



**SANDRA ANGÉLICA  
ALVES FERREIRA**

**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO  
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA**





**SANDRA ANGÉLICA  
ALVES FERREIRA**

**AVALIAÇÃO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CENTRO  
HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Contabilidade Pública, realizada sob a orientação científica do Doutor Carlos Alberto Lourenço dos Santos Professor Coordenador do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Aveiro da Universidade de Aveiro.



Dedico aos meus amigos, Filipa Carvalho e Pedro Carvalho, irmãos de coração e para a vida, com todo o meu agradecimento pela força e sentimento.



## **o júri**

Presidente	Prof. Doutor Sérgio Nuno da Silva Ravara Almeida Cruz, Prof. Adjunto da Universidade de Aveiro
Arguente	Prof. Doutora Sara Alexandra Eira Serra, Prof. Adjunta Instituto Politécnico do Cávado e do Ave
Orientador	Prof. Doutor Carlos Alberto Lourenço dos Santos, Prof. Coordenador da Universidade de Aveiro





## **agradecimentos**

O meu profundo agradecimento, em primeiro lugar, aos orientadores Professor Carlos Santos e Professora Augusta Ferreira que tornaram isto possível graças à sua dedicação e profissionalismo. Aos elementos do CHBV que contribuíram para a informação obtida, assim como na orientação do estágio deixo o meu agradecimento sincero. Aos meus amigos do ISCA, que fizeram parte desta etapa de vida inesquecível, um agradecimento pela amizade e companheirismo. À equipa de trabalho atual, que permitiu que esta entrega fosse possível, com toda a compreensão e amizade associada um especial obrigado. E, por último, àqueles que me são mais próximos e estiveram incondicionalmente presentes, com todo o apoio, moralização e amor.



**palavras-chave**

serviço de urgência, eficiência hospitalar, Sistema de triagem de Manchester, Serviço Nacional de Saúde

**resumo**

O presente relatório tem por objetivo apresentar o trabalho feito na sequência do estágio curricular realizado no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

São abordadas algumas das reformas que tiveram lugar no âmbito do Serviço Nacional de Saúde com foco nas instituições hospitalares e em particular nos seus serviços de urgência, destacando recomendações e legislação que definem algumas linhas de gestão com vista a melhorar o seu desempenho.

O estudo empírico feito é relativo ao funcionamento do serviço de urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga que engloba o nível médico-cirúrgico localizado no Hospital Infante D. Pedro, localizado em Aveiro, e o nível básico localizado no Hospital de Águeda.

O trabalho realizado tomou como referência principal a base de dados que contém o registo de todos os episódios urgentes encaminhados para o Centro Hospitalar do Baixo Vouga ocorridos nos anos de 2012, 2013, 2014 e 2015. Os resultados obtidos permitiram identificar diversas situações, tais como: número episódios de menor urgência, tempos de espera associados às diferentes prioridades, proveniências dos doentes admitidos nas urgências e reclamações.

Com base nestes resultados foi possível obter indicação aproximada sobre a “resposta do serviço de urgência”, o “impacto da regulação no acesso ao serviço de urgência” e eventual “melhoria de atendimento no serviço de urgência”.

O trabalho feito permitiu ainda concluir que ainda é possível conseguir melhorar o Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga concretamente no que respeita aos tempos de espera associados aos níveis de urgência de elevada prioridade.



**keywords**

emergency service, hospital efficiency, Manchester triage system, National Health Service

**abstract**

This report aims to present the work done following the traineeship held at the Emergency Department of the Hospitalar Center of the Baixo Vouga.

They are addressed some of the reforms that have taken place under the National Health Service focusing on hospitals and in particular in their emergency services, highlighting recommendations and legislation that define some management guidelines to improve their performance.

The empirical study is on the operation of the Hospital emergency department of Hospitalar Center of Baixo Vouga which includes the medical-surgical level located at the Hospital Infante D. Pedro, located in Aveiro, and the basic level located in Hospital of Águeda.

The work took as its reference the database that contains the record of all urgent episodes referred to the Hospitalar of the Baixo Vouga occurred in the years 2012, 2013, 2014 and 2015.

The results identified various situations, such as number of episodes less urgency, waiting times associated with different priorities, sources of patients admitted in the emergency room and complaints.

Based on these results it was possible to approximate indication of the "emergency service response," the "regulatory impact on access to emergency service" and any "improvement of care in the emergency room."

The work done is still allowed to conclude that yet possible to be able to improve the Emergency Department of the Hospitalar Center of the Baixo Vouga specifically with regard to waiting times associated with emergency levels of high priority.



