissionais de saúde é que os utentes devem ser sempre seguidos pelo mesmo profissional, desde o momento em que dão entrada no SU até à sua saída, caso isso seja possível, visto que é um processo mais rápido e eficaz, não perdendo tempo com trocas de informação. Caso não seja possível, se o utente tiver de ser reencaminhado para uma área mais específica, ou se o turno estiver a terminar e seja necessário fazer a passagem de testemunho, os profissionais de saúde têm de se certificar que a passagem para o outro profissional é bem realizada, garantindo que não fica nenhuma informação por transmitir, visto que a partir daquele momento o responsável pelo utente é o profissional que rendeu o turno.

Outro aspeto que os profissionais de saúde referiram no decorrer da entrevista, é que quando ocorre esta troca e é realizada a observação por mais médicos, a maioria vê este parâmetro como uma mais-valia, visto que mais pessoas conseguem debater o caso do utente, dando assim novas ideias e ajudando a solucionar o problema, tornando o diagnóstico mais rápido. Por este motivo é que os Serviços de Urgência funcionam por equipas e não por médicos individuais.

Machado H. (2008) refere que é necessário e muito importante o encaminhamento ser bem realizado e que nesse local é necessário haver uma hierarquia definida, não existindo qualquer problema se o utente começar a ser observado por um médico menos experiente,

como os internos de ano comum, sendo essencial estes terem uma equipa composta por profissionais de saúde experientes à sua volta para debaterem o estado clínico do utente e que tenham sempre um superior encarregue de concluir o caso, corroborando desta forma com a opinião dos profissionais de saúde.

Na revisão de literatura foi relatado que estas trocas de médicos por não serem bem estruturadas criam longas filas de espera, em que 10% a 15% demoravam mais de seis horas. De acordo com Machado H. (2008) foi investigado e demonstrado que estes atrasos ocorrem devido a constrangimentos pessoais entre profissionais de saúde, não obtendo capacidade de decisão em tempo útil, adiando assim a decisão referente ao utente, impossibilitando o hospital de não conseguir dar resposta a determinados casos. Deste modo, é necessário também averiguar o bem-estar dos profissionais de saúde, porque trabalham em ambientes difíceis, muitas vezes sobrecarregados de stress. É necessário cuidar dos profissionais existentes, mostrando preocupação com a sua saúde, tanto física como psicológica, mantendo um bom ambiente no local de trabalho e se em algum caso, algum profissional de saúde mostrar sinais de *burnout*, este deverá ter o apoio necessário para recuperar.

Os utentes, de forma geral, preferem ser seguidos pelo mesmo médico se tal for possível, corroborando assim com a opinião dos profissionais de saúde. Caso contrário, acreditam que deve ser feita a sua passagem para um médico especialista se o seu caso clínico for mais específico. Referem ainda que, não têm problema em ser observados por vários médicos, pois o que interessa é que encontrem solução para o seu problema, independentemente das trocas que sejam realizadas.

A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?

De acordo com a revisão de literatura e respostas dos profissionais de saúde acerca do STM ambas se complementam. Silva (2009) e Coutinho, Cecílio e Mota (2012), referem que é um sistema confiável e avaliado por diversos parâmetros, sendo sempre bem-sucedido, tanto pelos diferentes sistemas de saúde como pelos profissionais. Nas entrevistas, os profissionais de saúde referem o mesmo, fazendo com que as opiniões dos autores se interliguem com as suas, ainda nos dias de hoje. Referem que é um sistema de triagem que funciona bem, tendo sempre espaço para melhorar, afirmando que as suas bases são bem executadas. Conclui-se que é um excelente sistema para se manter, pois, torna o serviço mais fluído, rápido e eficiente.

A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial?

Observando a análise feita de acordo com as respostas que o investigador obteve sobre a teleconsulta, ou clínica telefónica, todos os profissionais afirmaram que esta é benéfica em diversos aspetos e que pode ajudar na gestão dos Centros Hospitalares, ocupando assim menos tempo, quer aos utentes, quer aos profissionais de saúde. Salientam ainda que esta deverá ser somente utilizada em casos de gravidade mínima ou em casos sem gravidade, como check-up rápido, prescrição de medicação regular ou visualização de análises. Nos restantes casos, deverá ser realizada uma consulta presencial. A consulta presencial nunca deverá ser substituída pela teleconsulta e sempre que o profissional de saúde ache que o utente se deva dirigir a um Centro Hospitalar, assim deverá ser feito. Na investigação verificou-se que estes serviços são úteis em diversos aspetos e que podem ser postos em prática com segurança, sem nunca comprometer a saúde dos utentes. De acordo com Lattimer et al (2000), já em 1999, surgiu no Reino Unido o NHS Direct, executada por profissionais que garantem informação de saúde e encaminhamento de utentes para instituições. Atualmente o NHS Direct é considerado um dos maiores serviços mundiais de triagem de teleconsulta. Em 2007, foi lançado oficialmente a Saúde 24, utilizada com mais ênfase e dando mais reconhecimento à mesma durante a pandemia COVID-19. Segundo Simões (2012), a Linha de Saúde 24 tem a sua origem associada a uma seguradora do setor privado e o seu objetivo era triar, aconselhar e encaminhar pessoas de idades compreendidas entre os 0 e os 15 anos para as mais diversas instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Atualmente esta linha responde a toda a população. Em pouco tempo concluiu-se que estas linhas traziam ganhos para os serviços de saúde, reduzindo custos e consequentemente diminuindo a afluência às urgências hospitalares. Desta forma, concluiu-se que os profissionais de saúde e autores presentes na revisão de literatura partilham da mesma opinião.

Quando questionados acerca deste tema, os utentes de um modo geral concordam exatamente com o que é descrito na revisão de literatura e com o que os profissionais de saúde acham, que é uma mais-valia em casos sem gravidade, sendo que todo o resto deverá ser presencial. Os utentes referem que concordam, mas ainda assim, muitos preferem dirigir-se ao local porque as interações são diferentes e sentem uma maior segurança desta forma.

Conclusão

Observando toda a área de investigação, uma das técnicas que deve ser implementada para obter uma triagem mais eficaz, poderá ser a realização dos testes de sinais vitais com maior regularidade, de forma a conseguir reduzir as percentagens de triagem subestimada e triagem sobrestimada.

Após a triagem é fundamental existir uma separação entre o que são os objetivos do Serviço de Urgência e os que não são, ou seja, existirem áreas que correspondam ao estado emergente, muito urgente e urgente. Assim, este grupo ficaria separado das áreas destinadas a prioridades reduzidas, como os utentes pouco urgentes e não urgentes.

Desta forma, ambas as situações seriam avaliadas com maior rapidez e os tempos de espera conseguiriam ser reduzidos, fazendo com que os utentes não se sentissem, em algum momento, negligenciados, melhorando assim a gestão dos SU. Desta maneira teríamos um melhor controlo no que à gestão dos utentes diz respeito, fazendo com que nenhum destes saia dos SU sem ser observado.

Realizada esta separação, os médicos das diversas áreas eram dispostos de forma a estarem disponíveis de imediato, diminuindo assim o tempo de diagnóstico do utente, visto que nas investigações realizadas, os tempos de espera estipulados não são cumpridos, algo que não deverá acontecer.

De acordo com os profissionais de saúde nesta investigação, a triagem é bem realizada nos hospitais nacionais. Esta tem como prioridade a rapidez, sem nunca esquecer o rigor e a segurança. Caso aconteça algum tipo de triagem subestimada, os profissionais de enfermagem dos Serviços de Urgência deverão ter formação em Suporte Básico e Avançado de Vida, de forma a socorrer rapidamente um utente que necessite desses cuidados, não sendo necessário esperar pelo médico para agir numa situação de emergência (Machado H., 2008).

Normalmente, quando estas situações acontecem, não é um problema da triagem, mas sim do que a precede, ou seja, é inequívoca a importância do encaminhamento após a triagem para o fluxo correto de atendimento, e nesse local é importantíssimo que exista uma hierarquia definida, sendo que não existe qualquer problema se o utente começar a ser observado por um médico menos experiente, na medida em que existe um ascendente técnico e um apoio inequívoco nas vinte e quatro horas do dia (Machado H.,2008).

Foram realizadas algumas investigações sobre atrasos no diagnóstico, tendo sido estudado e demonstrado que estes ocorriam devido a constrangimentos entre os profissionais

de saúde que não têm capacidade de agir em tempo útil, adiando assim a sua decisão referente à triagem. No entanto, esta lacuna nos SU não se deve apenas aos profissionais de saúde, mas também pela impossibilidade de o hospital não conseguir dar resposta a determinados casos (Machado H., 2008).

É necessário implementar medidas mais objetivas e monitorizar utentes desde o momento em que entram no Serviço de Urgência até ao momento de saída. Estas medidas podem traduzir-se no aumento de recursos humanos, ou seja, obter mais profissionais de saúde para uma resposta mais rápida, tentando cumprir os tempos por cada escala de triagem, bem como no aumento de recursos materiais que, como sabemos, não são suficientes para dar resposta a todos os utentes que se dirigem ao SU.

Outro ponto a destacar seria a integração de uma equipa de profissionais a tempo inteiro nos Serviços de Urgência. “Como já foi referido, outros países criaram a especialidade de Medicina de Urgência, o que em Portugal, apesar dos inúmeros defensores desta estratégia, parece ainda um pouco longe de ser possível o primeiro nível de diálogo entre os parceiros relevantes” (Machado H., 2008). Para ajudar nas funcionalidades de acesso à informação, deveria ser implementado um sistema informático mais eficaz nos centros hospitalares, onde fosse possível controlar o tempo que os utentes esperam nos Serviços de Urgência e o intervalo de espera entre o primeiro diagnóstico e a conclusão do seu caso clínico.

Como foi verificado na investigação, existem programas que aumentam a eficiência e a eficácia dos Serviços de Urgência, assim como a rapidez de atendimento dos utentes e, visto que estamos numa época em que as tecnologias são tão simples de utilizar e tão autónomas, os Serviços de Urgência só têm de as implementar corretamente para assim aumentar a eficácia, quer da triagem, quer de todo o processo de gestão do utente.

Debilidades do Sistema de Triagem

Apesar de ser eficaz em muitos dos seus aspetos, o Sistema Triagem de Manchester tem debilidades, como reparámos pela investigação na ala pediátrica, tendo moderada sensibilidade e especificidade. De acordo com relatos de profissionais de saúde, deveria existir alguma diferenciação no que toca à triagem e à atribuição de prioridade de acordo com a idade, porque o que numa criança poderá não apresentar um sintoma de risco, num idoso pode ser totalmente diferente, pelo que é necessário averiguar o sistema conforme as idades.

Os profissionais de saúde queixam-se também de problemas que tornam o serviço mais lento, como o facto de o material não funcionar corretamente, como é o caso das impressoras, scanners, sistema informático lento, entre outros. É necessário avaliar esta situação e garantir que nenhum destes problemas ocorre no futuro.

Outro aspeto que tende a atrasar o serviço é a não existência de um local definido para os utentes, nem o controlo de encaminhamento para os mesmos, fazendo com que estejam em salas de espera que não são as mais indicadas para o seu problema, tendo os profissionais de saúde que andar à sua procura, atrasando mais o seu diagnóstico e, conseqüentemente, o serviço.

Relativamente aos diversos modelos, nenhum deles pode ser considerado perfeito porque todos têm debilidades, todavia é importante estudar o que cada um tem como ponto forte e fazer os ajustes necessários para potenciar a otimização de cada um.

Quando comparados entre si, o CTAS é mais sensível e menos específico na deteção de certas patologias, o que irá requerer mais atenção que o ESI (Silva, 2009). Em contrapartida, a metodologia do CTAS e o STM demonstram boa consistência entre triadores, o que não se verifica no ESI, visto que este sistema tem pouca abrangência. Desta forma, algumas áreas dos Serviços de Urgência tendem a ficar sobrelotadas, enquanto outras estão completamente vazias. O CTAS no que respeita aos tempos de triagem é melhor, visto que carece de menores tempos de espera por utente até serem observados, sendo utilizadas áreas diferenciadas para cada nível de triagem.

De forma a concluir os resultados desta investigação, importa destacar alguns aspetos referentes à gestão dos hospitais nacionais e à validação do sistema de triagem:

- Alterar a gestão nos SU para melhorar o serviço com os recursos disponíveis;
- investir em recursos humanos/materiais;
- obter um sistema informático único por Centro Hospitalar de fácil utilização;
- assegurar a concordância entre triadores, o que contribuirá para a segurança e validade do sistema;
- obter resultados consistentes entre as diferentes unidades de saúde do Centro Hospitalar;
- identificar precocemente um doente crítico.
- alcançar melhorias nos tempos de espera dos utentes;

- formar enfermeiros de triagem com maior especificidade;
- incluir exames para determinados casos clínicos.

Ainda relativamente a esta investigação, devo mencionar que em futuras investigações ou estudos deverão utilizar amostras mais amplas, fazendo outro tipo de análise como, por exemplo, a análise quantitativa.

Futuros investigadores poderão ainda extrapolar as temáticas estudadas nesta investigação.

Referências Bibliográficas

Advanced Life Support Group (1995) Triage, Major Incident Medical Management and Support, British Medical Journal Publishing Group, páginas 113-123.

Aeimchanbanjong, K., & Pandee, U. (2017). Validation of different pediatric triage systems in the emergency department. *World journal of emergency medicine*, 8(3), 223.

Albino, R. M., Grosseman, S. & Riggenbach, V. (2007). Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36 (4), 70-75. Recuperado de <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>

Australasian College of Emergency Medicine (1994) National Triage Scale, *Emergency Medicine (Australia)*, Vol. 6, Nº 2, páginas 145-146.

Azeredo, T. R. M., Guedes, H. M., Almeida, R. A. R., Chianca, T. C. M. & Martins, J. C. A. (2014). Efficacy of the manchester triage system: a systematic review. *International emergency nursing*, 06, 1-6. Recuperado de <http://sci-hub.io/10.1016/j.ienj.2014.06.001>

Barnes T (1997) Triage, Illawara Area Health Services, Australia

Beveridge B et al (2000) *The Science of Triage*, Society for Academic Emergency Medicine, San Francisco.

Beveridge R, Clarke B, Janes L, Savage N, Thompson J, Dodd G, Murray M, Jordan CN, Warren D, Vadeboncoeur A. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines. *Can J Emerg Med*. 1999;1(suppl):S2-28. [Citado em 2009 abr. 12]. Disponível em: <http://www.caep.ca/template.asp?id=b795164082374289bbd9c1c2bf4b8d32#guidelines>.

Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2009;July;25(7):1439-

54. [Citado em 2010 Feb 24] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=en.doi:10.1590/S0102-311X2009000700002.

Cecílio LCO. A micropolítica do hospital: Um itinerário ético-político de intervenções e investigação. [Tese de Livre Docência]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2007.

Choi YF, Wong TW, Lau CC. Triage rapid initial assessment by doctor (TRIAD) improves waiting time and processing time of the emergency department. *Emerg Med J*. 2006;23:262-5.

Considine J, Kropman M Kelly E, Winter C. Effect of emergency department fast track on emergency department length of stay: a case control study *Emerg Med J*. 2008;25:815-9.

Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *J Accid Emerg Med*. 1999;16(3):179-81.

Coutinho, A., Cecílio, L. & Mota, J. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de manchester. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22 (2), 188-198. Recuperado de <http://www.rmmg.org/exportar-pdf/101/v22n2a10.pdf>

Cronin JG. The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. *Accid Emerg Nurs*. 2003;11:121-5.

Dann E, Jackson R, Mackway-Jones K. Appropriate categorisation of mild Pain at triage: a diagnostic study. *Emerg Nurse*. 2005;13(1)28-32.

FitzGerald, G., Jelinek, G. A., Scott, D., & Gerdtz, M. F. (2010). Emergency department triage revisited. *Emergency Medicine Journal*, 27 (2), 86-92. Recuperado de <http://sci-hub.io/10.1136/emj.2009.077081>

Freitas, C. C., Vieira, P. R., Torres, G. V. B. & Pereira, C. R. A. (2009). Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. *Revista Dor*, 10 (1), 56-62. Recuperado de http://media.wix.com/ugd/f36792_edald2afd4f4bcc82d7d9de0e19e6700.pdf

Freitas, P. (2002). *Triagem no Serviço de Urgência* (2ª ed.). Manchester, UK: Grupo de Triagem de Manchester.

Gilboy N, Tanabe P Travers D, Rosenau A, Eitel DR. Emergency Severity Index. Version 4: Implementation Handbook. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2005. [Citado em 2009 abr. 12]. Disponível em <http://wwwahrq.gov/research/esl>

Goransson K, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2005; 19(4): 432–8.

Hancock, W. M., & Isken, M. W. (1992). Patient-scheduling methodologies. *Journal of the Society for Health Systems*, 3(4), 83-94.

Holman, H. R. (1993). Qualitative inquiry in medical research. *Journal of clinical Epidemiology*, 46(1), 29-36.

Hughes G. Triage; evolution or extinction [editorial]. *Emerg Med J*. 2006;23:88.

Iseron, V. K., & Moskop, J. C. (2007). Triage in medicine, part I: concept, history and types. *Annals of Emergency Medicine*, 49 (3), 275-287. Recuperado de <http://scihub.io/10.1016/j.annemergmed.2006.05.019>

Jiménez JG. Clasificación de utentes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergências. *Emergencias*. 2003;15:165-74.

Lattimer, V., Sassi, F., George, S., Moore, M., Turnbull, J., Mullee, M. & Smith, H. (2000). Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a

randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 320 (7241), 1053-1057. Recuperado de <http://scihub.io/10.1136/bmj.320.7241.1053>

Leaman AM. See and Treat: a management driven method of achieving targets or a tool for better patient care? One size does not fit all [debate]. *Emerg Med J*. 2003;20:118.

Ludke, M., & André, M. (1986). Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. *Em Aberto*, 5(31).

Lyon F Boyd R, Mackway-Jones K. The Convergent Validity of the Manchester Pain Scale. *Emerg Nurse*. 2005;13(1):34-8.

Machado, H. (2008). Relação entre a triagem de prioridades no serviço de urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1370/1/Machado-H.pdf>

Mackway-Jones, K., Marsden, J. & Windle, J. (2006). *Emergency triage: manchester triage group* (2ª ed.). Oxford, UK: BMJ Publishing Group.

Mackway-Jones K, Windle J. Don't throw triage out with the bathwater [debate]. *Emerg Med J*. 2003;20:119-20.

Martins, H. M. G., Cuña L. M. C. D. & Freitas, P. (2009). Is manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emergency Medicine Journal*, 26 (3), 183-186. Recuperado de <http://repositorio.hff.minsaude.pt/handle/10400.10/847>

McBrien, B. (2009). Translating change: the development of a person-centred triage training programme for emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 17(1), 31-37.

Minayo, M. C. D. S. (1994). Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. In *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia* (pp. 25-33).

Mirhaghi, A., Mazlom, R., Heydari, A., & Ebrahimi, M. (2017). The reliability of the Manchester Triage System (MTS): a meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 10(2), 129–135. <https://doi.org/10.1111/jebm.12231>

Olofsson P, Gellerstedt M, Carlström ED. Manchester Triage in Sweden - interrater reliability and accuracy. *Int Emerg Nurs*. 2009 Jul;17(3):143-8. Epub 2009 Feb 5.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.

Peng, L. S., Rasid, M. F., & Salim, W. I. (2021). Using modified triage system to improve emergency department efficacy: A successful Lean implementation. *International Journal of Healthcare Management*, 14(2), 419-423.

Pink N (1977) Triage in the Accident and Emergency Department, *Australian Nurses Journal*, Vol. 6, páginas 35-36.

Roukema J, Steyerberg EW, Van Meurs A, *et al.* Validity of the Manchester triage system in paediatric emergency care. *Emerg Med J*. 2006;23(12):906-10.