# ÍNDICE

---

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
1.1	Unidade de acolhimento	1
1.2	Centro Hospitalar do Baixo Vouga	2
1.2.1	Objetivos estratégicos	2
1.2.2	Área de influência	3
1.3	Estrutura do relatório	4
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>5</b>
2.1	Rede de referência hospitalar	5
2.2	Organização do departamento de urgência do CHBV	7
2.3	Problema identificado pelo CHBV	9
2.4	Sistema de triagem de Manchester	11
2.5	Qualidade em saúde	13
<b>3</b>	<b>PROBLEMA, QUESTÕES E METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
3.1	Questões de investigação	17
3.2	Metodologia	19
3.3	Limpeza de dados	21
<b>4</b>	<b>ESTUDO EMPÍRICO</b>	<b>23</b>
4.1	Perfil do serviço de urgência do CHBV	23
4.2	Análise de dados	24
4.2.1	<i>Resposta do serviço de urgência</i>	24
4.2.2	<i>Impacto da regulação no acesso ao serviço de urgência</i>	27
4.2.3	<i>Melhoria no serviço de urgência</i>	29
4.2.4	Reclamações anuladas e sugestões	33
4.3	Resposta ao problema	34
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>35</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>39</b>





## ÍNDICE DE TABELAS

---

<b>Tabela 1</b> – Distribuição da população residente na área de influência do CHBV .....	<b>3</b>
<b>Tabela 2</b> - Sistema de triagem de Manchester, adaptado de (Coutinho et al., 2012).....	<b>12</b>
<b>Tabela 3</b> - Listagem dos campos existentes na base de dados da urgência do CHBV .....	<b>22</b>
<b>Tabela 4</b> – Perfil do SU do CHBV, tendo em atenção o período [2012-2015] .....	<b>23</b>
<b>Tabela 5</b> - Demora média por prioridade entre triagem e atendimento .....	<b>24</b>
<b>Tabela 6</b> – Número total de episódios registados no SU entre 2012 e 2015.....	<b>25</b>
<b>Tabela 7</b> – Demora média entre a triagem e o momento da alta.....	<b>26</b>
<b>Tabela 8</b> – Número total de doentes, por prioridade, registados no SU entre 2012 e 2015.....	<b>27</b>
<b>Tabela 9</b> – Número total de doentes, por proveniência, registados no SU entre 2012 e 2015 .....	<b>27</b>
<b>Tabela 10</b> – Número total de doentes, por proveniência e prioridade .....	<b>28</b>
<b>Tabela 11</b> – Perfil do tipo de reclamação relativo aos anos 2013, 2014 e 2015 .....	<b>30</b>
<b>Tabela 12</b> – Proporção de reclamações anual .....	<b>32</b>
<b>Tabela 13</b> – Tipos de reclamações mais relevantes .....	<b>33</b>



## **LISTA DE SIGLAS**

---

ARSC - Administração Regional de Saúde do centro

CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga

CRRNEU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional Emergência/Urgência

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTAPRU - Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências

DUEMI – Departamento de Urgência, Emergência e Medicina Intensiva

ERS - Entidade Reguladora da saúde

GPT - Grupo Português de Triagem

IGAS - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

MS - Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OLAP - Online Analytical Processing

OM - Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial da Saúde

RNEU - Rede Nacional de Emergência e Urgência

SIV - Suporte Imediato de Vida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SONHO - Sistema Integrado de Informação Hospitalar

STM - Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUMI - Serviço de Urgência e Medicina Intensiva

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UA – Universidade de Aveiro



# 1

## INTRODUÇÃO

---

O presente relatório de estágio relata os aspetos considerados mais relevantes relacionados com o estágio curricular realizado no Hospital Infante D. Pedro, unidade de saúde pertencente ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) e localizada em Aveiro.

### 1.1 Unidade de acolhimento

Este estágio foi realizado no Departamento de Urgência, Emergência e Medicina Intensiva (DUEMI) classificado na rede de referência, redesenhada pela Comissão de Reavaliação da Rede Nacional Emergência/Urgência (CRRNEU), como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC). A temática do trabalho focou-se essencialmente na necessidade de obter alguns indicadores e perceber algumas características daquele serviço relacionadas com o seu desempenho.

A necessidade realizava-se em perceber, em termos gerais, o funcionamento de uma unidade de saúde hospitalar, tendo necessidade para o efeito de recolher diversa informação relacionada com essa problemática, designadamente no que respeita à sua estrutura organizativa e ao seu funcionamento.

Foi igualmente necessário perceber, genericamente, a evolução do Hospital Infante D. Pedro, enquanto unidade de saúde autónoma, até à sua integração no CHBV, juntamente com outras duas unidades de saúde (o Hospital Distrital de Águeda e o Hospital Visconde de Salreu em Estarreja). Assim, procurou-se perceber aspetos relacionados com a sua fundação, alterações que foram tendo lugar, a sua missão, a sua visão, os seus objetivos e as suas linhas estratégicas, assim como as respetivas especialidades clínicas, as estruturas físicas, a caracterização dos recursos humanos e a legislação aplicável.

Para além deste conhecimento geral foi dada ênfase ao conhecimento, com algum detalhe, do DUEMI, local em focou-se a atenção na, caracterização do tipo de serviço de urgência (SU) os serviços e valências clínicas, a sua estrutura física e capacidade máxima e por último a sua estrutura humana e método de receção de utentes.

## **1.2 Centro Hospitalar do Baixo Vouga**

O CHBV foi criado através do Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março de 2011<sup>1</sup>, tendo como área de influência nove concelhos do distrito de Aveiro: Águeda, Albergaria-a-Velha, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Sever do Vouga e Vagos. A sua criação foi baseada numa lógica de integração e complementaridade, auto justificada pela concentração de recursos - financeiros, tecnológicos e humanos - e pela compatibilização de desígnios estratégicos.

A criação do CHBV teve o intuito de melhorar de forma contínua a prestação de cuidados de saúde, com a garantia da qualidade e diversificação da oferta às populações, universalizando o acesso e aumentando a eficiência dos serviços. Outro aspecto que pode ser visto como positivo, prende-se com a redução da estrutura orgânica administrativa e funcional das unidades de saúde envolvidas na criação do CHBV. Esta redução das estruturas de gestão (superior a 50%) e o número de gestores afetos a estas unidades de saúde, instruindo a introdução de mecanismos para uma organização integrada e partilhada que tornam a gestão hospitalar das unidades envolvidas mais eficiente.

### **1.2.1 Objetivos estratégicos**

O primeiro Conselho de Administração do CHBV somente veio a ser nomeado no dia 2 de fevereiro de 2012, altura em que começaram a ser implementadas as suas opções estratégicas, tendo em atenção que se trata de uma entidade prestadora de cuidados de saúde que exerce uma atividade de interesse público nas áreas de cuidados de saúde, da formação e da investigação em parceria com outras organizações nomeadamente o Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga e a Universidade de Aveiro (UA).

---

<sup>1</sup> Diário da República n.º 43/2011, Série I de 2011-03-02

Na sua missão e na sua visão o CHBV releva a prestação de cuidados de saúde em “tempo útil, (...) elevado nível de qualidade, efetividade, eficiência e custos socialmente comportáveis em diferenciados exercícios”, assumindo a centralidade, o tratamento do utente, a satisfação, motivação e formação dos profissionais e colaboradores. Combinando um trabalho de parcerias para alcançar o compromisso com a comunidade, e atingir o reconhecimento desta última, com a “excelência clínica, eficácia e eficiência do CHBV”. Valorizando a inovação, investigação e o desenvolvimento tecnológico e terapêutico, e uma formação pré-graduada e contínua, esperando desta forma a realização da sustentabilidade e otimização das suas funções<sup>2</sup>.

### 1.2.2 Área de influência

Recorrendo à base de dados da PORDATA verificámos qual a população residente nos concelhos da área de influência abrangida pelo CHBV no ano de 2012. Esta população totaliza 284551 indivíduos, e encontra-se distribuída, conforme indicado na Tabela 1.

Concelho	População residente
Águeda	47472
Albergaria-a-Velha	24998
Aveiro	77884
Estarreja	26794
Ílhavo	38529
Murtosa	10511
Oliveira do Bairro	23279
Sever do Vouga	12189
Vagos	22895

**Tabela 1** – distribuição da população residente na área de influência do CHBV

A análise da base de dados de registos de episódios de urgência do CHBV permite concluir que: embora os doentes encaminhados para o seu SU são na sua grande maioria provenientes dos concelhos que pertencem à sua área de influência. No entanto são atendidos doentes provenientes de muitas outras origens.

<sup>2</sup> - <http://www.chbv.min-saude.pt/>

### **1.3 Estrutura do relatório**

Este relatório de estágio está estruturado em 5 capítulos. Assim, para além deste primeiro capítulo em que é feita a introdução do trabalho realizado no CHBV, no âmbito de um estágio curricular, temos o segundo capítulo em que é feita a revisão da literatura. A revisão da literatura é focada essencialmente nos serviços de urgência/emergência focando aspetos legais e normativos que devem ser tidos em atenção. No capítulo 3 é feita referência ao problema que foi colocado à estagiária e a que esta procurou dar resposta, sendo também indicadas as questões de investigação e a metodologia que foi utilizada para procurar respostas para o problema. No capítulo 4 é apresentado o estudo empírico que foi feito utilizando a base de dados de registo de todos os episódios do SU do CHBV. Finalmente no capítulo 5 apresentamos as principais conclusões tiradas no âmbito da realização do estágio realizado no CHBV e que deu origem a este relatório.



# 2 REVISÃO DA LITERATURA

---

A Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências (CTAPRU) (constituída em 2006), considerou que o “atendimento urgente/emergente exige um sistema organizado e hierarquizado de prestação de cuidados, transporte e comunicações, que concilie um bom nível qualitativo com preocupações de eficiência, através da rentabilização dos recursos disponíveis” (Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, 2013, p. 27).