Schellein O, Ludwig-Pistor F, Bremerich DH. Manchester Triage System: process optimization in the interdisciplinary. *Manchester Triage System. Emerg Depart Anaesthetist*. 2009;Feb;58(2):163-70.

Scoble M. Implementing triage in a children's assessment unit. *Nurs Stand*. 2004;18(34):41-4.

Siau, K. (2003). Health care informatics. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 7(1), 1-7.

Silva, A. M. (2009). Triagem de prioridades - triagem de manchester (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19983>

Simões, P. (2012). Burnout dos profissionais da enfermagem nos serviços de saúde em Portugal: um investigação de caso na Saúde 24 Porto (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://run.unl.pt/bitstream/10362/9464/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Pedro%20Sim%C3%B5es.pdf>

Smith, W. (2012). Triage in mass casualty situations. *Continuing Medical Education*, 30 (11), 413-415. Recuperado de www.cmej.org.za/index.php/cmej/article/view/2585/2645

Speake D, Teece S, Mackway-Jones K. Detecting high-risk patients with chest pain. *Emerg Nurse*. 2003;(11):19-21.

Trigo, J., Gago, P., Mimoso, J., Santos, W., Marques, N. & Gomes, V. (2008). Tempo de demora intrahospitalar após triagem de manchester nos enfartes agudos do miocárdio com elevação de ST. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27 (10),1251-1259. Recuperado de <https://www.yumpu.com/pt/document/view/26478887/tempo-de-demora-intra-hospitalar-apos-triagemde-manchester-nos>

Turato, E. R. (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. In *Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (pp. 685-685).

Van Veen M, Steyerberg EW, Ruige M, *et al*. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study; *BMJ*. 2008 Sep 22;337:a1501. Erratum in: *BMJ*. 2008;337:a1849. Comment in: *BMJ*. 2008;337:a1507.

Van Veen M, Moll HA. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2009;17:38 [Citado em 2009 out 15]. Disponível em: <http://www.sjtrem.com/content/17/1/38>.

Versloot SM, Ubbink DT, Chin a Choi V, Luitse JSK. Observer agreement of the Manchester Triage System and the Emergency Severity Index: a simulation study *Emerg Med J.* 2009;Aug;26(8):556-60.

Villela, M. B., Oliveira, A. P., & Braga, J. L. (2004). Modelagem ontológica no apoio à modelagem conceitual. *Simpósio brasileiro de engenharia de software*, 18.

Wulp I, Van Baar ME, Schrijvers AJ. Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. *Emerg Med J.* 2008;25(7):431-4.

Yu, J. Y., Jeong, G. Y., Jeong, O. S., Chang, D. K., & Cha, W. C. (2020). Machine learning and initial nursing assessment-based triage system for emergency department. *Healthcare informatics research*, 26(1), 13-19.

Anexos

Entrevistas dos profissionais de saúde

Enfermeira de triagem; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Polo Hospitais da Universidade de Coimbra

1. A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto?

- Eu concordo que a triagem seja feita por enfermeiros, porque eles veem o doente como um todo, ah, apesar de cada um deles poder tirar as suas especialidades, ah, a maioria dos enfermeiros que trabalham na urgência são enfermeiros generalistas ou especialistas em médico-cirúrgica, mas todos eles têm uma visão generalizada do doente e assim, conseguem valorizar a queixa dele no momento. Sei que os médicos também, mas como têm as suas especialidades acabam por se especializar nessa área e têm mais conhecimentos dessa área, obviamente que também sabem, ah, de tudo o resto mas, principalmente têm conhecimentos nessa área e eu acho que sendo ela feita por médicos eles podem logo a partir da queixa do doente estar a pensar no diagnóstico que os doentes podem ter, ah, acabando por atrasar a triagem em si, não valorizar só a queixa dele e o que ele se está a queixar no momento e fazer apenas a triagem ou seja, não pensar no posterior, por isso sim, eu acho que deve ser feita por enfermeiros.

2. Uma grande percentagem de utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?

- A partir do momento em que o doente faz uma inscrição na urgência, ah, pressupõe que ele seja logo triado e que tenha uma observação médica. A triagem deve ser feita no mínimo de tempo possível. Caso que seja um médico a fazer a triagem e caso ele, hm, ele faça essa prescrição no momento da triagem, vai sempre ser um processo mais demorado, do que é preconizado para a realização da triagem, por isso, não concordo que isso seja feito no momento da triagem, pois podemos estar a aumentar o tempo de espera das pessoas que estão para ser triadas, ah, podendo prejudicar o tempo de espera dos doentes que realmente precisam de ir a uma urgência.

3. Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que uma triagem traz a um SU?

- Os benefícios que a triagem poderá ter, ah, é que serve para priorizar os doentes, pois cada vez mais temos um número elevado de doentes e podendo fazer essa triagem logo à chegada, conseguimos priorizar, ah, pois há certos tipos de doenças e certos tipos de tratamentos em que todos os minutos contam e que quanto mais cedo são observados e são triados, ah, mais rapidamente podem, ah, iniciar o tratamento e fazer tudo o que necessitam logo à chegada.

4. A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?

- Esta é uma pergunta difícil de responder. Eu trabalho no serviço de urgência, ah, do CHUC em Coimbra e o nosso sistema informático é o SClínico, em que conseguimos tanto ver o tempo de espera dos doentes que são, que estão para ser triados, como os doentes que já estão triados. Após a triagem, estes doentes aparecem, ah, por ordem de espera e pela cor que eles são triados, ou seja, os vermelhos todos juntos, laranjas todos juntos e assim sucessivamente. Segundo o grupo europeu de triagem, os doentes devem ser triados novamente quando há um agravamento da sua situação clínica, ou após 2 horas da primeira triagem e que o doente não tenha sido visto não é. Ah, obviamente que perante a afluência que temos tido nos últimos tempos, é impossível fazê-lo, ah, e os doentes nem são vistos em tempo útil, nem são novamente triados após estas 2 horas, ah, e muitas vezes, ah, também não são vistos naquele tempo que está preconizado pela, pela triagem. O que acontece muitas vezes é que o doente vem ter com um enfermeiro ou com um médico, ah, referindo um agravamento da sua situação clínica e nessa altura o que acontece? Ou o enfermeiro se dirige a um médico, ah, para explicar esta situação, ou então, o enfermeiro acaba por fazer essa nova triagem, aumentando a prioridade deste doente e está assim, a monitorizar, ah, a monitorizar o doente que está, ah, sendo que é um processo muito difícil. Todos os doentes estão em salas onde estão alocados médicos e enfermeiros, ah, para poderem dar resposta a uma situação inesperada, mas a verdade é que, a realidade que se vê é muito difícil monitorizar os doentes tal e qual como eles deviam ser vistos e como devíamos estar despertos para todos os sintomas novos que apresentem, ou agravamento do estado clínico que apresentam desde a chegada, ah, mas isto é uma coisa que sim, tem de se investir, porque apesar de sabermos o tempo que estão à espera, tanto para ser triados, porque a verdade é

que nós não sabemos qual o doente que vamos ter para triar e muitos deles se calhar estão à espera e deveriam ser logo prioritários e deviam ser logo triados, ah, se calhar, primeiro que muitos deles que também estão à espera, e a verdade é que, no hospital onde eu trabalho, às vezes temos 1 hora de espera de triagem e por vezes podemos estar a atrasar, ah, algum tipo de doente mais urgente, em prol de outros menos urgentes, ah, mesmo depois dessa triagem, os doentes continuam à espera, horas a fio e temos doentes triados de amarelo que deviam ter uma observação mais rápida e que estão horas e horas à espera de serem observados e nós não conseguimos dar resposta, nem conseguimos garantir esta nova triagem ao fim de 2 horas, por isso eu acho que é mesmo um ponto em que temos de investir, ah, num futuro muito próximo sim.

- 5. Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobrevalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?**

- Na verdade, alguns parâmetros vitais são avaliados, não são todos, mas avaliamos alguns. Também sabemos que alguns doentes frequentam tantas vezes o serviço de urgência, têm tantos episódios de urgência que já sabem o que têm de dizer para ser vistos mais rapidamente e serem mais prioritários não tendo eles essa necessidade. A verdade é que temos de contornar todas estas condições, acho que o sinal vital que pode ser por vezes, que podemos ser mais vezes enganados é a dor, mas o enfermeiro não pode só avaliar, ah, a dor, tem de fazer uma avaliação completa de todos os parâmetros, não se podendo apenas focar num. É óbvio que muitas vezes temos à nossa frente um doente que nos diz que tem uma dor muito forte, mas que por outro lado está a dizer que tem esta dor há meses e nem sequer apresentam faces de dor, temos que fazer uma avaliação o mais correto possível que podemos. Ah, é óbvio quanto mais parâmetros de avaliação tivermos, menor será o erro, ah, mas também temos que ter uma balança e saber avaliar, porque quanto mais tempo

demorarmos a fazer a triagem, quanto mais tempo demorarmos a fazer esta avaliação, pois temos mais parâmetros para avaliar, podemos estar também a demorar mais tempo para os doentes terem uma primeira observação médica e posteriormente, poderem iniciar o tratamento e isso nem sempre é o correto, ah, por isso eu acho que a implementação de novos parâmetros de avaliação para poder ajudar numa correta interpretação do estado clínico do doente é importante mas, por outro lado, pode vir a adiar a implementação de algum tratamento mais emergente, por isso, eu acho que isto tem de ter, ah, tem de se medir bem quais as vantagens e desvantagens disso.

6. Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão?

- Acho que em primeiro lugar, é uma falta de organização no que toca à gestão, porque a verdade é que os doentes que são triados de verde e azul deveriam ser todos observados nos cuidados de saúde primários, junto dos médicos de família, correspondente a cada pessoa, mas o que acontece em Portugal, é que muitos destes utentes, não têm qualquer tipo de médico de família e dirigem-se ao centro de saúde para pedir um atendimento mais urgente, para pedir uma consulta que não está programada, alguma coisa mais urgente, ah, e eles não têm, o que leva as pessoas a deslocarem-se a um serviço de urgência de um hospital, porque a verdade é que eles precisam na mesma de uma observação, ah, o que é que isto acontece? Faz com que aumente o número de doentes, ah, nas urgências dos hospitais e aí sim, deixamos de ter profissionais de saúde que consigam dar uma resposta. A partir desse momento, como o número de doentes é tão elevado, ah, os hospitais também não têm uma estrutura física preparada para receber tantos doentes, por isso é que tanto vemos ah, doentes deitados no chão, ah, como vemos doentes em macas no corredor, como tem vindo a ser dado muitas vezes nas notícias. Ah, acho que o serviço nacional de saúde devia sofrer uma reformulação, ah, para os cuidados de saúde primários poderem dar resposta aos doentes que lhes correspondem, a verdade é que os doentes não prioritários não devem ser vistos numa urgência de um hospital. Ah, caso os cuidados de saúde primários não consigam dar resposta, ou seja, após a observação pelo médico de família de cada um, ah, esse médico faz a referência para, ah, para o serviço de urgência mais próximo, e assim eu acho que iria diminuir muito e iria melhorar muito a gestão hospitalar e se calhar talvez não fossem

necessários tantos profissionais de saúde e talvez, tanto os recursos materiais, como físicos conseguissem dar resposta de outra maneira não é.

7. No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?

- Como já referi um bocadinho na pergunta anterior, mas eu apenas conheço a realidade onde eu trabalho, ah, não conheço outro tipo de urgências, nem o modo como elas funcionam e na minha urgência, após a realização da triagem de Manchester, os doentes são encaminhados para as diversas especialidades, consoante o fluxograma escolhido, ou seja, nós depois temos uma distribuição em que vemos mediante aquele fluxograma que escolhemos, para onde é que, qual a especialidade que deve ser ou melhor, que deve observar o doente, ou seja, existem várias salas com as diversas especialidades e os doentes são encaminhados para aí, e eles inicialmente são vistos por essa especialidade em questão e caso haja necessidade, ou necessitem de apoio de outras especialidades, os doentes são transferidos para outras salas e são encaminhados para as outras especialidades. O que acontece muitas vezes é que o doente circula por todas as especialidades e quando vamos a ver, o doente já se encontra no serviço de urgência há mais de 24 horas, ah, o que faz aumentar muito o numero de doentes e acaba por o doente estar mais de 24 horas na urgência, mas ainda não tem sequer uma orientação para ele, ou seja, não decidem se é uma alta, se é alguém que vai fazer um tratamento e posteriormente terá alta, se é alguém para ficar internado. A meu ver eu acho que o doente devia realmente ter este encaminhamento para a especialidade e devia ser visto por esta especialidade de referência, e caso o doente necessite, caso o estado clínico dele precise do apoio de outras especialidades, acho que o médico que o viu em primeiro lugar devia, ah, chamar outras pessoas, chamar as outras especialidades, chamar os colegas e discutirem o caso no momento, não atrasando cada vez mais esta decisão. Estes é um dos problemas na gestão dos doentes. Para além deste, há outro que é a realização dos exames complementares. Eu acho que são pedidos muitos exames não é, porque a verdade é que temos muitos doentes e muitos doentes precisam, hm, necessitam de exames complementares para se poder chegar a algum diagnóstico ou para se fazer e, são poucas as salas que nós temos, tanto para a realização de radiografias, ecografias e TACS, e estas salas não conseguem dar resposta aos exames pedidos em tempo útil, ah, ou seja, os doentes vão-se mantendo pelo serviço de urgência por inúmeras horas, muitas vezes há espera só de um resultado de uma ecografia ou à espera para ir realizar uma TAC, ah, porque são salas que para além de serem para a urgência, ah, a radiografia e a ecografia, ah, é só

para o serviço de urgência, mas a TAC, mas as várias salas de TAC que temos são disponíveis para todo o hospital, ou seja, vão sempre atrasando e por vezes temos doentes à espera, que têm um médico que já decidiu tudo para aquele doente, mas já está à espera de uma TAC que às vezes demora 4 e 5 horas para ser realizada, ou seja, está ainda mais a prolongar o tempo do doente na urgência, o que vai aumentar o número de doentes e assim não vai haver uma boa gestão. Talvez aumentar o número de salas para realização destes exames, mas é óbvio que aumentando o número de salas, ah, tem de se aumentar o número de profissionais de saúde e de recursos materiais para isso, é todo um aumento, por isso é muito difícil esta gestão.

8. Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem?

- Sim, eu acho que talvez conseguisse melhorar os tempos de espera, pois um doente crítico não vai deixar de ser observado em vez de um doente não crítico, ah, mas o que é que acontece, os doentes críticos estão sempre a passar a frente dos não críticos e vão sempre aumentando o tempo de espera dos doentes não críticos, ah, mas a verdade é que estes doentes não críticos nem sequer deviam ser observados numa urgência de um hospital, ah, por isso, sim é óbvio que ia melhorar sem dúvida os tempos de observação, porque iam ter sempre um médico disponível para os doentes não críticos e eles iriam ser vistos no tempo necessário, no tempo preconizado, mas a verdade é que se está a criar um novo posto que não deve ser utilizado para um SU de um hospital, mas sim, como já referi anteriormente, devia ser visto nos cuidados de saúde primários, ah, por isso, é uma gestão que tem de se fazer.

9. Conhece outros Sistemas de Triagem?

- Não, eu não conheço mais nenhum sistema de triagem, só conheço mesmo apenas a de Manchester.

10. Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos?

- Por incrível que pareça, ahaha, eu já referi isto, ah, como um problema de gestão dos doentes, porque eu acho que a verdade é que este é o verdadeiro problema da gestão, ah, dos doentes. Alguns doentes permanecem, ah, o tempo que eles permanecem nas urgências a saltar de especialidade em especialidade, ah, fazendo com que nenhum médico tome uma decisão e prolongando o tempo no serviço de urgência é, é, é demasiado, porque a verdade é que passa por uma especialidade e pede uns exames, passa para outra especialidade e pede outros exames e continuam a ver e o tempo continua a aumentar e não há decisão nenhuma, acho que a partir de um momento, ah, que têm, ah, os exames necessários para esclarecer a situação clínica do doente, deve ser realizada o quanto antes, uma decisão clínica e optando por internar, ou por alta, ou qual mesmo a decisão que se deve obter, ah, por isso sim, eu acho que isto é um verdadeiro problema que existe pelo menos na minha urgência.

11. A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?

- Como eu disse, eu só conheço este tipo de triagem de Manchester e a meu ver realmente tem de existir algum sistema de triagem para se poder definir as prioridades nos cuidados prestados aos doentes visto que, o número de doentes é tão elevado que não se pode triar pela ordem de chegada dos doentes mas sim, hm, pela prioridade que eles têm, por isso eu acho que é importante existir um sistema de triagem seja ele qual for.

12. A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial?

- Sim, eu acho que as teleconsultas podem ajudar a nível da gestão de doentes, muitas vezes os doentes só precisam de um acompanhamento e que pode ser muitas vezes ser feito através da teleconsulta, acho que assim diminuem em muito o numero de doentes presentes no hospital, como também diminui o risco de transmissões das infeções hospitalares por isso eu vejo algumas vantagens nisso e acho que muitas das consultas quer se realizam nos hospitais e até nos centros de saúde acho que podem passar a ser teleconsultas, não necessitando assim

do doente se deslocar ao sitio onde vai ter a consulta, hm, acho que sem dúvida é uma mais valia a apostar num futuro próximo.

Médica; Hospital de São Sebastião – Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

1. A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto?

- Eu concordo, acho que os enfermeiros têm toda a capacidade e os conhecimentos necessários para realizar uma boa triagem e não faz muito sentido estar, estar a ser feita por médicos ou por outros prestadores de cuidados de saúde porque, porque depois um médico irá tratar e prescrever e diagnosticar e isso seria já numa fase posterior com mais tempo, enquanto que a triagem deverá ser uma coisa mais rápida para dividir os doentes e para tentar orientar que problema é que eles têm para uma determinada área e também por grau de gravidade, portanto acho que faz todo o sentido ser feita por eles.

2. Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?

- É mesmo verdade que muitos utentes vão, vão à urgência sem ser necessário, muitas vezes ah, deveriam recorrer às consultas abertas do centro de saúde por exemplo, para resolver algum problema que tenham, porque o facto de não precisarem de ir à urgência, não significa que não precisem de ser tratados ou ser encaminhados para uma consulta externa por exemplo, para algum serviço, mas não são coisas urgentes que necessitem de ser vistas naquele dia, até porque muitas vezes os problemas já se andam a arrastar a algum tempo. Neste sentido, a triagem ser feita por um, por um médico, eu não concordo. Acho que não faz muito sentido, porque muitas vezes, era mesmo isto que eu estava a dizer, o utente não tem de ser despachado, muitas vezes ele tem é de ser aconselhado e tem de ser encaminhado para alguma especialidade ou para alguma área mais específica para ser, para o seu problema ser visto com tempo, fazer vários exames complementares de diagnóstico e ter um outro acompanhamento, portanto fazer isto numa triagem também não me parece bem. Se por outro lado, estamos a falar de um doente que vai à urgência porque lhe dói a garganta e precisa apenas de fazer um paracetamol e portanto, se faria sentido estar um médico na triagem e passar logo, também acho que não faça sentido, porque a triagem ia demorar muito

mais tempo a ser realizada e os casos urgente e emergentes não teriam uma rapidez de resposta tão eficiente como sendo apenas a triagem que nos temos atualmente.

3. Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?