## 2.1 Rede de referência hospitalar

A classificação e distribuição do SU por diferentes níveis nas instituições de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) segue a lógica proposta para a rede de referência redesenhada pela CRRNEU.

Os níveis existentes de responsabilidade dos SU são três. Estes três níveis podem ser apresentados por ordem crescente da sua complexidade:

- Serviço de Urgência Básico (SUB);
- Serviço de Urgência e Medicina Intensiva (SUMI);
- Serviço de Urgência Polivalente (SUP);

Estes níveis devem estar articulados em rede de modo a facilitar o tratamento dos doentes atempadamente, em local próprio e de forma adequada às necessidades. Isto numa perspetiva de racionalização dos recursos utilizados (normalmente escassos) como sejam, por exemplo, a carteira de especialização clínica, os recursos financeiros e os recursos mecânico/estruturais (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012).

A rede de referência afeta ao SNS, pode ser entendida como um “instrumento essencial para a melhor clarificação das populações a servir por cada unidade e tipo urgência, a determinação da casuística esperada, a organização das equipas de profissionais necessárias e a planificação dos investimentos regionais” (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012, p. 40).

A proposta da CRRNEU, feita em 2012, considera 73 SU (ao invés dos 83 serviços então existentes e dos 89 propostos em 2008 conforme (Ministério da Saúde, 2008), entre os quais podemos destacar:

- 10 SUP (mais 2, relativamente aos existentes em 2012);
- 29 SUMC (menos 5, relativamente aos existentes em 2012);
- 34 SUB (menos 6, relativamente aos existentes em 2012).

O SUB é o primeiro nível de acolhimento em situações de urgência. Este nível pressupõe, de forma genérica, um atendimento de situações urgentes com maior proximidade das populações e com disponibilização de recursos mínimos, tanto humanos, como materiais, devendo ter associadas viaturas para Suporte Imediato de Vida (SIV). Com este nível de resposta existiam, em fevereiro de 2012, no contexto da Rede Nacional de Emergência e Urgência (RNEU), 39 unidades, estando 6 delas distribuídas pela área de influência da Administração Regional de Saúde do centro (ARSC) (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012), incluindo o SU do CHBV.

O SUMC é o segundo nível de acolhimento de situações de urgência, devendo ser localizado estrategicamente. Caso se verifique a existência de mais do que um SUMC, num raio em que a demora, a chegar ao doente, seja inferior a 60 minutos a densidade demográfica tem de ser superior a 200.000 habitantes. Como valor indicativo, dentro da área de influência de um SMUC os percursos terrestres, que seja necessário realizar, não devem exceder o tempo de 60 minutos entre o local de doença ou acidente e o hospital (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012). No âmbito do SNS existem 30 entidades com este nível de resposta de urgência, existindo na área de influência da ARSC 6 unidades, sendo uma delas a unidade do CHBV localizada no Hospital Infante D. Pedro em Aveiro.

Neste relatório não apresentamos detalhadamente a descrição do SUP, por não ser um nível existente no SU do CHBV.

Convém referir, que os pontos de rede desenhados, pela proposta da CRRNEU, foram analisados num estudo do grupo de investigação em geografia da saúde da Universidade de Coimbra, tendo-se concluído que asseguram uma cobertura de 99,9% da população portuguesa continental garantindo demoras inferiores a 60 minutos a um qualquer SU e garantindo demoras inferiores a 30 minutos a 94,9% da população considerando os três níveis de serviços de urgência (SUB, SUMC, SUP) (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012).

Segundo o relatório da (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012) a gestão dos serviços de urgência deve ser feita tomando como base alguns pontos chave, designadamente:

- o tipo de atividade assistencial;
- a relação com as estruturas circundantes;
- a estrutura física;
- os recursos humanos e materiais;
- a qualidade.

Em consonância com estes parâmetros o CHBV é parte integrante da rede, sendo que o polo de Águeda é o de menor especialização, classificado como SUB pela sua urgência básica, encaminhando utentes de gravidade “médico-cirúrgica” para o Hospital Infante D. Pedro, localizado em Aveiro, que por sua vez se articula com o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra ou com o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, entidades prestadoras de cuidados de saúde que dispõem de SUP, para encaminhamento de doentes que necessitem de receber cuidados médicos enquadrados naquele nível.

## **2.2 Organização do departamento de urgência do CHBV**

O DUEMI de CHBV foi criado no dia 12 de dezembro de 2012 (ferreira, 2012) e suporta duas unidades de urgência de nível distinto:

- SUB, no polo de Águeda;
- SUMC no Hospital Infante D. Pedro, localizado em Aveiro.