- A triagem é extremamente importante. Como eu estava a dizer e até digo isto várias vezes, ah, a algumas pessoas conhecidas, que quando uma pessoa está há muito tempo na urgência à espera de ser vista por um médico depois de passar a triagem, significa que o seu problema não é grave. Aliás, não é não ser grave, não é urgente, ah, ou seja, o facto de nós termos uma triagem permite que por exemplo, um, um doente vítima de um acidente de viação, politraumatizado, com uma hemorragia ativa enorme, seja rapidamente visto para que seja feita rapidamente alguma coisa para prevenir consequências mais graves para esta pessoa, enquanto que um doente que chega à urgência com queixas de dor abdominal há 15 dias, vai realmente esperar mais tempo porque se já tem queixas há 15 dias e ainda não tinha vindo à urgência é porque pode esperar em vez de uma hora, quatro ou cinco, pronto. Claro que isto para ser bom e eficaz teríamos de mudar muita coisa no SNS e claro que, não concordo que as pessoas vão à urgência e estejam lá uma tarde inteira à espera para serem vistas, mas não há mais recursos, nem humanos, nem materiais e, portanto, se não fosse a triagem seria muito complicado de salvar vidas, que é realmente para isso que o SU serve, pronto. Portanto acho que é mesmo muito importante uma boa triagem para que as coisas funcionem minimamente dentro do caos que é trabalhar numa urgência.

4. A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?

- Isto depende um bocadinho dos hospitais. Sei que há muitos hospitais que funcionam com o SClínico. No Hospital da Feira que é onde eu trabalho, que é o Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, assim como no Hospital Dom Sebastião, trabalhamos com o Medtrix, pronto. No Medtrix quando um doente, ah, passa da triagem e é reencaminhado para uma área da urgência, aparece-nos o nome dele e aparece a hora a que foi feita, a que foi validada a sua ficha. Depois a partir desse momento, ah, é-nos passada a informação da triagem e nós gerimos da melhor forma aquilo que consideramos mais importante, já tento em conta os graus de prioridade para chamar os doentes, ou seja, nós temos dois amarelos, ah, eu leio aquilo que escreveram na triagem e eu aí vou chamar primeiro aquele que eu considero que

é mais urgente. Se os dois tiverem no mesmo grau de urgência ou se eu achar que nenhum dos dois tem uma, uma necessidade aumentada de ser visto primeiro, eu vou chamar pela ordem de chegada, pronto, é isto que acontece. Eu consigo saber sempre há quanto tempo é que o doente está à espera através do momento, a que horas é que foi avaliada a triagem. No entanto, ah, da experiência que eu tenho, nós não temos uma atenção extrema a isto, ou seja, ah, nós vamos chamando as pessoas de acordo com aquilo que vamos vendo, que são os que estão mais hm, com mais necessidade de ser vistos e depois pela ordem de chegada, mas eu não estou ali a ver se chegaram à duas horas ou quatro horas, pronto, porque na maior parte das vezes, nós temos mais que fazer do que, do que estar a ver à quanto tempo é que as pessoas estão à espera, porque temos realmente muito trabalho, mas relativamente ao sistema informático é o Medtrix.

- 5. Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobrevalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?**

- Aquilo que eu sei, da experiência que eu tenho, é que é feito algum grau de avaliação de sinais vitais, pelo menos no meu hospital, falo do meu conhecimento pessoal. Por exemplo, um doente que, principalmente desde que começou a pandemia, um doente que venha com, com queixas de dores de garganta e que diga que estava em estado febril, na triagem vão-lhe medir a temperatura, pronto. Não estou bem informada sobre os restantes sinais vitais, no entanto eu considero que isto não seria um fator preponderante para diminuir a sobrevalorização ou subvalorização de um caso clínico e para avaliar se o doente nos está a mentir ou não, até porque muitas das vezes, os doentes mentem e é impossível avaliar se estão a mentir ou não através da tensão arterial ou da frequência cardíaca, ou seja do que for, e confesso que isto iria consumir mais tempo à triagem e nós temos escassez de enfermeiros e profissionais de saúde, ah, para realizar triagem. No hospital da Feira, está um ou dois

enfermeiros a realizar a triagem e daquilo que eu sei, o Hospital da Feira cobre uma área populacional enorme, a urgência é sempre caótica, e se tivermos sempre a perder tempo que poderia ser ganho se tivéssemos mais recursos, ah, mas como não temos, temos de trabalhar com aquilo que temos, iríamos consumir mais tempo e teríamos o tal problema de começar a fazer filas muito maiores na triagem do que aquelas que já existem.

6. Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão?

- Acho que já fui respondendo um bocadinho a isto. Realmente os doentes que têm pulseiras com prioridade reduzida esperam imenso tempo para serem vistos e o problema está precisamente na falta de recursos humanos e na falta de recursos materiais, porque se eu não tenho médicos para ver ah, os doentes, é um problema, mas se eu não tiver também um maior número de máquinas para fazer radiografias ou para realizar TAC, ou seja o que for, também os doentes vão esperar muito tempo para, para realizar os exames e para posteriormente receberem um diagnóstico ou seja o que for, portanto a falta de recursos é o maior problema do SNS, na minha opinião. Os utentes sofrem e a malta que está lá a trabalhar também sofre muito por os ver à espera, porque custa-nos muito, mas é mesmo impossível muitas das vezes conseguir dar resposta a doentes com pulseira verde num curto espaço de tempo porque se eles não estão muito mal, ah, vão fazer com que as pessoas que estão realmente mal e a precisar de cuidados lhes passem à frente e, portanto, acabam por se arrastar na urgência muito tempo.

7. No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?

- Da gestão dos utentes é mesmo as falhas que ocorrem do sistema em si. Fala muita coisa, impressoras que avariam, serviços informáticos que bloqueiam e nós temos de andar a correr de um lado para o outro para ir buscar informação a um local que esteja a funcionar. Isto leva a um esgotamento maior dos profissionais, é chato, o profissional fica saturado, e tudo se atrasa devido a isto, aos sistemas informáticos falarem muito, não são um sistema com fluidez, tem problemas. Ainda há muita coisa que os médicos fazem, que os enfermeiros fazem em termos informáticos que poderia ser muito diferente e estar muito mais automatizada. Acho que nesse aspeto, no aspeto informático, há muita coisa que ainda tem

de evoluir para conseguirmos dar uma resposta mais rápida e agilizar mais aquilo que é o SU.

8. Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem?

- Eu acho que realmente era uma solução para alguns dos nossos problemas e mesmo essas equipas também podiam ir rodando ao final de algumas horas, também pelo nível de cansaço e exigência e acho que sim, que seria uma boa aposta que provavelmente traria mais valias. Nunca tinha pensado nisso, mas parece-me muito bem, acho que sim.

9. Conhece outros Sistemas de Triagem?

- Não, não tenho conhecimentos de outros sistemas de triagem de momento.

10. Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos?

- Claro que isto traz muitas implicações tanto para o doente, como para nós, porque a passagem de informação entre equipas pronto, perde-se sempre alguma coisa pelo meio. A avaliação que nós fizemos inicialmente não é a que o colega vai fazer passado umas horas, ele não o viu quando ele deu entrada por exemplo, vai vê-lo depois e, e a comparação nunca será tão eficiente como se fosse, como se fosse com a mesma pessoa, no entanto, as equipas têm de trocar, não é? Nós não podemos estar lá sempre. A solução para isto seria diminuir o tempo de permanência no SU, o tempo de espera, pronto e que nem sempre é possível. Às vezes os doentes têm de permanecer, por exemplo, um doente com um traumatismo craniano tem de ficar vinte e quatro horas na urgência para reavaliação, por isso muitas vezes não é possível que o doente seja avaliado pela mesma pessoa. Claro que isso traz implicações da avaliação que se faz, ah, não é sempre a mesma e às vezes até poderá ser bom, porque o que um colega não vê, o outro pode ver, ah, acho que seria giro até tentar perceber qual é o grau de implicação destas trocas sim.

11. A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?

- Acho que funciona bem. Eu acho que é necessário dividir os doentes pela sua gravidade e acho que tem de ser feita uma triagem rápida que tente dividir os doentes minimamente no, no seu grau de gravidade, pronto. Se existem outras escalas melhores do que esta, como eu nunca contactei com mais nenhuma, também não consigo avaliar totalmente e comparar pronto. O que é o problema é o que se passa depois da triagem, ah, talvez isto fosse, fosse resolvido com algumas mudanças, nomeadamente aquela que referiste, divisão de críticos de não críticos em equipas diferentes, como tivemos a ala covid e a ala não covid, ah, mas no fundo, eu acho que funciona, que dá, que responde aquilo a que se propõe, pelo menos isso eu acho que sim.

12. A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial?

- Há muita coisa que se pode fazer por telefone, é verdade. Por exemplo, os cuidados de saúde primários, ah, um doente que tem uma queixa por exemplo, duma dor de barriga, que já é um episódio, já não é o primeiro episódio, o médico de família já conhece o caso, ah, já conhece o utente, sabe que ele sofre de uma gastrite e que está agora com uma nova crise, aqui acho que não haveria necessidade de o utente se deslocar ao centro de saúde e que o médico de família podia por exemplo, prescrever um medicamento para ele realizar nas semanas seguintes para ver se efetivamente melhora ou o tratamento que ele considera-se adequado naquela fase. No entanto, há muitas coisas que não beneficiam tanto da teleconsulta, porque os doentes nem sempre sabem explicar concretamente aquilo que têm e muitas das vezes desvalorizam sinais, ah, ou seja, um, os doentes têm os sintomas, que são aquilo que se queixam e depois têm os sinais, que é aquilo que nós vemos. Muitas vezes eles desvalorizam coisas, que nem sempre é de desvalorizar, pronto. Nós estudamos para obter um grau de formação que nos permite estar atentos a determinadas características, que as pessoas que não tiraram não têm e, portanto, acho que na maioria dos casos a consulta presencial é mais importante do que tentar resolver por telefone. Mesmo por exemplo, num pós-operatório, fazeres uma teleconsulta para saber se está tudo bem, não me parece que seja suficiente, porque é necessário ver a ferida operatória, ver cuidados de penso, etc. Mas sim, em alguns casos, eu acho que poderia ser implementado, mas seriam os casos muito, como é que eu hei de dizer, hm, teriam de ser coisas muito concretas e isto leva-me a pensar que isto depois seria generalizado e fosse abranger coisas que não podem ser vistas em

teleconsultas e talvez nos passassem coisas graves por causa disso, portanto não sei até que ponto é que será uma boa opção, mas pronto, é esta a minha opinião.

Médica; Hospital de São Sebastião – Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

1. A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto?

- Eu não tenho propriamente uma opinião sobre isso, é protocolo, em teoria a triagem de Manchester pode ser feita por médicos ou enfermeiros. Aqui em Portugal é essencialmente feita por enfermeiros e uma vez que o objetivo também não é diagnosticar logo algo, sendo que, hm, isso será uma competência mais relacionada com a medicina propriamente dita, ah, faz naturalmente parte das competências de um enfermeiro também saber avaliar sintomas e depois poder encaixá-los nos fluxogramas que são supostos, hm, seguir.

2. Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?

- Obviamente nos hoje em dia, ouvimos muito o problema da falta de médicos para as equipas de urgência, portanto, é quase um bocadinho edífico pensar em colocar um médico a realizar triagem. No entanto sim, acho que em parte poderia ser benéfico, porque muitas vezes hm, os doentes vão de facto às urgências sem ser necessário e se calhar um doente avaliado como, com pulseira verde ou pulseira azul é alguém que podia não precisar de passar para a urgência propriamente dita, porque é uma coisa talvez avaliada e, hm, abordada e tratada na hora e sim, isso depois podia ser benéfico para diminuir a lotação que há para lá da porta da triagem, hm, agora também não creio que talvez, não creio que essa seja a forma mais benéfica de hm, de abordar a falta da parte de profissionais e a lotação na parte da urgência propriamente dita, acho que se calhar a questão prendesse muito em, no facto dos doentes irem à urgência sem ser necessário, se calhar em vez de “despachar” doentes logo na triagem, temos de começar a pensar em despachá-los nos centros de saúde ou nos outros tipo de unidade de atendimento de saúde.

3. Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?

- É claramente a organização através da priorização de risco, porque nós temos um, um estabelecimento digamos, um serviço de urgência que tem que atender imensos doentes que recorrem, que necessitam outros que se calhar não tanto, mas é a maneira que eles consideram mais fácil de aceder a cuidados de saúde e obviamente sem a triagem os doentes não podiam estar todos misturados, é logo fazer essa priorização de risco, para depois saber quais são os doentes prioritários ou não. Esse é o grande benefício, quando se gere tantos profissionais de saúde para atender tantos doentes era completamente impensável que os doentes simplesmente chegassem à urgência e, e se não houvesse alguém que estivesse responsável em fazer essa triagem e, e fazer essa priorização de risco, hm, depois era, as coisas nunca seriam feitas de forma tão eficaz que já hoje e já atualmente sabemos que não são cento por cento eficazes, mas era completamente impossível ter uma máquina bem oleada digamos assim, se não houvesse ninguém a priori a orientar doentes para os vários serviços que o serviço de urgência tem para oferecer, porque depois o SU também é constituído ele próprio por vários sub serviços relacionados com as especialidades essencialmente.

4. A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?

- Os sistemas informáticos variam de hospital para hospital, estes foram criados para lá está, tentar averiguar o máximo possível e tentar controlar os tempos de espera dos utentes. No hospital onde trabalho utilizamos o Sclínico ou o Medtrix, não estou totalmente segura. A minha experiência mais nesta vertente não é muita, mas pelo que sei, é que não existe propriamente uma plataforma que permita de uma forma intuitiva e muito acessível perceber os tempos de espera do doente, ou seja, no caso do meu hospital e do nosso sistema informático que utilizamos na parte da urgência, o que acontece é que quando um doente dá entrada na urgência essa hora fica registada e no computador sempre que vemos o nome do doente está associado a esta hora, mas depois a partir daí, não há pelo menos de forma acessível e de forma registada ao nome do doente, um tempo de espera que esteja a ser contabilizado, por exemplo desde o momento em que ele é triado, até ao momento que é visto pela primeira vez por um médico, isso não existe. Nós temos acesso à sua hora de entrada no SU, em teoria acreditando que será triado o mais rapidamente possível, mas não temos acesso nem ao tempo que ele esperou para ser triado, nem ao tempo de espera para

ser observado. Sabemos somente a hora de entrada e cor de pulseira que lhe foi atribuída, em que estes têm tempos de espera que deveriam ser cumpridos, mas que na maior parte das vezes não o são.

5. Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobrevalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?

- Os sinais vitais não são por norma, pelo menos no hospital que trabalho, avaliados em todos os doentes. Muitas vezes a temperatura sim, hm, é feita, mas de facto não são por norma feitos nos doentes, e acho que como a triagem é um processo que é suposto ser rápido, senão também não vamos estar a não ajudar, mas a contribuir para a sobrelotação da urgência, hm, sim, obviamente são parâmetros objetivos que os doentes não podem ou não devem falsificar, ou que dariam estes em si, uma avaliação muito mais objetiva do doente e por esse aspeto poderiam contornar um bocadinho esses processos de *overtriage* e *undertriage*. Hm, por outro lado, a prática de medicina também prima muito pela valorização do estado clínico do doente, ou seja, os sintomas são o que nós tratamos, ou seja, às vezes se tivermos um doente com uma tensão seja mais baixa que o normal por exemplo, mas o doente não tem qualquer repercussão clínica, isso às vezes pode ser algo que não era para valorizar e não se valoriza, nem o próprio doente valoriza, ou seja, eu acho que pode ser um bom acrescento, desde que seja feito de forma eficaz e que não contribua para uma demora desnecessária para o processo de triagem, mas sem nunca desvalorizar a importância de um sintoma ou sinal clínico. A prática terá sempre que assumir que os doentes são verdadeiros, mas é um viés que efetivamente existe.

6. Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão?

- Acho que o problema primário está na gestão, na gestão de recursos humanos e também materiais, mas principalmente dos profissionais de saúde que já existem. Acho que não tem por base, acrescentar seja profissionais, seja recursos materiais, quando não existe uma boa gestão, um gestão eficaz, um bom tratamento até dos profissionais de saúde que existem no SNS. Obviamente que existe uma falta de profissionais, mas não é tudo a falta de profissionais, na maior parte é a má gestão que existe, a metodologia utilizada para certas urgências, porque se existisse uma boa gestão, bons métodos de gestão de utentes, o serviço poderia vir a melhorar. Acho sinceramente que o problema passa pela falta de gestão do que já existe, acho que não soluciona nada acrescentar, acrescentar se não é bem gerido de base.

7. No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?

- A primeira falha começa logo a meu ver, pelos pacientes que vão ao serviço de urgência, sem necessitarem de ir a um, ou seja, dirigem-se lá sem estar numa situação urgente. Isso depois levamos obviamente aos cuidados de saúde primários, hm, que não só, não só acho que tem de ser sempre e sempre e sempre investido na maior sua maior acessibilidade, ah, e também na maior instrução da população de que para certas situações, não se justifica ir à urgência de um hospital e sim, ao centro de saúde. Sabemos que hoje em dia muitas pessoas vão há urgência, talvez nem passem no centro de saúde e o que se houve sempre é “porque não consegue consulta”, porque não consegue isto, porque não consegue aquilo, portanto não só acho que têm de haver mudanças na acessibilidade, trabalhar os cuidados de saúde primários para conseguir realizar certas coisas que se os doentes forem a um serviço de urgência são triados com pulseira verde, eventualmente até algumas pulseiras amarelas, hm, certos tipos de tratamentos e abordagens que poderiam ser feitos nesses locais e não são realizados. Logo aí, aumenta muito a procura de um serviço de urgência, um serviço de urgência que como ouvimos todos os dias, não é capaz de responder nos tempos que seria, que seriam supostos. Tendo em conta às pessoas que se dirigem as urgências e bem, porque o seu caso não pode ser realizado nos cuidados de saúde primários, aí acho que o que falha são mesmo as equipas, a sua organização e gestão e também pela falta de profissionais.

8. Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem?

- Acho que sim, acho que seria uma boa abordagem. Talvez já hajam alguns hospitais que já funcionem assim, por secções divididas e, e às vezes nós estamos a gerir pessoas e equipas de profissionais de saúde que também são pessoas mas a divisão física só por aí, hm, ajudaria pelo menos naquela imagem que nós temos do caos da urgência, ah, e que muitas vezes é muito verificado, desde doentes em macas nos corredores, não haver espaço para os doentes todos que procuram o SU e não haver as melhores condições para as pessoas que estão há espera, portanto sim, penso que poderia ser uma boa abordagem e penso que não teria de ser necessariamente num hospital propriamente dito. Poderia também ser aplicado nos cuidados de saúde primários, ou seja, os cuidados de saúde primários terem médicos e enfermeiros capazes de tratar casos correspondentes a pulseiras azuis e verde que estariam há espera num serviço de urgência. Essas pessoas seriam reencaminhadas para os cuidados de saúde primários e pulseiras denominadas amarelas e superiores, essas sim, permaneciam no serviço de urgência. No hospital onde eu trabalho a divisão dos doentes não é realizada, mas os doentes se tiverem por exemplo uma pulseira verde, esses são encaminhados para médicos indiferenciados e amarelas ou superiores já para médicos especialistas.

9. Conhece outros Sistemas de Triagem?

- Não, não conheço muitos mais sistemas de triagem sinceramente. Sei de alguns casos, em alguns hospitais que têm alguma adaptação em algumas alas de outros sistemas de triagem, é porque se calhar são mais eficazes para aquele âmbito em específico, mas não consigo dizer que os conheço. Seria bom eventualmente conhecer porque assim, poderíamos talvez, ah, também verificar como certos triadores, hm, de outros locais realizam o seu trabalho e ver se seria conveniente aplicar outras metodologias de outros sistemas em Portugal que favorecessem o serviço, hm, porque vemos que existem muitos problemas em certos hospitais, hm, mais centrais, com maior afluência de doentes, portanto poderia até ser benéfico aplicar outras metodologias a ver se melhorava o nosso sistema, visto que criar mais postos de trabalho, ter maiores equipas de médicos nas urgências e também mais materiais é complicado neste momento.

10. Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos?

- Essa troca pode estar relacionada com várias coisas. Primeiro, normalmente os SU em algumas especialidades, não todas, trabalham em equipa. Aliás, no geral em todas as especialidades funcionam em equipa. Portanto existir esta troca mais frequente é normal, o doente ser observado primeiro por uma interna e seguidamente é que poderá ser observado pelo especialista. Outras especialidades, o médico que segura é o médico que segue o doente até ao fim, hm, mas o funcionamento por equipas é importante e obviamente é um bocadinho edílico e até talvez não fosse benéfico uma só pessoa. Como já foi abordado, os tempos de espera são enormes, mesmo no momento da primeira observação a espera pode não ser enorme, mas se o doente tem algo mais grave, ou algo que necessite de tratamento, de ser avaliado no hospital, muitas vezes devido a isto a estadia do doente no serviço de urgência acaba por passar o turno de um determinado profissional de saúde e aí tem de haver uma passagem de turno. Idealmente, o doente deveria entrar e ser direcionada para um médico que o acompanharia de início ao fim, ainda que esse médico discuta o doente em equipa. Acho que é benéfico os doentes serem observados por uma equipa até porque um médico não sabe tudo, duas pessoas podem ter ideias diferentes e ajudar-se mutuamente, isso é benéfico, porque às vezes um colega ou eu podemos não saber de algo que outro colega sabe e aí discutimos o diagnóstico e chegamos a uma melhor conclusão mais rapidamente. Agora o que não pode acontecer é quando é realizada esta troca de profissionais de saúde, a informação não ser passada, ou ficar algo mal-esclarecido sobre o doente. A informação tem sempre de ser passada a 100% e corretamente para não criar eventuais atrasos. Trabalho em equipa é sempre benéfico desde que seja feito corretamente, e se for possível, um médico deverá sempre seguir o seu paciente de início ao fim, porque assim o serviço será realizado mais rapidamente.

11. A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?

- Acho que sim, mas também julgo que são necessárias melhorias, até porque é esse o objetivo, com o passar do tempo, as coisas adquirirem atualizações para ficarem cada vez mais eficazes. Porque com o decorrer do tempo, o que se calhar era eficaz no passado, hoje já não o é. Agora atualmente, a máquina não funciona como seria idealizado pelos profissionais de saúde, portanto deve-se fazer uma reavaliação do sistema e essa reavaliação

deve ser constante, devido às coisas mudarem com o passar do tempo e o panorama do país também muda. Agora também não consigo solucionar nem apontar nada diretamente porque lá está, esse trabalho compete a quem gere o hospital, ao gestor hospitalar, de estudar, de saber os vários sistemas, se têm metodologias estudadas e comprovadas com resultados mais positivos que o nosso sistema e tentar moldar este sistema com certas metodologias que podem vir a ser um sucesso no futuro. Esse será o teu trabalho no futuro e espero que o desempenhes bem que tens capacidade para tal a meu ver.

12. A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial?

- Uma coisa boa que a pandemia trouxe é perceber que, muitas vezes face a uma impossibilidade de ter um contacto pessoal, existem muitas ferramentas que permitem um contacto também ele bom, hm, à distância. Acho que esta questão das teleconsultas e da telemedicina é uma coisa que depois não está tanto no âmbito de um serviço de urgência, mas sim no âmbito de cuidados de saúde primários e que obviamente depois teria o seu impacto positivo no SU e na sobrelotação que existe no SU. Há coisas que de facto podem ser avaliadas há distância e outros que não. É uma ferramenta muito benéfica para certas ocasiões como envio de análises para ver se está tudo dentro da normalidade, passagem de receita médica, medicação que os utentes tomam, como medicação de tensão, colesterol, etc.

Médica; Centro Hospitalar Universitário do Porto

1. A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto?

- Acho bem honestamente, porque um médico fazer uma triagem por exemplo, seria, ah, inserires um, acho eu, um viés já de diagnóstico, porque inerentemente pronto, é intuitivo um médico quando vê um determinado sintoma, uma determinada apresentação, tenta já fazer o diagnóstico, aqui o objetivo é obter alguma objetividade, ah, não enviesada, ou seja, um véu de ignorância, digamos assim, não que os enfermeiros sejam totalmente ignorantes, mas eu acho que eles são mais bem adaptados para esse tipo de trabalho, no sentido de, não têm tanto, tanta tendência a fazer diagnósticos, ah, mas percebem, têm noção da gravidade da situação, se tal for o caso.

2. Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?

- É assim, eu acho que não deveria haver isto no contexto hospitalar de urgência. Eu acho que isto podia existir, ah, num conceito de USF, de cuidados de saúde primários, um médico que estivesse lá pronto, pode ser na mesma, um médico de urgência, não necessariamente um MGF, mas ah, deslocalizar isso do hospital, porque ah, às vezes e muitas vezes, passa pelo problema de concentração de pessoas no mesmo espaço ah, que também acaba por prejudicar o trabalho, já trabalhando com pessoas que estão a ser atendidas, por isso eu descentralizava essa situação, mas pode ser, pode ser uma hipótese, ah, mas ou um edifício ao lado do hospital, não sei, mas descentralizar dos hospitais. Num hospital, a triagem, deveria ser, eu acho que como está, está bem.

3. Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?

- Acima de tudo é, priorizarmos gravidades de quadros, nem sempre bem conseguidas, mas isso pronto, há sempre “ses”, há sempre pequenos pormenores a ajustar, ah, a questão é que a triagem possibilita um bocadinho organizar o serviço de urgência, pronto, e acho que minimiza o risco de se passar alguma coisa muito grave passar ao lado, ah, embora aconteça, como tudo na vida.

4. A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?

- É assim, falo da minha experiência no Centro Hospitalar do Porto, nós usamos o SClínico, que tem lá ah, uma, uma parte dedicada à urgência, em que aparece a lista dos doentes, a hora que foram triadas, aparece utentes que estão para triar, ou seja, dá para ter uma ideia do que é que vem aí, mas não, não dirigido aonde nós estamos, nós não sabemos se eles vão para cirurgia, se vão para outra especialidade, mas quando já são triados para nós, aparece sim senhora o tempo, às horas a que foram triadas, o tempo que estão à espera, ah, e é o SClínico, pronto.

5. Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobrevalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?

- Sem dúvida, acho que sim, acho que devia existir algum, sinais vitais é a base da abordagem do doente, nós não fazemos nada sem, aliás, é prioritário, num caso urgente, num caso emergente, sinais vitais é prioritário, ah, para definir a posterior abordagem. Em casos que não aparentam nada de grave, é verdade que nem sempre vêm sinais vitais, também para não causar muito tempo de espera na triagem, porque atrás do utente com pulseira verde por exemplo, pode estar uma pessoa mais crítica, e portanto, temos de tentar acelerar a triagem o quanto possível, por esta é feita por ordem de chegada, só depois da triagem é que funciona por gravidade lá está, por isso se calhar, ok que isto poderia condicionar maior tempo de espera na triagem, mas se calhar se aumentássemos os postos de triagem não sei, talvez pudéssemos ser mais cautelosos e “estudar” mais os pacientes que tentam mentir para obter um atendimento mais rápido, que nós sabemos que isso acontece. Mas lá está, acredito que não seja fácil organizar uma situação dessas, mas prevenir que os doentes mintam vai ser sempre complicado e também os sinais vitais não nos podem dizer, nem sempre nos dizem, não revelam a gravidade da situação. Por exemplo, situações agudas como enfarte e muitas vezes vem da urgência, vem da triagem já encaminhado para ah, pela via verde de dor torácica, ou seja, faz o ECG, mas às vezes esta questão pode demorar, por isso se houvesse alguma, ah, pronto, meios complementares básicos, mas nem que seja para a avaliação dos sinais vitais, mas lá está, não sei se isto iria resolver as “mentiras” dos doentes, a fim de se priorizarem. A dor por exemplo, que é um dos parâmetros muito importantes, ah, também na prioridade e na abordagem do doente é muito subjetivo, ou seja, não há forma de nós medirmos a dor, por isso, penso que poderia ser de alguma forma, mas não iria resolver o problema.

6. Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão?

- É assim, os elevados tempos de espera ah, dos doentes não prioritários, pronto, são falhas no fundo a múltiplos níveis, mas não é por falta de prestação dos enfermeiros, da equipa médica que isto acontece. Em primeiro lugar, é por sobrecarga enorme que acontece e acima de tudo é pela afluência, não há sequer condições físicas para ver doentes, ah, assim nas horas de maior afluência, por isso, ah, não sei se aumentando a quantidade de profissionais de saúde se nós iríamos resolver totalmente o problema, ah, porque não há condições para ver doentes, muitos doentes até são vistos no corredor, pois pronto tudo leva o seu tempo. Falo um bocadinho enviesada, porque pronto, foi uma experiência que tive num hospital central, onde há grande afluência, ah, a questão que se coloca, portanto o que falha, se fosse nomear o que é que falha, falha a gestão, mas eu acho que é uma falha ah, tao sistémica e sistemática, sistémica não, sistemática, ah, a nível nacional e a múltiplos níveis que dá o que dá, ok? Poderíamos aumentar, mas aí seria reformular todo, todo o contexto de serviço de urgência, ah, aumentar o espaço, aumentar o número de profissionais, ah, ou então simplesmente, tentar dar resposta a casos mais graves também ah, noutras unidades de saúde talvez. Mas maioritariamente nos hospitais centrais, nos hospitais com maior afluência como é o caso donde eu trabalho, vai muito ah, pela falta de gestão, é uma confusão e depois ninguém se entende, porque a maneira como a gestão dos utentes é realizada, a maneira como tudo no serviço de urgência é realizada, todos os utentes para a mesma sala, e tanta gente para ver, é óbvio que dão origem a erros que não podem acontecer, e os profissionais não conseguem realizar tudo a tempo porque há muita desorganização. Quem coordena este tipo de hospital, tem de criar métodos que permitam o máximo nível de flexibilidade de gestão, porque sem gestão, e sem implementação de métodos para tentar controlar a sobrelocação, é impossível.

7. No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?

- Uma sobrecarga, e o que falha no SU, talvez o rácio de doentes-capacidade de resposta, capacidade de reposta quer física, no sentido de espaço físico, quer também médica profissional ah, lá está e de gestão, a organização. Não é por falta de vontade dos profissionais, mas quando nós não temos condições sólidas de trabalho, quando há uma

TAC, quando há só uma técnica de ECG por exemplo, ah, quando há, portanto, são múltiplos níveis que, que vão falhando. Não consigo denominar assim nenhum “trigger” principal. Mas pronto, que o SU é caótico é, pela extrema centralização de alguns centros digamos assim, e estamos a esquecermo-nos que existem outros hospitais e existem outras formas de nós darmos respostas à procura dos doentes, portanto, nós estamos a sobrecarregar uns sítios e estamos simplesmente a esquecer que os outros sítios ah, locais, físicos, onde também existem médicos, também o podem fazer. Nós orientamos tudo para o serviço de urgência, acho que se fosse a dizer qual o maior problema, se calhar denominava este.

8. Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem?

- Poderia ser, discriminação entre doentes críticos e doente não críticos, mas é assim, isto de certa forma já existe em alguns hospitais. Há a sala de emergência, que é para doentes muito críticos, ah, e há outros. O problema é que na medicina não é tudo tão objetivo e tudo tão linear. Um doente não crítico pode rapidamente a passar a ser um doente crítico em pouco tempo ou no tempo que está à espera para ser atendido, por isso não sei se na urgência isso resolveria tanta coisa, por isso não sei, o meu parecer nisso é assim um bocadinho neutro, não acho que isso que está aí seja a resolução do problema, poderia ajudar sim efetivamente, porque iríamos ter as 2 secções e doentes verdes e amarelos, não eram ultrapassados pelos doentes críticos porque não teriam essa linha de prioridade acima deles, efetivamente o serviço poderia ser muito mais rápido para essas pessoas, e conseguiríamos talvez controlar mais se os doentes não críticos passam a ser doentes críticos passado 1 hora de estarem no serviço à espera para serem vistos.

9. Conhece outros Sistemas de Triagem?

- Sinceramente não, não conheço outros métodos de triagem.

10. Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos?

- É assim, é normal por exemplo, havendo a troca de turno, o médico não pode estar eternamente a acompanhar o doente do início ao fim se o doente tem de ficar mais de 12

horas. Os turnos dos médicos de urgência são de 12 horas, é normal que passe. A questão é quando essa troca é feita durante o turno e trocam de um médico para outro. Neste caso, também não acho que isso cause qualquer tipo de problema ao doente, porque a passagem dos doentes de um médico para o outro, ou mesmo quando nós discutimos os doentes num serviço de urgência com, com outro médico, para saber a segunda opinião, é sempre feita detalhadamente e se calhar até mas informativa do que a informação que o doente é capaz de dar, porque entretanto ah, quando nós pegamos num doente, vamos buscar o histórico clínico dele, vamos ver os registos dele do centro de saúde, toda a informação que nós acharmos necessário, ah, nós vamos procura-la, vamos tentar sabe-la e quando passamos, quando fazemos a passagem e é todo um conceito de passagem de doentes do serviço de urgência, de um turno para o outro, leva o seu tempo, ah, é feita cuidadosamente e detalhadamente, pronto. Os colegas que as recebem também têm sempre o cuidado de levantar questões, portanto acho que esse não seja o problema, porque da maneira como é feita, pelo menos da minha própria experiência, não sei quanto aos outros locais, é que à muito pouca margem para correr mal, até pronto, é normal os médicos não podem estar constantemente a trabalhar, também precisam de trocar de turnos e é normal que se faça a passagem de doentes e isso de todo que não deve causar nenhuma perturbação no tratamento e na gestão do doente, agora só nos temos de certificar que ela é bem realizada, isto a meu ver.

11. A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?

- Eu acho que sim, que está, que consegue ah, exercer, ou aliás, serve bem o seu propósito. Claro que, hm, há sempre falhas, há sempre qualquer coisa a passar de lado, ah, mas de uma forma geral, assim uma opinião breve, é que funciona, funciona, consegue garantir resposta ao que se procura no tratamento médico, pronto. De alguma forma, é uma boa estratégia para orientar os doentes nos serviços de urgência.

12. A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial?

- Também acho que sim, acho que deve, é uma boa prática, ah, embora nunca vá substituir a consulta presencial. Consulta presencial, ver o doente à frente, tocar no doente, auscultar

o doente, é insubstituível, isto sem margem de dúvida. Mas por exemplo, para ajustes de medicação, assim coisas pontuais, o conceito de teleconsulta dá muito jeito, efetivamente, para discussão de análises, para, em que pronto, mantendo-se o doente estável, que precise de uma reavaliação apenas de saber as tensões, pronto, múltiplas situações que agora não vou estar aqui a mencionar, que uma breve chamada, um breve feedback a um médico, para ele estar a par da situação, ah, acho uma boa prática efetivamente e acho que foi uma boa alternativa, pelo menos na situação pandémica que se arranjou para manter o contacto de médico-doente, portanto seria pertinente a meu ver, manter no sentido de, hm, manter a proximidade doente e o médico, mas nunca, nunca substituindo consultas presenciais, portanto são coisas que deveriam haver paralelamente, a meu ver.

Médica; Centro Hospitalar Baixo Vouga – Aveiro

1. A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto?

- Os enfermeiros fazem formação para realizar triagem e é por esse motivo que fazem essa tarefa. Noutros países, os médicos também fazem, mas penso que em Portugal, não seria viável pela falta de profissionais.

2. Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?

- Penso que não, porque a avaliação de um doente não se pode fazer com tempo limitado. Isso iria levar a triagens mais demoradas, correndo o risco de atrasar a admissão de utentes graves.

3. Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?

- Priorização da avaliação dos doentes pela gravidade (em teoria). Obviamente que por vezes falha, mas é a forma mais adequada, para não ser por “ordem de chegada”.

4. A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?

- O sistema informático do hospital monitoriza o tempo do doente desde que foi triado.

5. Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobrevalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?

- Os doentes que dão entrada na urgência são, na grande maioria, avaliados pelo enfermeiro através da medição dos sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura e saturação de oxigénio). Em alguns casos, a avaliação da glicemia também é feita. O que acontece é que muitas vezes o grau de dor é difícil de avaliar, o que dificulta a triagem.

6. Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão?

- O tempo de espera prolongado prende-se essencialmente pela falta de profissionais (médicos) aliado à elevada afluência de doentes.

7. No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?

- Tempo de espera a aguardar exames complementares de diagnóstico (principalmente de imagiologia); atualmente com a pandemia covid-19, a necessidade de ter duas áreas de SU

(área respiratória - denominada por área covid - e não respiratória) dificulta a celeridade de avaliação dos doentes.

8. Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem?

- Na prática isso acaba por existir, uma vez que os doentes críticos são avaliados de imediato em salas de emergência por equipas especializadas. Triagens específicas para doentes críticos penso que seria difícil, porque é a partir da triagem que se identifica a gravidade da situação e se faz a divisão dos doentes.

9. Conhece outros Sistemas de Triagem?

- Escala de triagem Canadiana e Emergency Severity Index.

10. Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos?

- O ideal seria o doente ser seguido pelo mesmo médico, uma vez que o que assume o doente posteriormente tem de se inteirar da situação clínica toda. Isto leva a consumo de tempo. No entanto, a maioria dos turnos são de 12h, tentando rentabilizar ao máximo os recursos. Turnos superiores a isto acabam por não ter custo/benefício pelo cansaço dos profissionais.

11. A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?

- Como em tudo, há sempre margem para melhorar, nomeadamente algoritmos de decisão que ajudam a alocar os doentes as áreas de SU de forma mais correta e de acordo com a gravidade. Por vezes, este método de triagem falha, por valorizar determinados critérios em detrimento de outros (por exemplo, um pulso arritmico num doente que já tem uma arritmia conhecida é valorizado de igual forma num doente que não tenha esse antecedente conhecido).

12. A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial?

- Penso que algumas consultas poderão ser realizadas por via telefone, nomeadamente se o objetivo for só a prescrição de exames ou medicamentos. No entanto, a grande maioria das consultas precisa do método presencial para avaliação dos doentes e ajuste terapêutico, pelo que este é o método preferencial.

Médica; Hospital Santa Maria – Lisboa

1. A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto?

- A meu ver, faz todo o sentido a triagem ser feita pelos enfermeiros. São profissionais mais que qualificados para esta tarefa.

2. Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?

- A triagem não devia ter um médico capaz de avaliar e orientar o doente. Isso seria o equivalente a uma consulta aberta nos Cuidados de Saúde Primários. A sobrelotação nos serviços de urgência combate-se através da educação dos utentes para a existência de consultas abertas nas USF, que servem para dar resposta a doenças agudas não urgentes. Em caso de dúvida, antes da ida ao SU, o doente liga a saúde 24, a qual deve ter profissionais qualificados para decidir se o utente se deve dirigir ao centro de saúde ou ao hospital.

3. Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?

- O maior benefício é para os casos mais graves ou emergentes, em que o tempo de espera pode ser crucial para o prognóstico do doente.

4. A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?

- Não sei responder a esta pergunta, como médico interno de formação geral, tendo começado a trabalhar em janeiro deste ano, não sei como se faz esse controlo.

5. Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobvalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?

- Concordo plenamente que os enfermeiros deveriam medir sinais vitais ainda na triagem. Em boa verdade, até achava que o faziam. Acredito que haja centros hospitalares que estes exames são realizados, mas também acredito que casos que não aparentem ser graves, os enfermeiros não os realizem só pelo simples facto de poder acelerar o processo de triagem, mas deveriam ser realizados estes testes de sinais vitais para ter uma maior certeza do estado geral do doente, pois este pode não expressar nenhum tipo de problema maior e passado uma hora de espera o seu estado clínico pode alterar drasticamente porque ficou algo por analisar.

6. Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão?

- Acho que o principal fator que contribui para a "espera eterna" é a má gestão e a falta de vontade dos profissionais de saúde. Se estão 3 médicos alocados à urgência naquele dia, por que razão vão os 3 almoçar/jantar à mesma hora? Não devia ir um de cada vez? Além disso, há a questão do incentivo/reforço positivo. Por exemplo, um Tarefaíro que faça uma urgência

de 12h e que dê resposta a 12 utentes, vê 1 utente por hora. Um Tarefeiro que veja o dobro dos doentes no mesmo tempo, vê 2 utentes por hora. Ambos os tarefeiros recebem o mesmo. Não deveria haver um objetivo na percentagem de doentes que deviam ser vistos em 12h? Se esse objetivo não fosse atingido não deveria haver uma penalidade? Ou um tarefeiro que não passasse nenhum doente por resolver para o turno seguinte não poderia receber um bónus? Existe a meu ver, uma enorme falha na gestão, em como os profissionais de saúde são distribuídos. As normas deveriam ser alteradas, mais rigorosas nestes casos, não deveria de haver a possibilidade de dois, três médicos saírem do SU para ir almoçar, jantar, tomarem cafés juntos, porque a falta de ambos no SU vai criar uma sobrelotação ainda maior do que a que já existe. Concluindo, é necessário melhorar as normas e gestão do tempo dos profissionais de saúde e controlar também o seu trabalho, e dar melhores incentivos ou penalizar consoante o seu trabalho enquanto médico.

7. No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?

- O tempo de espera e as condições nas quais os utentes têm de esperar. Se eu estivesse doente não ia gostar de estar em observação numa sala com mais 10/15 pessoas, alguns aos berros, outros com cheiro desagradável, entre outras coisas.

8. Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem?

- Penso que não. Nessa realidade hipotética o 1º doente dos utentes não críticos seria visto primeiro que o 3º doente dos utentes críticos. Realço também que o tempo gasto com um doente crítico é, na maioria das vezes, superior ao tempo gasto num doente não crítico.

9. Conhece outros Sistemas de Triagem?

- Não.

10. Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos?

- Sim. Se um doente fosse visto sempre pelo mesmo médico seria um processo mais eficiente. Em contrapartida, ser visto por 2 médicos é vantajoso pelo facto de ser uma 2ª opinião quanto ao caso.

11. A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?

- Sim. Penso não ter experiência suficiente no mundo de trabalho para saber identificar os erros.

12. A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial?

- Depende do caso. Nada substitui ver um doente. Se for uma doença aguda no SU é essencial a avaliação presencial do doente. Se for uma consulta de seguimento da diabetes numa USF, uma teleconsulta pode ser suficiente. Se em algum caso não for, convoca-se o doente para a consulta.

Médica; Hospital do Divino Espírito Santo – Açores

1. A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto?

- Eu acho que uma triagem feita da forma que ela é feita neste momento segundo as regras de Manchester faz sentido ser realizada pelos enfermeiros, hm, contudo, obviamente à doentes que acabam por ser mal triados nesse contexto, hm, mas acho que da forma como está feita mesmo com este, com algum viés pelo tipo de questionário ser feito e ser todo pelas regras de Manchester, hm, eu acho que mesmo assim faz sentido e faz sentido serem os enfermeiros a realizá-la.

2. Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?

- Não, acho que o doente deve ser avaliado como um todo e deve ser avaliado no seu tempo, daí que haja uma triagem que permita a avaliação de um doente, ah, com um determinado tempo, não é? Ou seja, fazer a triagem em minutos, depois o doente há de esperar se assim for necessário, porque se colocarmos estes doentes, se for um médico a fazer a triagem, o médico a ver esse doente, nunca vai conseguir fazer uma avaliação do doente em três minutos, fazer uma prescrição e enviar o doente para o domicílio com segurança, portanto da forma como está, acho que está correta. Se fosse feito dessa forma, seria impossível, hm, e aumentaríamos o tempo de espera dos doentes, até porque os doentes acabariam por procurar mais os cuidados de saúde, porque saberiam que mesmo com problemas que não sejam necessários pelo SU, teriam um atendimento num curto espaço de tempo e de forma rápida.

3. Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?

- Acho que vai favorecer a estratificação dos doentes com o risco a que eles estão associados. Permitir triar os doentes e distribuir os mesmos por grau de gravidade.

4. A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?

- Então, no hospital onde eu trabalho, que é o Hospital do Divino Espírito Santo, em Ponta Delgada, ah, há escassez de profissionais e como tal, a divisão neste momento atualmente é feita com doentes verdes observados, ah, separados dos doentes amarelos, laranjas e vermelhos. Desta forma, à médicos tarefeiros, sem especialidade, ou seja, veem os doentes verdes, que estão separados dos nossos. Depois os internos de ano comum, os internos de especialidade e os especialistas veem os mais críticos, amarelo para cima. Da realidade que eu conheço, que são os amarelos para cima, o tempo de espera depende muito da afluência do dia, mas com esta separação conseguimos ver um doente amarelo habitualmente no máximo em uma hora, uma hora e pouco. Uma das coisas que o nosso hospital a nível de triagem faz, tem bem estipuladas as vias verdes, as coronárias e as de AVC, o que permite

que doentes com patologias potencialmente graves são imediatamente observados, ah, maioria das vezes até são entregues especificamente a, a um interno de especialista ou especialista que lá está para fazer uma primeira observação do doente e de facto estas vias verdes são verdadeiras vias verdes. O sistema informático que utilizamos é o Glint, que nos mostra os utentes que já foram triados, o seu grau de prioridade e o tempo a que estes estão nas urgências à espera de serem observados.

- 5. Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobvalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?**

- Do feedback do meu hospital e aquilo que a minha prática clínica me permite dizer, ah, nós no nosso hospital, os médicos, oh os médicos..., os enfermeiros da triagem habitualmente fazem, vêm os parâmetros vitais, ah, e conseguem-nos fazer uma triagem a partir daí. Não vêm todos, vêm, orientam consoante os doentes, se o doente se queixa com febre ou suspeitam que poderá ser outra coisa, fazem medição de temperatura. Agora, se o doente vier com sintomas que não aparentam ser, ah, infecciosos, já não medem a temperatura. Por exemplo, se for um doente com hipertensão e que vem com sintomas de cefaleias, hm, ou pronto sintomas assim que podem sugerir algo disso, medem a tensão arterial e a impressão que eu tenho, o feedback que eu tenho recebido é que não vêm todos os sinais vitais. Do meu feedback já aconteceu, de facto os doentes, ah, virem descritos na triagem como, parece até que a triagem está mal feita, ah, porque depois o doente chega ao pé de nós e conta-nos uma história diferente daquela que está na triagem e depois a justificação que arranjamos nesse momento é que de facto, os doentes mentiram na triagem e disseram sintomas que não têm na verdade, para terem um atendimento mais rápido sim, já aconteceu.

6. Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão?

- Muito destes atrasos e aqui vou ser muito sincera e transparente contigo. Neste hospital, falta de gestão eu acho que não é, porque a gestão é efetivamente bem realizada a meu ver aqui, os SU estão com uma gestão muito boa e conseguimos cumprir com os tempos estipulados, se não cumprimos é por falhas que possam existir porque nenhum humano é perfeito. Obviamente se conseguimos ter bons tempos de espera geralmente em todos os pacientes, em todos os graus de prioridade, certamente também não deverá ser por falta de pessoal. Obter mais profissionais seria sempre benéfico porque poderíamos ser mais rápidos do que o que somos, óbvio. O que eu acho que falta aqui às vezes é mesmo vontade para trabalhar e certas pessoas, mais a olhar para as tarefas, chega perto da sua hora de saída, as horas finais e andam a “passear”, ou seja, criam atrasos, mas é às vezes mesmo por falta de vontade e já não querem trabalhar. Esta é a verdadeira realidade, porque nem tudo é só falta disto e daquilo, como se toda a gente estivesse sempre a trabalhar a cem por cento. Não é verdade, muito atraso é porque saem para almoçar, jantar, tomar café, o que for e demoram muito tempo. Isto não deveria de acontecer. Outro ponto é também às vezes a falta de recursos materiais, certos instrumentos para realizar determinado tipo de testes. Aqui claramente é necessário investimento financeiro e só assim conseguimos melhorar os tempos de espera neste âmbito em concreto, quando temos doentes à espera por realizar um exame porque o hospital só dispõe de uma ferramenta para tal.

7. No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?

- Na minha experiência nenhuma, porque acho que a gestão deste hospital está muito bem conseguida e organizada. Algo que às vezes pode falhar, mas aí lá está, somos humanos, não conseguimos estar a cem por cento sempre todos os dias, é alguma passagem de doentes de um sítio específico para outro, em que é necessário um enfermeiro, uma tarefaira, e como são muitos doentes, nem sempre é possível deslocá-los para outra área mal eles acabem de realizar um exame. Normalmente não esperam muito tempo, mas acabam sempre alguns por esperar porque é impossível estar em todo o lado e ver quando é que estes acabam de fazer os exames.

8. Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem?

- Acho que sim e inclusive já funciona muito bem no hospital onde me encontro. É um método muito eficaz. São dois balcões diferentes, uns doentes não passam pelos outros. Às vezes, vemos doentes verdes que estão em macas e esses não ficam no balcão que nós chamamos o balcão 2, que é o balcão de fora, ah, onde são vistos os doentes verdes pronto, por estarem em maca. Mas habitualmente existe sempre esta separação e permite na minha opinião diminuir o tempo de espera, até dos doentes verdes que muitas vezes ficam horas à espera no SU, a ser negligenciados por doentes mais graves.

9. Conhece outros Sistemas de Triagem?

- Não. Pessoalmente não conheço outros serviços de triagem, nem te sei dizer os nomes dos que existem.

10. Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos?

- Então, aí surgem dois problemas na minha opinião. Melhor, esse problema surge por dois motivos. Um é que os médicos não podem estar eternamente num SU. Um SU faz atendimento de problemas urgentes e há turnos e as pessoas trabalham por turnos e eu sou apologista de facto que as pessoas não devam fazer vinte e quatro horas e que devem fazer apenas as doze, ah, e como tal, é óbvio que se uma pessoa dá entrada num SU às seis da tarde, que se está à espera de um estudo analítico, só o vai ter por volta das oito e meia e a essa hora troca para o turno seguinte. Ah, portanto, é normal ser visto por médicos diferentes. Outra situação que também se impõe e que eu também vejo no meu hospital acontecer é, como temos médicos com diferenciações diferentes, ah, é usual haver essa mudança mesmo sem haver essa mudança de turno, ou seja, o doente é visto por um médico não diferenciado, vê o doente, ah, avalia o seu estado clínico, discute com o chefe de equipa e o chefe de equipa diz, ok, se calhar este doente de facto é mais grave, então deve ser dirigido, ah, a um, ao serviço para observação e aí muda de médico, ou às vezes... e muda de médico que acho que faz sentido de facto haver essa diferenciação. Outra coisa que eu também acho boa, acho que não é propriamente mau um doente ser visto por médicos diferentes, porque às vezes ser

visto por médicos diferentes permite que determinados pormenores da história clínica, determinadas características que se calhar o médico anterior não se apercebeu, são vistos pelo médico a seguir, portanto eu não considero que trocar de médico acaba por ser mau para o doente, acho que até é uma mais valia porque permite que olhos diferentes, com visões diferentes da medicina permitam ver o mesmo caso de perspetivas diferentes.

11. A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?

- Eu de facto, pela experiência que eu tenho tido no hospital onde trabalho, não acho que haja um tempo de espera absurdo para os doentes, pelo contrário, até acho que aqui são vistos muito mais rapidamente que em maior parte dos hospitais nacionais e não é por haver pouca gente em Ponta Delgada, é mesmo porque esta divisão funciona aqui muito, muito bem. Acho que os doentes são de facto vistos..., nós temos vários doentes amarelos que são vistos às vezes em quinze minutos, desde que são triados, até terem a primeira observação médica. Claro que há dias e dias. Há dias que ficam mais tempo à espera, mas de facto, da experiência que eu tenho, considero que as coisas funcionam muito bem no SU onde eu estou, nesse sentido e, portanto, não vejo nada de mal neste serviço. Acho que da forma como está gerido, está muito bem realizado e com um serviço muito correto e fluido, portanto não tenho nada a apontar.

12. A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial?

- Acho que essa pergunta tem várias formas que nos podemos olhar para ela. Acho que a teleconsulta poderá de facto ser uma mais-valia, ah, mas nunca substituir a consulta de verdade, ou seja, num doente que foi fazer um estudo analítico por algum motivo e nós queiramos só observar as análises se calhar não faz sentido estar a colocar um doente numa sala de espera, em contacto com outros doentes, só para ver umas análises. Na minha opinião, tudo mais do que isto é consulta presencial, com o doente, para ser observado, ou seja, teleconsulta seria sempre uma consulta de follow-up, ou seja, vemos o doente uma vez, pedimos um estudo analítico e no follow-up, fazer uma teleconsulta porque será apenas para jus terapêutico, agora todo o resto, para mim não substitui uma consulta e como tal, os doentes devem ser sempre observados, ah, e acho que não faz sentido num SU obviamente,

só em serviços de cuidados primários, porque doentes com os mesmos sintomas numa triagem por exemplo, apresentam-se de forma muito diferente, porque uns são mais queixosos do que outros, uns toleram mais coisas que outro, portanto podem ter exatamente os mesmos sintomas, mas um ser mais grave que o outro.

Médico; Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro

1. A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto?

- Eu concordo que a triagem seja feita por enfermeiros ou até mesmo só por um profissional de saúde que consiga seguir aquelas perguntas e as bases que podem identificar, hm, situações mais, mais perigosas e definir as condicionantes de prioridade, portanto, desde que tenham o mínimo de conhecimentos na área médica, hm, consegue seguir aquele algoritmo e ajuda a facilitar a abordagem pelos serviços de urgência.

2. Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?

- Em alguns locais já acontece estarem médicos tarefeiros que podem prescrever, pois são médicos autónomos, hm, nas triagens. É assim, por um lado é verdade que pode ajudar a escoar um bocadinho os serviços de urgência e a lotação que existe em alguns serviços, mas por outro também iria, também iria entupir e atrasar mais as partes das triagens e portanto é uma pergunta de dois rumos, ou seja, pode piorar de um lado, para favorecer o outro, nas duas patologias, não duas perspetivas, desculpa, portanto, talvez, se houvesse o próprio sistema de triagem do SNS24, se as pessoas fossem obrigadas a fazer uma chamada à priori antes de se dirigirem ao serviço de urgência até seria uma saída melhor para este tipo de doentes, para este tipo de abordagem, porque assim eles já tinham uma pré-triagem, feita por profissionais de saúde, neste caso, enfermeiros, nas suas casas, em que há o uso de recursos e as chamadas são distribuídas consoante a disponibilidade, ou seja, não haveria tanta afluência num determinado ponto.

3. Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?

- É assim, eu acho que é a abordagem lógica que nós temos de ter quando estamos num serviço de urgência, ou seja, nós temos uma série de doentes, nós temos de priorizar aqueles que precisam de um apoio mais rápido aqueles que precisam de um apoio mais lento ou não tão prioritário e que sabemos que eles não precisam de uma orientação tão rápida como obstem, por isso é que existem estas escalas, e por isso é que, com isto, também sabemos qual é o grau de complexidade que o doente vai dar entrada e qual é o grau de exigência que ele vai ter e de acompanhamento que ele tem.

4. A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?

- Eu não tenha assim tantos conhecimentos dessa parte porque eu não costumo fazer balcão, mas normalmente nos SU que eu fiz de balcão usava-se o SClínico habitual ou mesmo o ALERT, mas eu tenho experiência é a trabalhar no SClínico. Ele lá vai-te dizendo quanto tempo de espera cada doente está a ter consoante o nível, a cor da pulseira que este recebeu.

5. Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobrevalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?

- Ora, esta está aqui uma questão que normalmente traz muita discussão, porque apesar de tudo, o que nós temos de dar sempre prioridade quando um doente dá entrada é a sua palavra. Nós temos de acreditar no que o doente nos diz, primeiro que tudo. Claro que podemos tentar de formas indiretas com os algoritmos e com os fluxogramas simples, tentar definir as prioridades. Claro que quanto mais, ah, mais evoluído estão estes fluxogramas também

melhor será o atendimento ao doente, mas também temos de ver como é que isto pode tornar a triagem muito mais complexa e muito mais difícil para a pessoa que está a triar, em vez de ser aquele sistema simples de identificar os doentes com pulseira vermelha, se tiverem determinados sinais, sintomas ou patologias, amarelo, laranja, verde, etc, e portanto, nós por um lado acho que é vantajoso os fluxogramas melhorarem, hm, mas por outro também pode tornar muito complexo o trabalho de um, de um enfermeiro que está a fazer triagem, portanto temos de ter um bocadinho de atenção a estes dois lados. Uma das coisas que eu acho que poderia ser benéfico também era os enfermeiros terem algum, algum tipo hm, de treino, de formação para conseguirem obter conclusões sobre se o doente está a mentir ou não. Do género, se chegam e dizem que lhes dói mesmo muito alguma coisa, será perguntar à quanto tempo está com aquela dor, porque se for uma dor forte, toda a gente recorre à urgência no próprio dia, ninguém anda com uma dor insuportável durante dias, ou seja, se os doentes derem essa resposta, muito provavelmente estão a tentar aldrabar. Acho que deveria ser feito, algum tipo de formação em triadores para tentar ler certas coisas que doentes dizem, e depois lá está, verificar coisas simples que se fazem rapidamente. Se sentem dor de peito, auscultar, ver níveis de pressão, se se queixam de dores de garganta, visualizar rapidamente a ver se encontram inchaços, inflamação, algo não muito demorado que possa vir a auxiliar os médicos depois dos doentes passarem a triagem.

6. Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão?

- Acho que o resultado final destas esperas para quem tem pulseiras mais, com níveis de menor prioridade, resulta de todos os fatores que estão referidos na pergunta, ou seja, muitas vezes também temos um número de profissionais disponíveis, temos logísticos, até o número de balcões disponíveis que às vezes à mais médicos do que balcões, há muitas variáveis em jogo. Portanto, ah, é mesmo, para mim, é uma junção dos diversos, dos diversos fatores que, que tornam estas esperas também muito superiores e, por vezes, eles até costumam direcionar médicos com menor experiência, para as pulseiras, para os doentes que têm pulseiras de prioridade mais reduzida, mesmo para ir escoando estes, estes doentes para eles não fiquem tanto tempo à espera, mas claro que é uma coisa a ter em conta no futuro e isto vai-se colmatando, com a colmatação dos diversos fatores que estão aqui referidos e envolvidos, tanto logísticos, como a nível de profissionais disponíveis, como a nível da

própria gestão realizada por quem coordena os métodos de cada hospital. Também obviamente como são realizados os tipos de abordagem do doente, em termos de acompanhamento, desde que ele dá entrada até ele sair daquele, daquele balcão os daquelas urgências, para não estar a causar mais, mais atraso naquela região.

7. No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?

- É uma resposta muito complicada, porque o sistema é um bocadinho caótico, é à base de prioridades de pulseiras para atender, mas às vezes está uma pulseira verde à espera e vai chegando uma pulseira vermelha de cada vez e a verde vai ficando para trás durante horas, mas hm, não há, não vejo como se possa melhorar este sistema, porque efetivamente quando chega um vermelho, nós temos de ir diretamente tratar do vermelho, em comparação com o verde, este terá mais prioridade, agora não sei como é que isto se pode melhorar, só se tivéssemos outra pessoa lá para atender os verdes, porque se chega alguma acima, esses vão estar automaticamente acima do verde, porque estão em níveis de prioridade superiores. Pode é haver uma reavaliação dos verdes ao longo do tempo, só para termos a certeza que eles não estão a agravar e a necessitar de um acompanhamento rápido.

8. Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem?

- Por um lado faz mais sentido haver 2 equipas, até uma mais direcionada para os críticos e que vá limpando esses, e dando prioridade a esses doentes, ah, e outra que vai despachando aqueles mais, os azuis e os verdes, mas isto temos de ter sempre em conta que se por alguma razão, as vermelhas e as laranjas começam a chegar, com mais afluência, hm, essa equipa dos não críticos terá de começar também a dar apoio à equipa que está nos críticos, porque não deixa de ser um serviço de urgência, com uma gestão que está sempre a adaptar-se ao longo do tempo, e portanto, nós temos de, nós temos de acompanhar, nós temos de dar sempre prioridade aos doentes que estão pior e isso, faz parte da gestão de cada serviço e se fosse possível, garantir a abordagem dos doentes críticos, estando uma equipa só direcionada para os doentes não críticos até seria o ideal, até viria a considerar.

9. Conhece outros Sistemas de Triagem?

- Não conheço, mas até seria interessante conhecer alguns, portanto quando terminares a tua dissertação, falas-me deles.

10. Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos?

- Os médicos na urgência estão, fazem uma jornada contínua, ou seja, eles estão, eles têm x horas para cumprir, eles não podem estar aí a cumprir aquelas x horas e só porque um doente dá entrada mais para o fim do turno, hm, o médico não pode só a ficar a tomar conta dele e limitar a sua hora de saída por causa disso, porque por um lado sobrecarrega o médico e por outro, também vai torna-lo menos perspicaz e não tão apto para abordar o doente, ou seja, o seguimento que ele faria ao doente não seria tão bom, por isso não concordo. Se houvesse quase uma obrigatoriedade dos médicos por parte dos doentes, obrigaria aos médicos a ficarem lá mais tempo, também seriam mais mal observados, porque os médicos acabariam por ficar mais fatigados porque estão efetivamente a tirar-lhes a sua hora de descanso. Mas pensando nesta pergunta sobre outro ponto de vista, às vezes também há transmissão, há transferência de médicos, entre médicos durante o mesmo período, ou durante o mesmo turno de urgência e aí, só acho pertinente se for transferência para um médico mais especializado na patologia que o doente apresenta.

11. A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?

- O sistema de triagem de Manchester foi concebido, é um fluxograma concebido para abordagens de triagem que é muito rápido, é muito fácil um, é muito fácil seguir este fluxograma, é a base de “sim” e “não” , “sim” e “não”, e para a triagem acaba por ser uma forma muito rápida e direta de, de classificar os doentes consoante a sua prioridade de atendimento e portanto sim, apoio que este sistema continue a ser usado porque é muito necessário ter assim este feedback e esta, e esta regularização e também organização dentro do caos que é habitualmente o serviço de urgência, mas à sempre espaço para melhorar evidentemente, sim.

12. A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial?

- É uma pergunta muito interessante esta parte que é uma coisa que, nos grupos de médicos e nas equipas de trabalho, nós discutimos muito porque para nós, por um lado facilita imenso a duração das consultas, até mesmo garantir que nós conseguimos falar com os doentes nesses dias e consegue-nos organizar um bocadinho mais, na forma de, do seguimento dos doentes e garantir o seu acompanhamento. Por outro lado, também piora bastante o contacto e a relação de médico-doente, que é muito mais difícil de ser conseguida através de uma chamada telefónica, sem a, sem a linguagem gestual que nós temos, o nosso posicionamento, mesmo o próprio exame físico diz-nos normalmente muitas coisas e mesmo, até medir os sinais vitais dizem-nos muitas informações sobre os doentes que são pertinentes e que nos podem ajudar a modificar a nossa, a nossa, o nosso método de trabalho, mas em relação a este conceito das teleconsultas, eu acho que é uma coisa que tem futuro, pode vir a ser aplicada de forma mais normalizada, em doentes que não precisem de ser auscultados, que não precisam de estar a vir até ao hospital, estarem expostos a outras pessoas, a outras doenças, a outros “bichinhos” que estão espalhados pelo hospital ou nos centros de saúde e portanto, ah, algumas das consultas e algumas dos contactos entre médico e doente acabam por ser colmatados com estas chamadas e portanto sim, é uma mais valia, desde que integrado num seguimento correto do doente, sem por em causa, em nenhum momento o contacto e a relação médico-doente e o físico que é necessário, do exame físico e a abordagem do doente presencialmente e olhar para ele.

Médico; Hospital Pedro Hispano – Porto

1. A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto?

- Acho que sim, acho que faz sentido as triagens serem feitas por enfermeiros porque a triagem baseia-se exclusivamente no seguimento de um fluxograma, por isso não há necessidade de grande avaliação médica, é só uma questão de avaliar vitais e fazer perguntas aos doentes, algo que os enfermeiros estão mais do que habituados a fazer, especialmente os vitais, mais do que os médicos, ah, e depois é só seguir o fluxograma para atribuir um grau de prioridade ao doente, por isso acho que sim e dessa forma não estamos a gastar mais um

médico para estar na triagem, até porque o número de médicos por doente no serviço de urgência é inferior ao número de enfermeiros por doente.

2. Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?

- Não, não acho, até porque assim não faria grande sentido ter uma triagem, porque o objetivo da triagem é tu avaliares os doentes, aqueles que precisam de ser avaliados mais rapidamente e se tivesses lá um médico a despachar os doentes, a despachar logo aqueles que não eram graves, então não fazia sentido estares a fazer uma triagem para tentares priorizar os mais graves, estás a perceber? Estarias a gastar um médico para ver os doentes que podem esperar, por isso é que serve a triagem, para os vermelhos e laranjas serem visto mais rapidamente ah, e os amarelos e verdes, como são menos graves, podem esperar, por isso não faria sentido gastares um médico só para estar a ver aqueles, estar a ver aqueles rapidamente que são leves, problemas leves. Ah, além disso, acho que também iria criar nos utentes, a ideia de que podes ir às urgências por uma coisa não grave e ser atendido rapidamente, o que também não é o objetivo porque não é para isso que servem as urgências.

3. Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?

- É exatamente conseguires priorizar ah, de acordo com a gravidade dos sintomas os doentes que devem ser vistos primeiro. Pronto, é esse o principal objetivo da triagem que o faz relativamente bem tirando uma situação ou outra. Por exemplo, qualquer doente com uma dor no peito vai ser avaliado como sendo um amarelo, quando muitas dores no peito que nós vemos são só problemas de estômago e assim percebes? Mas pronto, nada é perfeito.

4. A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?

- Os programas usados no país, acho que a maioria dos hospitais usa o SClínico, que é o programa no meu hospital, o Pedro Hispano, é o programa que nós utilizamos para os internamentos, mas para a urgência, o nosso hospital em especificamente, tem um programa diferente, que eu acho que é diferente de todos os outros hospitais, que é o HCIS, pronto.

Imagina, os hospitais têm a liberdade de escolher programas diferentes e maneiras de gestão diferentes. A maioria dos hospitais escolheu o SClínico mesmo para a urgência, o meu tem um diferente. Não sei se há outros hospitais com programas de urgência diferente, eu acredito que sim. O meu programa especificamente, mostra-nos a quanto tempo os doentes estão em espera, desde o momento em que são triados, aparece há quanto tempo eles estão lá. A verdade é que nós..., e no meu hospital a organização funciona mais ou menos assim, tu tens médicos especialistas de medicina interna, que vêm os doentes mais graves, ou seja, os laranjas e os vermelhos, ah, e tens médicos indiferenciados que são chamados os médicos tarefeiros, que vêm os verdes e os amarelos, mas isto não é assim em todo o lado. No meu é assim, mas há muitas situações em que a organização não tem nada a ver pronto, porque a organização da urgência é algo do hospital, ou seja, é o hospital que decide. Portanto o meu programa mostra-me quando é que o doente foi aceite, a partir de que momento ele foi triado. Depois, eu como estou na parte dos especialistas não é, ah, na parte dos especialistas, eu vejo os laranjas e geralmente os vermelhos vão logo para a sala de emergência, para ser visto pela pessoa que está de emergência percebes? O especialista que está de emergência, pronto. Nós depois nos laranjas pah, organizamo-nos entre nós. Imagina, chegam agora três laranjas, tipo já estão aqui há quinze minutos, às vezes vamos porque já está cá a tempo, às vezes abrimos o histórico do doente e escolhemos aquele que nos parece um bocadinho mais grave, mas pronto, isto são organizações intrínsecas ao próprio hospital.

- 5. Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobrevalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?**

- Opa, é um bocadinho difícil de responder ah, imagina, mesmo que o doente esteja a mentir, os testes, análises, às vezes não nos podem dizer se ele está a mentir percebes? Isto é mesmo muito específico. Primeiro, ia ter de estar ali um médico na triagem, que eu já dei a minha

opinião, acho que não seria, não seria muito eficaz. Ah, depois tens o problema, lá está, a triagem é suposta ser uma coisa imediata percebes? O doente chegou e tu vais logo fazer uma triagem para saber se o mesmo deve ser visto em 5 horas ou em 5 minutos percebes? Os testes demoram tempo a fazer, análises caso quisesse fazer demoram tempo a chegar, estou eu a falar em análises, não referiste, só falaste nos testes, mas pronto, em hospitais com muita afluência como este, esses testes demoravam mais tempo a fazer, a triagem demoraria mais. O objetivo da triagem é ser imediata e dar uma visão geral do doente, ah, e acho que meteres estes testes ao barulho ia fazer com que o doente demorasse demasiado tempo a ser triado. O que se deveria fazer na minha opinião, melhor, respondendo mais à questão, sim é verdade que existem erros nas triagens, de sub triagem e sobre triagem, e estes erros podem ser como dizes, perigosos para a saúde dos doentes e dizes muitos bem, tens toda a razão nisso. O que eu acho que se deveria fazer, mas muitas vezes é difícil porque há mesmo muitos doentes, é imagina, de hora a hora, duas horas em duas horas, os enfermeiros que estão nas urgências, darem um check-up nos doentes, porque lá está, com o passar do tempo um amarelo pode passar a laranja, ou seja, o tempo passa e casos que não aparentem ser graves tornam-se mais graves, ou seja, acho que este check-up deveria ser prioritário porque as pessoas esperam horas, muitas horas, porque não é possível ver toda a gente nos tempos estipulados porque é mesmo muita gente para não muitos profissionais. Verificando isto, era possível ver se há algum desses casos, em que passado algum tempo, imagina pulseira verde, sente-se pior e torna-se pulseira amarela ou laranja e assim essa indicação iria para o sistema e priorizávamos essa pessoa mais rapidamente.

6. Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão?

- Eu concordo que seja por falta de especialistas na urgência, ah, porque geralmente na urgência só há UM especialista, quer dizer, eu falo do meu hospital. No meu somos vários internos a ver os doentes e depois temos de discutir os doentes todos com um único especialista percebes? Pronto, e, portanto, ah, sim, acho que um dos grandes problemas é a falta de especialistas, não que eles não existam, mas o hospital não quer estar a (riso), o hospital não quer estar a pagar a mais especialistas na urgência, acho eu que é por isso.

7. No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?

- A gestão que existe, em relação a médicos, quantos médicos especialistas como já referi anteriormente estão nas urgências, número de médicos especialistas por número de utentes, ah, acho que essa é a maior falha de gestão e organização, de resto acho que a triagem está bem conseguida de facto, ah, acho que é mais uma falta da gestão dos profissionais existentes, de pessoal, ou melhor pessoal há, não estão é no sítio certo, não tanto da organização do sistema. A gerência do hospital é que deveria ver os problemas que existem e dizer, muito bem, quero mais um, dois médicos especialistas na urgência e verificar esses resultados de tempos de espera, se diminuísse os tempos de espera dos utentes, ótimo mantinham, ou seja, a gestão dos profissionais de saúde por parte de quem coordena é que está errada.

8. Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem?

- Pronto, pelo menos no meu hospital, é exatamente isso que acontece, acredito que a gestão e a gerência de outros hospitais funcionem de forma diferente. Aqui temos os médicos especialistas de medicina interna que vêm laranjas e vermelhos e temos os médicos não diferenciados ah, que vêm os amarelos e verdes. Depois quando os indiferenciados vêm que esses doentes foram triados como verde ou amarelo, afinal precisam de cuidados mais diferenciados, discutem os doentes com o especialista da medicina interna e fazem a passagem do doente para o especialista, por isso, isso efetivamente existe, acontece no meu hospital, não sei se acontece noutros.

9. Conhece outros Sistemas de Triagem?

- Não, pessoalmente só conheço a Triagem de Manchester.

10. Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos?

- Imagina, se os doentes estão mais de doze horas numa urgência que é o horário que a maioria de nós faz, ah, seguidos, é normal que troquem de médico, não é expectável um

doente que está há vários dias na urgência tenha sempre o mesmo médico, senão o médico nem ia a casa dormir, por isso acho que nem existiria qualquer solução aqui percebes? Seria impossível uma pessoa que passe sempre na urgência ter sempre o mesmo médico. Pronto, se isto dificulta a gestão imagina, nós quando chegamos à urgência de manhã, são-nos passados os doentes, ou seja, o médico que esteve antes com esses doentes, contamos a história desses doentes, diz-nos porque é que eles estão ali, o que já foi pedido, os resultados que ele teve agora, bla,bla,bla, e eu, antes de ir ver os doentes, pronto, o doente é-me passado e eu antes de ir ver, ah, novamente, fazer uma nova avaliação, vou ler o que o meu colega anterior escreveu, ah, ver os resultados dos exames, etc, etc. No final do meu turno, faço eu o mesmo. Claro que isto dificulta um bocadinho, se for sempre eu a ver o doente é mais fácil, e sempre que isso é possível fazer, nós tentamos fazer, quando não é possível, temos de realizar este processo.

11. A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?

- Imagina, eu nunca implementei a triagem a ninguém. Conheço-a por alto porque eu estudei na faculdade, mas da minha prática médica nunca tive de olhar para ela, mas tirando uma coisa ou outra que acho que sobrevaloriza determinados problemas, acho que está bem sim, acho que é um bom modelo de triagem.

12. A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial?

- Sim, claro que sim. A tecnologia é algo que está sempre a crescer, sempre em desenvolvimento e, portanto, devemos utilizar todos os recursos que ela nos proporciona, senão não valia a pena as pessoas trabalharem e criarem algo alternativo para tentar melhorar certos serviços. Portanto sim, até mais pela gestão em si e tentar gerir melhor esta sobrelotação, porque efetivamente existe muita coisa que pode ser feita por chamada, teleconsulta e que ao fim ao cabo vai melhorar o serviço, vai ser mais rápido tanto para o médico, como para o doente, vai ser menos dispendioso para o doente e vamos também se calhar proteger os mais idosos, porque estas idas a locais de saúde, para pessoas mais idosas pode às vezes ser complicada porque existem sempre vírus de hospital no ar e portanto, por um lado também é mais seguro para os mesmos, portanto sim, para mim é manter, tudo o

que pode ser feito pode computador deve ser feito, mas nunca metendo em causa prioridade, e sempre, sempre que um doente nos diga algo que tem de ser visto, é presencial, computador só utilizado em casos nada graves ou passagem de medicação regular, análises, estas pequenas situações.

Médica; Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro

1. A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto?

- Concordo sim, que a triagem seja realizada por enfermeiros. Acho que é bastante adequado no sentido em que, a triagem tem questões simples, hm, relacionadas com a saúde, portanto acho que eles estão completamente à vontade em realizá-la e em fazer a mesma convenientemente com o devido raciocínio, portanto, hm concordo.

2. Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?

- Acredito sim que seria mais fácil para despachar os doentes, no entanto, o facto de o médico estar lá a avaliar, a orientar e a medicar o doente também acaba por atrasar o sistema de triagem. Não sei até que ponto isso seria rentável, acho que seria mais fácil por exemplo, os doentes que não são triados, aliás que estão a ser triados e que não, não deviam de estar na urgência, por exemplo os verdes e os azuis, mandar estas pessoas para os cuidados de saúde primários para consulta aberta por exemplo.

3. Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?

- A maior vantagem que eu vejo no sistema de triagem é realmente categorizar as pessoas por gravidade e prioridade e desta forma conseguir atender o mais rápido possível as pessoas que necessitam de cuidados mais prontamente que outras pessoas que chegam mais cedo, estão há mais tempo à espera, mas que não têm uma necessidade tão urgente de receber tratamentos.

4. A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?

- No meu hospital, que é o Hospital de Faro, hm, não sei se é comum a todos, mas aliás, até é diferente entre adultos e crianças. Nos adultos, utiliza-se o sistema ALERT, que eu não sei dar informações que eu nunca cheguei a utilizar, não fazia admissões, nunca fiz admissões reais. Na pediatria, utiliza-se o SClínico, em que eles entram na urgência, aparece lá uma parte de doentes não triados e doentes já triados, quanto tempo eles estão há espera em cada um. Depois de serem triados aparece lá as informações da triagem, hm, aparece a cor que lhes é atribuída e, e o tempo de espera. Aquilo é tudo automático e toda a gente, médicos e enfermeiros conseguem utilizar o SClínico para monitorizar e mexer com os dados dos doentes.

5. Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobrevalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?

- Sim, há realmente uma grande parte, uma grande parte não, mas efetivamente uma parte importante de utentes que realmente mentem sobre os seus sintomas e de facto, ah, a questão de ser um médico a avaliar, a possibilidade de ser um médico a avaliá-los ia ajudar muito a que essa triagem fosse mais verdadeira digamos assim, portanto sim, concordo que devia de haver alguns testes que se poderiam realizar, não sei bem, não sei bem o quê em concreto, mas nessa parte, para essa parte dos testes seria importante haver um médico a triar porque realmente têm o raciocínio clínico que os enfermeiros não têm, ou então instruir todos os enfermeiros que realizem triagem para realizar estes exames o mais eficiente possível.

6. Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão?

- Ora, sobre esta questão dos tempos de espera, no meu hospital é muito ambas as coisas honestamente, porque acho que é certo e sabido que no Algarve há muita falta de médicos, há muitos, muitos tarefeiros a trabalhar que recebem muito, muito dinheiro e claro está que a organização é péssima. Os sistemas informáticos não são os melhores, a organização do serviço não é a melhor, está sempre sobrelotado ah, e não há alternativas viáveis que ajudem a combater e a escoar doentes digamos assim, e os profissionais chegam e “só tapam buracos”, não há tipo uma solução eficaz. Não existe um plano B digamos assim e claro que assim à mínima coisa pronto esgota. Portanto, a resposta é que no meu hospital em concreto, os dois problemas são muito relevantes para, para a urgência não funcionar tão bem, mas honestamente não sei bem dizer qual é que é pior, acho que são os dois muito maus, a falta de profissionais de saúde e a gestão que existe com os profissionais de saúde disponíveis.