Em termos organizativos, aqueles dois níveis de urgência, são enquadrados no DUEMI e organizados da seguinte forma:

- SUMC
  - valência de urgência geral:
    - triagem
    - área de azuis e Verdes
    - balcões de:
      - ortopedia
      - psiquiatria
      - medicina
      - cirurgia
    - sala de observações
    - sala de emergência
    - viatura médica de emergência e reanimação (VMER)
  - valência de urgência pediátrica:
    - triagem
    - área de azuis e verdes
    - balcão de:
      - pediatria
    - sala de observações
  - valência de urgência obstétrica e ginecológica :
    - triagem
    - balcão de obstetrícia/ginecologia
- SUB:
  - triagem
  - área Médica
  - sala de observações
  - viatura SIV

### **2.3 Problema identificado pelo CHBV**

Existem diversos problemas que afetam o setor da saúde em Portugal e que têm vindo a ser estudados e analisados ao longo de várias décadas e que persistem ainda em algumas áreas. Uma das áreas que origina muitos dos problemas que afetam o sector da saúde é a área relacionada com a resposta que é dada a situações de emergência/urgência. Assim, o foco deste estágio curricular foi centrado no SU do CHBV tendo como objetivo perceber o seu funcionamento e tirar algumas ilações, com base na análise do conjunto de dados relativos ao registo de todos os episódios de urgência registados no SU do CHBV, sobre a eficiência daquele serviço.

Além dos aumentos nos custos que recorrentemente afetam o SNS a baixa produtividade e a falta de sistemas de informação adequados, despoletaram a Reforma Estrutural da Saúde em 2002 com a introdução de novos mecanismos para uma organização eficiente dos serviços. Surgiu assim, a tendência para empresarialização dos hospitais pertencentes ao setor público (Quesado & Macedo, 2010).

No entanto, existem críticas à mudança de estatuto jurídico dos hospitais obtida com as reformas e mesmo com a referida empresarialização de que esta não veio trazer “...alterações sensíveis na arquitetura organizacional” nem “...nas práticas de gestão adoptadas”, trazendo apenas “...uma maior agilidade na contratação de recursos humanos e uma maior capacidade negocial nas aquisições e nos projetos de investimento (Ministério da Saúde, 2010).

Segundo a (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012), as intervenções na área de saúde, ou que sobre ela incidam, tecem maioritariamente, considerações ou manifestam preocupação sobre a qualidade em saúde, seja numa perspetiva global e genérica, seja nas suas diferentes dimensões e atributos. Assim, o grande desafio que se coloca às entidades prestadoras de cuidados saúde, deve centrar-se na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos com qualidade, segurança e de forma equitativa garantindo ainda a gestão racional dos recursos materiais e humanos disponíveis. Estes são alguns dos objetivos referido na reforma das urgências feita em 2008, pela CTAPRU (Campos, 2014).

O Ministério da Saúde, por sua vez, em 2010, definiu os principais objetivos para o planeamento da rede hospitalar e atendendo ao âmbito da missão de cada hospital em particular. Estes objetivos são os seguintes: “(i)garantir atempadamente a prestação de cuidados de saúde de qualidade em conformidade com as reais necessidades de saúde dos cidadãos, dispondo, para isso, de recursos humanos qualificados e motivados, de instalações adequadas e dos meios técnicos adequados; (ii) atender a uma lógica de eficiência e racionalidade evitando a multiplicação desnecessária de recursos evitando o desperdício de meios e (iii) assegurar, em cada área de atividade, e especialmente para aquelas que exigem uma maior diferenciação de meios humanos e técnicos, a existência de uma dimensão que permita a aquisição de experiência e capacidade profissional, o aperfeiçoamento contínuo, a formação de novos profissionais e a participação em projetos de investigação” (Mesquita, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) no seu relatório sobre o plano nacional de saúde para o período [2011-2016], faz algumas recomendações no sentido de uma melhoria no alinhamento das estratégias com as tomadas de decisões, “...de uma melhor utilização de ferramentas de mudança, de medidas com maior robustez em termos de evidência e de uma melhor informação pública sobre ganhos obtidos.” Apesar de ser avaliado como sendo o SNS “ o maior exemplo de sucesso, ao nível dos serviços públicos da democracia portuguesa” (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010, p. 25), é também reconhecida a lacuna da cultura de avaliação “... pouca avaliação da qualidade dos cuidados e da sua variabilidade” e mesmo, com as grandes reformas não se mensuram os respetivos impactos.

A introdução de mecanismos de triagem dos episódios urgentes teve um enorme impacto na agilização dos serviços de urgência. Este mecanismo tem por objetivo a dinamização dos recursos existentes, atribuindo prioridades aos episódios urgentes, que em circunstâncias normais assegurará uma maior eficácia e eficiência no atendimento e tratamento dos utentes encaminhados para um qualquer SU. Existem diferentes sistemas de triagem, no entanto o mais conhecido é o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Este sistema foi adotado pelo SU do CHBV e visa assegurar que todas as situações urgentes são identificadas precocemente e são objeto de um correto encaminhamento dos doentes em tempo útil.

Os principais resultados do parecer da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) para o ano de 2013 indicam percentagens de 62,6% do total de doentes urgentes triados com categoria “emergente”, “muito urgente” e “urgente” nos SUMC, e com um peso significativo de 37,4% os classificados como “pouco urgente” e “não urgente” (Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, 2013, p. 8).

A missão dos serviços de urgência hospitalares consiste em privilegiar o atendimento de situações classificadas como emergentes ou urgentes, representativas de risco de vida. Situações pouco urgentes e não urgentes, embora devam ser consideradas e devidamente encaminhadas, não justificam que devam ser tratadas, necessariamente, em ambiente de urgência hospitalar e portanto, para evitar a sobrelotação dos serviços de urgência deveriam ser preferencialmente tratadas nos cuidados de saúde primários.

A classificação, com algum critério, das situações referidas anteriormente, só é possível com o apoio de algum sistema de triagem. Que, como já referimos anteriormente, caso do SU do CHBV, é o STM. Este sistema entre muitas outras vantagens permite analisar o número de utentes que dão entrada no SU e respetivas prioridades que juntamente com a análise de outros dados, incluindo as reclamações, permitirá tirar diversas ilações sobre o desempenho do SU do CHBV. Até ao momento embora, exista uma base de dados que regista todos os episódios urgentes encaminhados para o CHBV, devido a diversas razões, entre elas merece destaca a falta de limpeza dos dados, o CHBV não tem conseguido retirar indicadores relevantes da referida base de dados.

## **2.4 Sistema de triagem de Manchester**

Como já foi referido anteriormente, a organização dos serviços de urgência tem evoluído a par das alterações estruturais reformistas. O utente com necessidade de assistência médica urgente/emergente pode chegar ao um qualquer serviço de urgência por diferentes vias, entre outras, podemos destacar: iniciativa do próprio; iniciativa dos cuidados de saúde primários; iniciativa do INEM; transferência hospitalar ou linha 24. Normalmente a recepção do doente urgente é feita no atendimento, que procede ao seu encaminhamento

para a triagem. Aqui é feita uma primeira análise para avaliar a gravidade do episódio e poder-lhe atribuir um nível de prioridade com atribuição de uma braçadeira colorida.

A triagem feita no SU do CHBV, conforme já referido anteriormente, baseia-se no STM. Este sistema foi criado em Manchester (Reino Unido) em 1997 pelo *Manchester Triage Group* tendo sido implementado em Portugal a partir do ano 2000. Para implementação deste sistema de triagem foram pioneiros o Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra) e no Hospital São Francisco Xavier (Lisboa ocidental).

Definido como sendo “... um sistema de gerenciamento de risco clínico, implementado em todo o mundo para gerenciar fluxo de paciente com segurança, quando a necessidade exceder a capacidade” (Coutinho, Cecílio, & Mota, 2012). Historicamente podem encontra-se referências à sua implementação em diversos países, designadamente nos seguintes: Irlanda, Espanha, Itália, Alemanha, Suécia, Holanda, assim como em Hong Kong e Japão. Em Portugal o STM está em funcionamento em vários hospitais, por intermédio do Grupo Português de Triagem (GPT), com o endosso do Ministério da Saúde (MS), da Ordem dos Médicos (OM) e da Ordem dos Enfermeiros (OE).

O objetivo do STM passa por melhorar o atendimento num tempo adequado à gravidade do problema, visando assim assegurar que todas as situações urgentes/emergentes são identificadas precocemente e são objeto de um correto encaminhamento dos doentes em tempo útil, conforme protocolo específico. Este sistema classifica os episódios de urgência através de 5 níveis, sendo atribuído a cada um deles um número, uma cor, uma designação e um tempo-alvo máximo aceitável até ao primeiro atendimento médico, como se segue, tabela 1.

Nível de prioridade	Cor	Designação	Tempo-alvo
nível 1	Vermelho	Emergente	imediate
nível 2	Laranja	Muito urgente	10 minutos
nível 3	Amarelo	Urgente	60 minutos;
nível 4	Verde	Pouco urgente	120 minutos;
nível 5	Azul	Não urgente	240 minutos.

**Tabela 2** - sistema de triagem de Manchester, adaptado de (Coutinho et al., 2012)



A importância do STM foi protocolada a 12 de novembro de 2010 (numa celebração entre o MS e GPT) como elemento fundamental para uma boa gestão de cuidados de saúde em contexto de urgência/emergência hospitalar, enquanto instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes emergentes/urgentes, e que adaptado à realidade portuguesa já é usado com resultados empiricamente positivos despacho 1057/2015 de 2 de fevereiro de 2015<sup>3</sup>.