7. No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?

- A falta de gestão dos utentes nos SU. Em primeiro lugar o sistema informático utilizado. Tenho o SCLínico onde vejo os doentes, mas depois tenho cinquenta programas que tenho de abrir para fazer as coisas. Por exemplo, um programa para abrir análises, outro programa para ver exames que ele já fez, outro programa para ver o histórico do doente, todas as consultas que ele já teve, se já teve internado ou não, se tem doenças, depois outro programa para ver antecedentes pessoais, medicação habitual se a faz, é tudo assim. Depois existe outro programa em que eu peço colaborações de outras especialidades para ir ver alguém. O problema disto é que mesmo com este programa, eu tenho de ligar para eles porque eles não vão ver o pedido de colaboração no sistema. Isto acontece muito no meu hospital, não sei se é comum a outros, mas é horrível, temos de estar sempre a ligar a toda a gente para conseguir ter o problema resolvido. Depois não atendem, tenho de ligar à telefonista porque não sei a extensão de cor. Ou seja, só aqui perde-se muito, muito tempo só para conseguir falar com alguém, é muito tempo desperdiçado, tudo por causa dos sistemas de gestão serem horríveis a meu ver no hospital. Este tempo poderia muito bem ser evitado com um bom sistema de gestão informático e esse tempo poderia muito bem ser utilizado para ver outros doentes. Mais sobre a gestão do meu hospital em concreto, em vejo como má gestão haver imensos

tarefairos que logicamente não têm os conhecimentos que um médico tem, hm, que esteja a estudar para a especialidade ou que já seja especialista, hm, pronto eles têm autonomia, eles podem fazer o que querem, não é obrigatório eles irem discutir os doentes com o médico especialista e às vezes podem fazer asneiras e é muito chato. Deixa-me pensar em mais questões de falhas na gestão, que são tantas lá que até me bloqueia. Outro exemplo, varia muito de especialidade, mas a questão dos balcões, que estão sobrelotados, os balcões são onde se admite os doentes, onde se chamam os doentes para uma primeira abordagem depois da triagem, ah, depois eles ficam na sala de espera, não existe um lugar específico para eles estarem, ou seja, podem ser direcionados para uma ala específica e eles vão-se sentar noutra ala porque não há ninguém que os encaminhe e que diga, é esta a sala, depois o médico chama e o doente não está lá, não sabes quem é, depois a questão dos familiares poderem estar lá ou não, também é confuso, ou seja, gente a ocupar lugares sem nenhum propósito, ah, e de momento não me lembro de mais. Já sei, doentes ficarem nos corredores abandonados durante alguns dias, acredites ou não, também acontece, principalmente doentes muito idosos, que já não estão independentes, que não conseguem falar, ou seja, facilmente ficam abandonados. Outra coisa muito importante, é o rácio de enfermeiros doentes, o número de enfermeiros que à para os doentes é absurdo, eles têm muito excesso de trabalho e não conseguem fazer tudo o que lhes compete no turno deles.

8. Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem?

- Acho que podia ser uma boa abordagem, dividir doentes críticos e não críticos porque assim seria possível ter uma melhor gestão dos pacientes, iriam reduzir os tempos de espera. Em contrapartida, teríamos de contratar mais profissionais de saúde por exemplo, porque observar um doente critico não é igual, nem dá a mesma carga de trabalho, nem stress que dá observar um doente não crítico, mas sim, de facto para as pessoas com menos prioridade, iria acelerar o seu processo de espera porque não iriam ter outros doentes a passar à sua frente por causa da sua prioridade. Outra opção seria também lá está, com recurso a uma criação de um bom sistema informático, na triagem avaliar o doente, se este fosse um caso de prioridade reduzida, indicado a ir aos cuidados de saúde primários e para o mesmo não ir para lá e ter de explicar tudo de novo, existir um sistema capaz de ligar as urgências de um hospital ao centro de saúde e informar sobre este paciente e que se vai dirigir lá porque é um

caso não grave e também será importante instruir estes pacientes que, em casos sem gravidade é sempre melhor dirigirem-se primeiro ao centro de saúde para saber se é possível serem tratados nesse centro.

9. Conhece outros Sistemas de Triagem?

- Não, não conheço outros sistemas de triagem.

10. Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos?

- Ok, esta questão dos utentes mudarem de médico, eu acho bom e mau. Bom no sentido em que a pessoa não é vista só por um médico e isso é bom porque pronto, às vezes pode estar a escapar algum diagnóstico, algum pormenor que pode fazer a diferença e ajudar no tratamento, enquanto que se a pessoa é vista sempre pelo mesmo médico ah, a probabilidade estar a escapar alguma coisa porque não são duas cabeças a pensar, é só uma é maior. É por isso que muitas vezes quando os doentes estão internados pronto, os doentes são inseridos, são tratados vá por uma equipa e não apenas por um médico, porque assim há uma avaliação multidisciplinar, várias trocas de ideias, opiniões e raciocínio e que pronto, é mais benéfico ser desta forma. Mas também discordo do facto dos utentes mudarem de médico porque realmente numa urgência tu queres é ser prático e eficaz, e ao estares a mudar de médico, o médico novo que o vai seguir, vai ter de analisar tudo o que está para trás, vai ter de ver o que se passou, vai estar novamente a falar com o utente, provavelmente a responder a coisas que ele já referiu ao médico anterior e sim, é chato para o utente que está sempre a responder às mesmas coisas e sempre a mudar de médico, é chato para o médico porque tem de perder o tempo a perceber toda a história clínica do doente e nesse aspeto sim, concordo que não seja muito bom.

11. A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?

- Eu propriamente não tenho muitos conhecimentos, porque eu nunca realizei a triagem em doentes, nunca fiz triagens, ah, só fiz admissões em pediatria, portanto só posso falar da pediatria, às vezes havia crianças que estavam plenas da vida e mudava logo para laranja por exemplo, laranja sendo o segundo mais grave e não fazia muito sentido só porque tinha sei lá, o açúcar baixo no sangue, hipoglicemia, mas estavam bem, ou sei lá, porque começam a

vomitam. Crianças que vomitam por tudo e por nada, coisas que para mim não faz sentido, e que muitas das vezes acabava por chamar essas crianças mais difíceis digamos assim, porque aquilo estava bastante estável e não tinha lógica a tal criança ser triada como laranja. Ou seja, acho que deveria de haver uma escala de Manchester só para crianças, dividido em categorias de faixas etárias, crianças adolescentes, bebés, adultos e idosos, porque hipoglicemia num idoso e muito diferente de hipoglicemia de uma criança, é muito mais frágil num idoso.

12. A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial?

- Julgo que sim, aliás até acho mesmo que já deveria ter sido implementado há mais tempo, porque existem efetivamente, ah, casos que basta uma conversa para resolver problemas. Medicação habitual, por exemplo, colesterol, pílulas, medicação regular digamos assim, análise de exames simples, como amostras de resultados de análises, todas estas questões. Iria drasticamente melhorar os serviços, iria haver muito menos pessoas nos centros de saúde nestes casos, porque muitos casos são simples e podem ser realizados até porque chamada ou teleconsulta, iria ser muitos mais rápido o atendimento, os doentes iriam poupar tempo e dinheiro a deslocar-se ao sítio para obter tal serviço, portanto acho que sim, continuar e manter para o futuro.

Entrevistas dos utentes

Utente #1

1. Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?

- Enfermeiro.

2. Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?

- Se for em hora que possa ir ao centro de saúde vou, se não, vou ao hospital.

3. Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?

- Sim, acho que sim.

4. Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?

-Muito tempo, muito tempo mesmo. Da última vez que lá estive esperei sete horas até ser chamada.

5. Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?

- Não.

6. É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?

- Sempre séria.

7. Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?

- Pode ser por falta de médicos também e acho que também por falta de organização, porque ainda não foi há muito tempo que eu por acaso precisei de vir aqui ao hospital porque não

me estava a sentir bem, ah e dessa vez, estive lá cinco horas para ser atendida e deparei que quando estava a chegar ao hospital, vi uma senhora que estava a chegar e depois de já lá estar, vi que essa tal senhora era médica e passado pouco tempo de eu já estar há espera, ela foi à salinha buscar a saca do lanche para levar onde ela estava a trabalhar. Não faz sentido, uma pessoa que está a acabar de entrar no hospital estar a fazer esse tipo de coisas. Acho que primeiro tem de trabalhar, depois sim, muito bem vai lanchar. A acabar de chegar ao trabalho e vai logo comer a vir certamente de casa, não acho que seja nada.

8. A criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?

- Acho que sim porque por exemplo, eu vou ao hospital e o meu caso não é urgente. Se houvesse uma equipa que fosse direcionada para o verde ou o amarelo, eu se calhar entrava mais rápido do que por exemplo ser tudo junto como é aqui no Hospital de Aveiro. Aqui entram pessoas com prioridade acima da minha, porque estão num caso mais grave, mas atenção, acho muito bem, assim é que tem de ser. Quem tem maior prioridade que seja visto sempre acima de mim que posso esperar, mas se efetivamente houvesse essa divisão, eu não esperaria umas sete horas para ser observado porque cada tipo de prioridade tinha a sua equipa distinta, portanto acho que sim, que era uma mais-valia.

9. Acha uma mais valia ser observada por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?

- Acho que se o médico for bom, ser sempre aquele a seguir. Agora se ele vir que o que a pessoa está a dizer que tem não for do conhecimento dele, acho que ele próprio deve passar para outro colega.

10. Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?

- Relativamente rápido.

11. Sabe como funciona o sistema de triagem?

- Nós chegamos à triagem, perguntam o que a pessoa tem, nós dizemos os sintomas e eles aí atribuem logo uma pulseira. Nunca vêm nada, nem tensão, nada. É mesmo só falar, dão uma pulseira e vamos diretamente para a sala de espera.

12. Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?

- Se calhar um bocadito de falta de organização, porque por vezes há pessoas que estão nos corredores em camas para ser atendidos e por vezes, essas pessoas até vêm médicos a passar e chamam, ele vai lá, dá uma vista de olhos e vai embora. Deixa ficar ali a pessoa. Depois vemos nas notícias que morreram pessoas nas camas à espera de serem atendidas nos hospitais lá nos corredores das urgências. Acho que certos profissionais deviam ser um bocadinho mais humanos.

13. O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?

- Não realizei nada, graças a deus, mas admito que se precisasse tinha um pouco de receio ao início, porque no hospital existia de certeza o vírus.

14. Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?

- Se aquela consulta até for boa que a pessoa fique esclarecida e não seja preciso ir, pronto, é uma mais-valia. Agora se a pessoa liga e não atendem, ou se o caso não dá para ser realizado por telefone, se for preciso ver o doente, aí a pessoa tem de ir.

Utente #2

1. Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?

- Eu sei que são os enfermeiros que fazem.

2. Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?

- Eu acho que tendo em conta a dimensão do hospital, nós só devemos ir às urgências quando não conseguimos contactar outro profissional de saúde, ah, como o médico de família por exemplo, e nesse caso, temos de recorrer ao hospital porque pronto, há partida ali somos sempre vistos, mas caso tenha acompanhamento de outro médico, desde que passe o que é preciso, ótimo.

3. Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?

- Eu acho que os profissionais de saúde que lá estão têm de estar preparados para fazer a triagem. Acho que é uma boa maneira digamos assim de dar prioridade a quem a tem e logicamente que se eu estou nas urgências porque eu tenho uma dor num pé, não tenho maior prioridade do que uma pessoa que está, sei lá, com dificuldades respiratórias, portanto nesse sentido é natural que essa pessoa me passe à frente, portanto eu acho que esse trabalho é bem feito sim.

4. Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?

- Eu sinceramente acho que espero o tempo normal ou então tive sempre muita sorte de não ir às urgências quando está lá muita gente, porque sempre que fui, fui atendida relativamente rápido.

5. Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?

- Não. Isso nunca aconteceu.

6. É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?

- Não. Acho que para um profissional de saúde nos poder ajudar o melhor que sabe e consegue, ah, temos de ser verdadeiros com ele logicamente, nem me passaria isso pela cabeça.

7. Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?

- Como eu nunca achei que pronto, que esperei tempo demais ou assim, eu acho que está tudo bem. Por vezes o que pode acontecer é falta de recursos humanos ou materiais. Eu acho que a organização existe, mas por muita organização que haja em relação à gestão de qualquer sítio, ah, se nós não tivermos recursos humanos e materiais, não fazemos milagres. Isto acontece nos hospitais, colégios como é o meu caso, portanto é mais falta de recursos humanos e materiais.

8. A criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?

- Se calhar até poderia ser uma vantagem. Acho que se tivermos essas duas alas, ainda que todos os casos sejam importantes à sua maneira, ah, se calhar acabava por quem não é tão crítico, não ficar tanto tempo há espera, porque acabavam por conseguir dar resposta a todos, não é? Enquanto que agora, estando tudo no mesmo sítio, digamos assim, dão sempre prioridade aos que são mais críticos e os não críticos ficam mais horas à espera não é? E assim existindo duas alas diferentes, até podiam fazer isso relativamente às cores das pulseiras, se calhar acabava por escoar o pessoal de uma maneira mais rápida digamos assim.

9. Acha uma mais valia ser observada por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?

- (risos) Eu acho que isso tem a ver com o tipo de médico e com o que vão observar, porque se eu tiver aqui qualquer coisa, ah, na minha zona íntima, eu não quero ser observada por três médicos, não é? Quero ser observada por um e está ótimo. Pronto, esse um é que tem de ser direcionado e um bocadinho mais especializado digamos assim, na zona púbica, quando é problemas de alguma coisa relacionada com ginecologia e assim, ah, portanto depende o contexto. Às vezes quatro olhos vêm melhor que dois, portanto depende muito da especialidade e acho que os médicos também têm de ter esse lado sensível para perceber se efetivamente é bom aquela pessoa ser avaliada por mais do que um médico ou se por um médico. Se for um problema num pé e vierem três médicos avaliar não há problema, agora questões mais íntimas, se calhar acaba por ser mais constrangedor, mas uma pessoa quando está no hospital quer ver é o seu problema resolvido, independentemente de quantos médicos vêm ou não. Acho que passa um bocadinho por aí.

10. Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?

- Nunca me aconteceu. Nunca precisei de fazer exames no hospital, portanto não sei responder.

11. Sabe como funciona o sistema de triagem?

- Sei que nos fazem perguntas para saber o que estamos a sentir e depois fornecem uma pulseira a cada indivíduo e de seguida vamos para a sala de espera, pronto. Os mais urgentes

andam para a frente e os que não são tão graves acabam por se acumular. É assim que funciona.

12. Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?

- Eu acho que o problema não é a desorganização, porque acho que quem está nesse cargo sabe perfeitamente os problemas que existem no hospital, ah, e conseguem dar uma resposta mais ou menos adequada. O problema são os recursos. Nem sei se esta questão vai ser resolvida, porque não há dinheiro. Mesmo que estas questões fossem resolvidas, se calhar os problemas eram menos recorrentes, mas mesmo assim iriam acontecer esporadicamente.

13. O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?

- Nunca tive de ir às urgências para ter cuidados médicos durante o covid, mas logicamente que se precisasse o covid não me iria fazer não ir. Podia tentar pela via do centro de saúde e do médico de família e tudo mais, ou até recorrer ao particular se assim o entendesse, mas caso tivesse mesmo de ir ao hospital por necessitar de ajuda, não era o covid que me iria fazer não ir. E não, nunca realizei nenhuma teleconsulta.

14. Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?

- Acho sinceramente que a teleconsulta não devia continuar, a não ser que fosse sei lá aquelas consultas de rotina do centro de saúde, que é para ver análises e assim. Nessas questões escusamos de ir aos centros de saúde se nos fosse possível enviar por email e o médico dar a resposta sobre aquilo que recebeu, mas isso dificilmente vai acontecer porque o médico tem mais que fazer do que estar a responder a e-mails. Não sei se é benéfica ou não, prefiro presencial.

Utente #3

1. Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?

- Eu acho que quem realiza a triagem é um enfermeiro, ah, porque sei que os médicos normalmente andam com o estetoscópio e essas pessoas não o têm normalmente e julgo que as batas são diferentes também.

2. Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?

- É assim, antes de vir às urgências tento sempre encontrar alguma alternativa, ah, tento sempre ir ao centro de saúde ver se alguma coisa.., e lá está, quando é algo menos grave nunca me dirijo às urgências, só se tiver mesmo mal. Agora não estou mal, tenho pulseira amarela, porque tenho uma dor de barriga assim um bocado desconfortável e encaminharam-me aqui, mas tento sempre se possível ir ao centro de saúde primeiro.

3. Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?

- Eu acho que é um trabalho bem realizado, a triagem costuma ser até rápida, ah, mas lá está, não sei até que ponto é que estas pessoas não deveriam ver a minha tensão ou algo do género e efetivamente não viram nada disso, perguntaram só o que sentia, eu respondi, atribuíram-me esta pulseira e pronto, estou só aqui à espera para ser observado.

4. Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?

- Acho que estes tempos de espera são um bocadinho a mais, ou seja, duvido muito que seja este o tempo de espera pelo sistema de triagem que existe. Eu dei entrada aqui às nove da manhã e são neste momento três e cinquenta e ainda estou à espera. Já estou aqui à espera há muito tempo e duvido que seja este tempo o pretendido para o fazer, não é?

5. Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?

- Eu pessoalmente nunca deixei as urgências sem ser observado. Se demorar mesmo muito tempo, normalmente espero, mas lá está, também já estive à espera bastantes horas, ah, mas

ao fim ao cabo, acabo sempre por ir fazer alguma coisa, mas depois volto para ver como está o meu estado, nunca fico aqui muito tempo. Começo muita gente que já teve muito tempo à espera e não tem tanta paciência ou tanta disponibilidade ou tempo da sua vida não é, e vai embora, porque não pode perder esse tempo e é chato, mas sim, nunca me aconteceu a mim, mas conheço muita gente que já deixou as urgências sem ser observado.

6. É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?

- Pessoalmente sou sempre sincero, mas por outro lado percebo as pessoas que tentam dizer que têm mais algum sintoma ou assim que é para serem vistas o mais rapidamente possível. Não acho que o devam fazer e eu não o faço, porque sei que há pessoas mais graves do que eu e ela têm todo o direito de me passar à frente.

7. Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?

- Esse processo eu acho que é tanto uma falta de organização, porque nós estamos aqui à espera e vemos, lá está, eu não percebo muito deste sistema, mas nós olhamos para os enfermeiros ou médicos, não sei bem quem anda aqui, ou os dois lá está, e nós olhamos e eles andam parecem baratas tontas, vão para aqui, vão para acolá, andam sempre com cara de quem anda a procura de algo, portanto acho que a gestão mesmo dos profissionais não é a melhor ou o seu método de trabalho para se organizarem, mas também é certamente a falta de profissionais de saúde, porque é o que se vê nas notícias, falta de profissionais e recursos, portanto acho que é uma combinação de tudo.

8. A criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?

- Acho que sim, acho que seria uma vantagem, porque muitos destes atrasos não é nas pessoas críticas, pessoas laranjas e vermelhas, porque esses normalmente são vistos praticamente na hora. Agora, pessoas que tenham pulseiras verdes e amarelas sim, acho que deviam ser triadas para um sítio à parte porque lá está, são essas pessoas que acabam por criar essa sobrelotação, visto que se eu sou pulseira verde, tudo o que é amarelo para cima, vai-me passar à frente, conseqüentemente, eu vou ficar muito tempo à espera e vou ser uma

das pessoas que vai criar sobrelotação. Muitas das vezes tento ir ao centro de saúde, mas o meu estado ou o que me dizem é para ir às urgências porque nós aqui não conseguimos fazer esse tipo de exame ou avaliação. Como não é possível fazer no centro de saúde dizem para eu vir aqui. Portanto sim, considero que possa ser uma grande vantagem, porque iria reduzir muito esses tempos de espera, ou então, criar nos centros de saúde, se calhar unidades que possam fazer lá está, estes tipos de exames que enviaram para aqui, ou tentar aumentar as qualidades de um centro de saúde para efetuar este tipo de exames. Fui ao centro de saúde, enviaram-me para aqui e estou aqui com pulseira amarela e vou estar eternamente à espera, porque no centro de saúde não fazem este tipo de trabalho.

9. Acha uma mais valia ser observada por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?

- Prefiro sempre ser observado por um médico, ou seja, o primeiro médico que me vê, gosto de ser seguido sempre por ele até ao fim, porque acabamos por criar aquela empatia e a confiança acaba por ser outra. Este já vai conhecendo a história do porquê de eu estar aqui. Agora, se tiver sempre com um médico e depois troca para outro e para outro, acho que se vai ser muito repetitivo, ou seja, vou estar sempre a dizer a mesma coisa que disse ao primeiro médico e eles também vão ter de passar a informação entre eles e acho que assim é uma confusão, portanto prefiro ser sempre seguido pelo mesmo se possível.

10. Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?

- Acho que é um bocadinho prolongado demais, porque exames demoram tempo a seguir, mas mesmo o tempo que eu estou à espera para o ir realizar é grande. Depois dizem-me todos, para esse exame em específico só temos uma máquina que o realize e tem x pessoas à sua frente. Acho que estes atrasos é mesmo por falta de material para fazer exames com mais frequência. Lá está, nestes casos não a nada a fazer senão aguardar, temos de ser pacientes e esperar pela nossa vez.

11. Sabe como funciona o sistema de triagem?

- Sinceramente não. Não faço ideia como funciona o sistema, sei que é por prioridades. Dão-nos a pulseira e nós temos de esperar pela nossa vez.

12. Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?

- Acho que existe uma grande falta de gestão, tanto se calhar do serviço das urgências em si, não devem estar ah, compostas pela melhor metodologia de gestão e também se calhar a gestão dos próprios profissionais de saúde. Como disse, reparo muitas vezes eles a andarem de um lado para o outro e parece que eles próprios estão um pouco perdidos, portanto acho que é uma junção de tudo, gestão da metodologia do trabalho deles, tanto a gestão de recursos de profissionais. Quantos devem estar de serviço para ser um serviço bem efetuado, ah, quantos devem estar em determinada ala, acho que é tudo isto.

13. O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?

- A mim não me aconteceu nada disso, porque graças a deus não tive nenhum problema assim maior que tivesse de vir às urgências em tempo de pandemia e ainda bem, não é? Mas caso tivesse, não iria ter algum problema de vir, porque sei que as secções eram separadas, as alas de covid eram para um sítio específico e as outras eram para outro, portanto em princípio acho que não. Também não realizei nenhuma teleconsulta. Aconteceu falar com a médica de família por telemóvel para marcar exames, que são coisas que se podem fazer por esse meio, mas eu termos de ter uma consulta nunca tive, mas acho que é uma metodologia boa porque existem certas coisas que podem ser feitas por este meio, sem eu ter de me deslocar ao centro de saúde por exemplo.

14. Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?

- Acho que é um ótimo serviço e que devia ser feito, até para mim porque trabalho e não tenho tempo para perder aqui e existe muitas ocasiões em que eu me dirijo mais ao centro de saúde é para se calhar ir buscar medicação que a minha avó toma regularmente, ou seja, é preciso ter a receita médica para ir levantar, mostrar análises dela, ver alguma coisa, portanto acho que ambas estas coisas são bastante possíveis de fazer por teleconsulta e iria ser muito mais rápido, tanto para mim, como para o médico de família verificar isso e era menos uma pessoa a estar à espera no centro de saúde e seria muito benéfico, pelo menos para mim.

Utente #4

1. Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?

- Julgo que sejam os enfermeiros.

2. Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?

- Tento sempre algumas alternativas.

3. Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?

- Penso que seja um processo útil, mas deveria ser mais eficaz, espera-se muito tempo nas urgências.

4. Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?

- A grande maioria das vezes que lá vou perco sempre imenso tempo e demora muito tempo para ser atendido.

5. Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?

- Não, sempre que lá fui, tentei sempre ser observado por alguém para sair de lá com um diagnóstico.

6. É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?

- Não, sempre fui sincero na sintomatologia daquilo que sentia.

7. Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?

- Penso que seja pela falta de profissionais, recursos e a gestão que podia ser feita de uma forma mais eficaz.

8. A criação de uma equipa direccionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?

- Sim, tal como disse anteriormente, penso que essa divisão possa ser bastante útil para essa triagem.

9. Acha uma mais valia ser observada por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?

- Tendo em conta a sintomatologia que possa apresentar, penso que uma opinião credível já satisfaz, no entanto, se for algo mais grave, duas opiniões serão sempre mais importantes, porque podemos fazer contrabalanço entre as duas.

10. Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?

- Demora sempre o seu tempo até isso até acontecer, portanto acho que deve ser um processo demorado.

11. Sabe como funciona o sistema de triagem?

- Não tenho qualquer ideia de como isso funciona.

12. Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?

- Penso que as urgências são um bocadinho desorganizadas devido a isso, há falta de gestão existente entre os vários setores.

13. O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?

- Efetivamente tive algum receio em dirigir-me às urgências e optei pelas teleconsultas ou pelas consultas no centro de saúde com a minha médica de família.

14. Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?

- Preferencialmente gosto de ir ao local e ser observado, no entanto a teleconsulta no aspeto que referidos anteriormente pareceu-me algo bastante útil.

Utente #5

1. Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?

- Enfermeiro.

2. Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?

- Quase nunca. É mesmo muito raro vir às urgências. Vim aqui ao hospital para realizar um exame só.

3. Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?

- Não tenho razão de queixa, acho que sim.

4. Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?

- Vim mesmo muitas poucas vezes ao hospital na minha vida e ainda bem. Quando venho espero sempre um pouco.

5. Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?

- Nunca.

6. É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?

- Sim, sempre sério.

7. Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?

- No meu caso, estou à espera porque tenho pessoas à minha frente para realizar o mesmo exame do que eu.

8. A criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?

- Sim, talvez fosse útil, mas não tenho grande opinião sobre o assunto.

9. Acha uma mais valia ser observada por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?

- Depende do caso. Se for algo sério talvez seja melhor mais médicos porque assim uns podem dar a sua opinião se forem mais dentro da área e discutir ideias. Se for algo simples, acho melhor ser sempre o mesmo médico de início ao fim. Acho que trocas só iriam atrasar o serviço sem necessidade.

10. Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?

- Fico algum tempo à espera porque não existe muito equipamento para realizar o exame. No meu caso, vim aqui ao hospital realizar uma TAC com indicação da minha médica de família porque tive um azar no trabalho, bati com a cabeça e como fiquei um bocado mal, ela sugeriu que era melhor fazer uma TAC só para ver se tenho alguma lesão. Como não existe muito equipamento para realizar este exame, pronto tenho de esperar. Os resultados em concreto podem sempre demorar um bocadinho, são exames que demoram o seu tempo. Mais vale demorar e ser fidedigno do que tentar despachar as coisas nestas ocasiões.

11. Sabe como funciona o sistema de triagem?

- Tem como base prioridades das pessoas, os mais urgentes são vistos primeiros. Os restantes podem esperar.

12. Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?

- Não lhe sei dizer.

13. O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?

- Não tive de vir às urgências em tempo de pandemia e nunca realizei nenhuma teleconsulta.

14. Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?

- Sim, para algo não grave acho que pode ser pertinente. Casos que seja necessária análise clínica e diagnóstico do utente claro que não.

Utente #6

1. Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?

- Enfermeiro.

2. Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?

- Vou muitas vezes ao médico e a minha pediatra atende-me a qualquer hora, portanto não vou as urgências.

3. Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?

- Acho que sim. Não me lembro. Não sei se fazem o trabalho bem ou mal.

4. Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?

- Não me lembro.

5. Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?

- Possivelmente, foi por isso que a minha mãe fez seguro de saúde.

6. É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?

- Sim, sou!

7. Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?

- Acho que o SNS precisa de mais médicos e enfermeiros com urgência. Sem dúvida!

8. A criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?

- Não sei.

9. Acha uma mais valia ser observada por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?

- Sim, quando me aparece alguma dor grave a pediatra chama o especialista.

10. Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?

- Não, é rápido.

11. Sabe como funciona o sistema de triagem?

- Não.

12. Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?

- Sim, são muito mal-organizados.

13. O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?

- Sim, fiz teleconsultas porque não queria sair de casa.

14. Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?

- Não sei.

Utente #7

1. Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?

- Enfermeiro.

2. Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?

- Raramente vou às urgências. Temos seguro de saúde e os privados dão nos uma rápida e fácil resposta sem ser urgências.

3. Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?

- Da última vez, sim, foi isso que aconteceu. O trabalho, sistema, parece-me adequado. Os tempos de espera um horror.

4. Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?

- Muito tempo mesmo.

5. Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?

- Já!

6. É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?

- Pois, se calhar é um erro ser séria..., mas sim, sou!

7. Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?

- Acho que o SNS precisa de mais médicos e enfermeiros com urgência. Sem dúvida!

8. A criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?

- Talvez.

9. Acha uma mais valia ser observada por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?

- Se o caso for grave, creio que é sempre bom, até para o profissional de saúde.

10. Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?

- Nos privados é sempre mais rápido.

11. Sabe como funciona o sistema de triagem?

- Agora faço.

12. Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?

- Todos os serviços públicos são desorganizados.

13. O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?

- Não tive qualquer receio. Mas sim, realizei teleconsultas.

14. Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?

- Não confio totalmente na teleconsulta.

Utente #8

1. Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?

- Enfermeiro.

2. Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?

- Tento outras alternativas, as urgências é o último recurso pelo facto do tempo de espera associado.

3. Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?

- Acho que o sistema das pulseiras está correto e deve existir, no entanto, acho que devia haver critérios mais específicos que estipulassem qual o respetivo nível de pulseira que deve obter um paciente e não ficar ao poder de decisão de um enfermeiro. Porque é que em alguns hospitais, para a mesma "doença", tem-se pulseiras diferentes? Num hospital pode-se obter uma pulseira verde e noutra ter uma amarela. Mas porquê?

4. Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?

- No meu caso, sempre achei que fui atendida no tempo certo e normal, mas, no entanto, sei de casos onde isso não se sucedeu. No entanto, falando apenas da minha experiência, foi positiva.

5. Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?

- Não, nunca.

6. É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?

- Não, sou sempre seria na minha explicação.

7. Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?

- Acho que é por falta de recursos humanos (desgaste físico e psicológico dos profissionais de saúde) e em alguns casos, também se pode ver a má gestão.

8. A criação de uma equipa direccionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?

- Sim acho que é útil.

9. Acha uma mais valia ser observada por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?

- Ser observado por vários é uma vantagem porque se tem uma boa opinião acerca do mesmo, mas isso implica que haja uma boa passagem de testemunho entre médicos.

10. Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?

- Acho que é um processo que demora o seu tempo e que as pessoas têm de perceber que os resultados não são imediatos.

11. Sabe como funciona o sistema de triagem?

- Mais ou menos, porque tirei o curso de ciências biomédicas, então tenho umas pequenas noções, nada de muito específico.

12. Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?

- Depende dos hospitais. Já fui a uns melhores do que outros, mas isso tem a ver com muitos fatores distintos. No Hospital Garcia da Orta dá claramente para ver que a gestão não é boa, porque foram atacados informaticamente no dia 25 de abril e hoje, 14 de julho, o problema ainda persiste, nem tem data fixa para estar o problema totalmente resolvido.

13. O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?

- Fiquei com receio, mas não tive necessidade de ir às urgências, nem tive a necessidade de arranjar alguma alternativa.

14. Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?

- É uma boa ajuda para situações não urgentes, mas, em situações urgentes, é necessário ir ao hospital porque existem métodos de diagnóstico que não são possíveis de aplicar via telemóvel.

Utente #9

1. Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?

- Acho que é um enfermeiro.

2. Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?

- Se for uma situação grave, vou de imediato, caso contrário evito e vou apenas em última alternativa.

3. Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?

- Pela minha última experiência, acho que não realizaram muito bem o trabalho deles. O nível de "gravidade" que atribuem na triagem à urgência da pessoa, nem sempre corresponde à realidade. Comparando a minha experiência com o HGO e o Hospital de Aveiro, não me parece que os níveis de gravidade da triagem estejam corretamente estipulados/definidos e estejam de igual modo distribuídos pelos diferentes hospitais do país. Fica um pouco à vontade da decisão de um enfermeiro e do número total de pessoas que estão à espera, para obter uma respetiva pulseira.

4. Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?

- Pela minha última experiência, esperei desde as 15h até as 21:30h e fiquei sem ser observado por um médico. Desisti porque achei ridículo o tempo de espera (tinha pulseira verde) e também por ver pessoas num estado lastimável com pulseira amarela e estiveram o mesmo tempo que eu à espera e quando decidi vir embora, essas mesmas pessoas continuaram à espera.

5. Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?

- Sim, nesta minha última experiência vim embora sem sequer ser atendido, mesmo depois de estar mais de 6 horas à espera. Nem sei quanto tempo teria mais de esperar para ser atendido.

6. É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?

- Não, tento sempre explicar o mais detalhado possível o que sinto para conseguir passar uma imagem mais explicativa para o médico/enfermeiro.

7. Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?

- Na minha opinião, acho que é a combinação da falta de mais profissionais de saúde e por má gestão dos mesmos.

8. A criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?

- Acho que seria uma boa abordagem, mas, caso a equipa de doentes críticos deixa-se de ter trabalho, deveria entre ajudar a outra equipa e vice-versa.

9. Acha uma mais valia ser observada por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?

- Acho que apenas deveria ser um médico a observar. Se fossem vários a observar, teríamos ainda mais atraso nas urgências. Em casos muito graves, deveriam ser mais que um a observar, mas creio que isso já acontece.

10. Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?

- Não tenho opinião, porque acho que os mesmos precisam de serem rigorosamente analisados e que o relatório final deve vir bem feito.

11. Sabe como funciona o sistema de triagem?

- Não.

12. Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?

- Desorganização ou boa gestão não sei, mas os tempos de espera conseguem expressar que existe um problema e que esse problema continua a persistir.

13. O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?

- Fiquei com um pouco de receio, mas felizmente não tive necessidade de ir às urgências durante o mesmo. Não realizei nenhuma teleconsulta.

14. Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?

- Acho que pode tornar o processo de consultas mais dinâmico, mas não acho que deverá ser o substituto de consultas presencialmente. As consultas presenciais conseguem detetar problemas que remotamente seria impossível de detetar.

Utente #10

1. Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?

- Enfermeiro.

2. Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?

- Primeiro vou ao centro de saúde e depois segundo a informação do médico é que vou ao hospital.

3. Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?

- Acho que sim, que é um processo bem realizado. Agora, na triagem, quando uma pessoa vai ao hospital porque sente, está mal disposto, porque não se sente bem, porque está de diarreia, porque não sei quê, aí ah, pronto se for um médico é uma pessoa mais especializada, agora se for uma enfermeira, aí chama a atenção da pessoa e diz: “olhe a senhora dirige-se ao centro de saúde, está lá o médico e fale com ele”, porque não é caso de ir diretamente para as urgências, epah, porque vai-se a uma urgência, vê-se n pessoas, ou estão de pé e estão ali e não têm nada, isso não é urgente.

4. Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?

- Os tempos normais.

5. Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?

- Sim, já aconteceu quando levei a minha mãe que tem alzheimer, uma ocasião devido à demora de tempo eu tive de a trazer para casa porque era um tempo excessivo.

6. É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?

- Não, isso nunca tive esse pensamento, fui sempre sério.

7. Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?

- Penso que é falta de organização, porque eu sempre que lá vou vejo médicos, vejo enfermeiros, pessoal não vejo falta. Agora é às vezes..., acho que é mesmo falta de organização. Ainda há pouco tempo vi na televisão, que Portugal é o terceiro país a nível mundial em que existe, em que tem mais médicos per capita, ou seja, mais médicos por pessoa, a nível mundial. Isso tem a ver com o quê? Tem de ser da maneira como eles trabalham entre si, porque senão isso não acontecia. Agora nós vimos grandes países, o caso dos Estados Unidos, de uma França, uma Alemanha, como é que é possível nós termos mais médicos per capita e termos estes problemas todos?

8. A criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?

- Eu acho que sim porque por exemplo, se as pessoas estão, ah, de amarelo e verde, no caso de haver um acidente ou quê, têm de estar à espera, têm de dar prioridade a esses casos. Agora, aí também vem das pessoas. Tu por exemplo vais ao hospital e podes ir ao centro de saúde. Porque é que vais ao Hospital? Agarras e vais ao centro de saúde, porque segundo eu sei, hoje os centros de saúde, há médicos todos os dias, incluindo sábados e domingos, portanto as pessoas não têm necessidade de ir tudo para o hospital. As urgências é mesmo para casos urgentes. Agora se vamos por duas equipas, fica mais.. Como é que hei de dizer, fica mais caro e portanto, nós temos também de olhar para os recursos humanos e nesse ponto existem vantagens, mas acho que na triagem isso devia ser, tem de se pensar bem nesse assunto.

9. Acha uma mais valia ser observada por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?

- Quando entras no hospital e és observado por um médico, esse próprio médico, se não for a área dele, imagina que fraturaste a clavícula, esse médico vai-te direccionar para um ortopedista, acho que está correto. Cada ah, cada médico tem a sua especialidade e deve ser observado por uma pessoa dessa especialidade.

10. Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?

- Depende dos exames, à exames que uma pessoa espera, espera e aí, é nessa altura que a demora nos hospitais acontece, porque por exemplo, tu vais ao médico e ele manda-te fazer um exame e é nesse trajeto, de fazer o exame e esperar pelos resultados que se demoram bastante tempo e, às vezes temos de ser nós a chamar a atenção para as coisas andarem mais depressa porque senão..

11. Sabe como funciona o sistema de triagem?

- Fazem a avaliação daquilo que a pessoa diz e atribuem a pulseira.

12. Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?

- Epah, isto é difícil de avaliar, mas de qualquer maneira, pessoal há. Agora a rapidez vem da maneira como eles funcionam entre si e pronto. Agora nós como doentes, não podemos, não podemos estar a avaliar se eles estão a trabalhar bem ou mal.

13. O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?

- Não necessitei sinceramente. Quando vim foi já mais recentemente, que o covid já está mais estável, porque a minha mãe caiu em casa e tive de a trazer aqui, porque caiu e fez uma ferida na cara. Até liguei para os bombeiros e foram eles que a trouxeram para cá e depois eu vim cá buscá-la, e correu tudo bem, não tive problemas. Não realizei também nenhuma teleconsulta.

14. Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?

- Talvez, talvez.

Utente #11

1. Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?

- Penso que é um enfermeiro.

2. Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?

- Só em situações mesmo muito urgentes de saúde. De resto vou ao posto médico.

3. Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?

- Acho importante essa triagem, mas parece que é sempre feito com algum desdém e desvalorização pelo que o paciente sente. Nunca é nada de grave.

4. Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?

- Espero sempre muito tempo.

5. Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?

- Não. Nunca fiz isso. Mas sei de muita gente que o faz. Eu penso, pelas horas que já esperei, não me vou embora.

6. É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?

- Não, nunca inventei mais do que sentia. Fui sempre verdadeira.

7. Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?

- Acho, na verdade, pelo que vejo enquanto estou à espera que, muitas vezes, é falta de vontade de quem está a trabalhar. Passeiam pelos corredores a rir, a dar receitas uns aos outros (como já assisti), andam de um lado para o outro, o que faz com que quem está à

espera, se sinta mal e até gozado. É uma falta de respeito pelos utentes e quando questionamos, estão sempre a mudar de turno. É impressionante sempre a mesma desculpa. Além disto, acho que também devem ter falta de profissionais.

8. A criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?

- Sim, penso que sim.

9. Acha uma mais valia ser observada por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?

- No mesmo local, só um médico.

10. Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?

- Sobre a espera dos resultados dos exames não tenho muita razão de queixa.

11. Sabe como funciona o sistema de triagem?

- Penso que será por nível de gravidade das queixas do doente.

12. Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?

- Daquilo que já observei, parece haver alguma desorganização por vezes. Não sabem quem são os utentes, andam por ali às aranhas, às vezes enganam se, enfim ...

13. O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?

- Não, a mim não causou receio. Quando precisei fui na mesma. O hospital tem é de estar preparado para nos receber com ou sem covid. Se há covid, têm de arranjar outras alternativas, pois existem outras doenças e as pessoas precisam de assistência médica urgente na mesma.

14. Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?

- Não sou muito adepta da teleconsulta. Prefiro sempre a presencial, principalmente se tiver queixas e tiver de ser observada/auscultada. Agora, se for só para saber como estou depois de já ter havido uma consulta presencial ou para passar algum documento ou exame, aí tudo bem.