## 2.5 Qualidade em saúde

De acordo com a Entidade Reguladora da saúde (ERS) em 2013, a avaliação do nível de qualidade dos serviços, envolvia a trilogia de Donabedian, afirmando que a qualidade depende da análise do produto final (reflete as consequências da intervenção do prestador sobre o estado de saúde do utente), que poderá ser medida através de indicadores de resultados. Da visão através de indicadores de processo que se relacionam com a forma como os serviços são concretizados, refletindo-se a qualidade na adequação ao uso e à conformidade com as exigências. E, por último, mas não menos importante, a avaliação da qualidade mediante os indicadores de estrutura que sucintamente identificam o desempenho em conformidade com as exigências e o resultado adequado às expectativas (Osório, 2014b).

Assim, é importante testar a eficiência e eficácia dos serviços produzidos para avaliar a sua qualidade. Se a produção nos fornece indicadores da quantidade dos serviços realizados, a eficácia, dá-nos indicação, em cenários pré-estabelecidos, se os objetivos de determinado serviço são atingidos e, finalmente, a eficiência dá-nos indicação da racionalização de procedimentos para que, com um número mínimo de atos, se solucione o problema de saúde. “A focagem por vezes excessiva em objetivos de produção, potenciada por mecanismos de financiamento nem sempre ajustados, desguarnecida de adequados mecanismos de controlo de qualidade e efetividade, não favorece as boas práticas, compromete a formação e contribui para o desencanto e menor empenho dos profissionais” . O Ministério da Saúde chega a suspeitar que terá sido este excesso de concentração na produção e desmazelamento na atenção à qualidade que poderá ter causado o deslize

---

<sup>3</sup> Diário da República, 2ª série - n.º 22 - 2 de fevereiro de 2015

orçamental que ameaça a sustentabilidade do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2010).

A qualidade nem sempre é um resultado fácil de medir, e por isto, torna-se num tema desafiante nos tempos correntes. Além da sua multivariada interpretação, desde autores a organizações, tanto como produto como serviço, deverá sempre servir às necessidades dos clientes, e à posteriori decidir estrategicamente as dimensões de qualidade prioritárias e inerentes a cada organização, departamento e/ou serviço (Osório, 2014a). Não esquecendo que segundo (Gomes, 2004, p. 7) “Referimo-nos a um produto como produto de qualidade se este cumpre a sua função da forma que desejámos. Um serviço tem qualidade se vai de encontro ou se supera as nossas expectativas”.

Precisamos de partir de uma definição clara do que é a qualidade para conseguir transmitir o seu sentido a quem tem de trabalhar com a mesma. Para isso, selecionei algumas das definições que em minha opinião são relevantes para o efeito<sup>4</sup>:

- “totalidade de características de uma entidade que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades implícitas e explícitas” (NBR-ISO, 9000:2000);
- “qualidade é desenvolver, projetar, produzir e comercializar um produto que é mais económico, mais útil e sempre satisfatório para o consumidor”. (Kaoru Ishikawa,1993);
- “um produto ou serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente”. (Vicente Falconi,1992).

Verificamos que cada autor que se refere ao termo “qualidade” lhe atribui uma carga que depende do enquadramento em que o termo é utilizado, esperando-se que se verifique a união de processo e resultado. Para que este cenário seja viável há autores que apostam na eficiência, na eficácia e na efetividade do planeamento. Assim, a qualidade numa perspectiva de “empresa” pode apresentar diferentes “faces”. No entanto o seu planeamento terá de partir da avaliação das necessidades dos clientes, esta constatação leva-nos à prioridade imediata de definir quais as dimensões da qualidade para uma organização (Osório, 2014b).

---

<sup>4</sup> [www.infoescola.com/administracao\\_/definicoes-de-qualidade/](http://www.infoescola.com/administracao_/definicoes-de-qualidade/)

Os contributos de Foster e Jonker (2003) vão para além dos conceitos de controlo, garantia, avaliação de qualidade, e chamam critérios como: o envolvimento de todos os membros da organização, com especial empenho da gestão de topo em assegurar o envolvimento dos stakeholders, integrando a relação com os mesmos nas tomadas de decisão; a *accountability* como critério de sucesso, a ênfase na qualidade global como prioridade; a redução dos custos; a melhoria da produtividade e da imagem da organização como consequência da qualidade; a estrutura organizacional, o fluxo de informação e decisão têm uma abordagem horizontal das equipas constituídas por funcionários e os stakeholders mais importantes.

Alguns dos conceitos de qualidade em saúde caem por terra, com uma máxima de McGlynn (1997) que refere que a qualidade “está nos olhos de quem a vê”; o que pressupõe um equilíbrio em relação aos pontos de vista das organizações concorrentes e às necessidades dos utentes, dos profissionais de saúde e dos diferentes stakeholders. Por isto mesmo os seguintes conceitos deixam uma larga margem de entendimento e posterior atuação, como por exemplo<sup>5</sup>:

- “qualidade é a ausência de deficiências”. (Joseph Moses Juran,1992);
- “qualidade é a conformidade do produto às suas especificações”. (Philip Bayard Crosby, 1986);
- “qualidade é tudo aquilo que melhora o produto do ponto de vista do cliente”. (William Edwards Deming,1993).

A OMS, no ano 2000, definiu a qualidade em cuidados de saúde como “o nível de concretização das metas intrínsecas de um sistema de saúde relativamente à melhoria da saúde e a capacidade de resposta às legítimas expectativas das populações” (Osório, 2014b, p. 8). Esta já num espectro mais cimeiro, pois dirige-se às organizações e não apenas aos serviços.

Por tudo o que fica dito anteriormente o objetivo do nosso estágio consiste em perceber até que ponto o serviço de urgência usufrui de mecanismos que permitam controlar o nível de prestação de serviço de forma fidedigna, monitorizada, garantido a adequabilidade do mesmo face às diferentes situações e cenários ao longo dos últimos 4 anos. Tendo em

---

<sup>5</sup> [www.infoescola.com/administracao\\_/definicoes-de-qualidade/](http://www.infoescola.com/administracao_/definicoes-de-qualidade/)

conta as necessidades dos utentes, a racionalização dos recursos, e integrando resultados pretendemos averiguar até que ponto se retira e sincroniza o nível de qualidade do serviço de urgência prestado e pretendido no CHBV.

# 3

## PROBLEMA, QUESTÕES E METODOLOGIA

---

Conforme já foi referido anteriormente, o CHBV tem identificado um problema relacionado com o seu SU que reside na informação pobre que é retirada do DUEMI, que permita avaliar o funcionamento do referido serviço e que também permita desenvolver uma gestão mais eficiente do referido serviço. Assim, confrontados com este problema já existente e procurou-se dar a melhor resposta durante o estágio.

### 3.1 Questões de investigação

Procurando dar a melhor resposta ao problema que lhe foi colocado procurou-se identificar algumas questões que devidamente respondidas possam ajudar a encontrar resposta ao problema. Assim, a primeira questão que carece de resposta será a seguinte:

**a resposta do serviço de urgência é adequada à sua procura?**

A resposta a esta questão permitirá avaliar se o serviço com os recursos existentes tem conseguido prestar um serviço adequado à procura no período de análise definido [2012-2015]. Entende-se por adequado aquilo que cumpre os critérios mínimos recomendados e regulados pelos serviços de urgência de nível correspondente (médico-cirúrgico).

Para responder a esta questão entendeu-se pertinente analisar alguns aspetos, com recurso à base de dados de registo dos episódios emergentes/urgentes registados no SU do CHBV. Os aspetos considerados pertinentes são os seguintes:

- prioridade e tempo de espera;
- total de utentes admitidos;
- demora média entre atendimento e a alta (tempos de espera vs. tempos recomendados);

Respondida a primeira questão uma outra questão que se pode colocar está relacionada com aspetos reguladores e é a seguinte:

**o processo de regulação tem impacto no acesso ao SU do CHBV ?**

O processo de regulação da procura dos SU tem sido tratado como “pedagogia de adequação da procura” pela (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012, p. 11) e entende-se como o esforço planeado ou executado para obter/projetar uma redução do recurso recorrente aos serviços de urgência em situações não urgentes. Esta medida expressamente recomendada pela CRRNEU e explica-se pela existência da articulação e divisão de papéis entre os serviços de urgência e os Cuidados de Saúde Primários (CSP), devendo ser destinadas a estes últimos as situações agudas não urgentes. “As metodologias de triagem clínica de prioridade e orientação centralizada, por via telefónica” é assim o caminho para uma melhor orientação do doente. A recomendação de medidas de discriminação positivas de doentes, que sejam provenientes de reencaminhamento quer da linha saúde 24, INEM/CODU, CSP, demonstra a necessidade do registo destas proveniências que até ao Relatório do (Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, 2013) não se encontravam disponíveis no Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO) tendo por isso sido criticadas. Assim, porque é fundamental, para melhoria dos serviços de urgência, reduzir o fluxo de doentes não urgentes, entendeu-se oportuno obter resposta a esta questão.

Para responder a esta questão foram analisados alguns aspetos de observação, com recurso à base de dados de registo do episódios emergentes/urgentes registados no SU do CHBV, como por exemplo:

- total de doentes admitidos por prioridades e cor;
- total de entradas no atendimento com registo de proveniência (linha 24, CSP, exterior, etc.);
- total de doentes por proveniência e prioridade.

Finalmente, respondidas as duas questões anteriores colocou-se uma outra questão com a eventual melhoria que se possa ter vindo a verificar no SU do CHBV que poderá ser formalizada da seguinte forma:

### **têm sido verificadas melhorias significativas no SU do CHBV?**

A resposta a esta questão permitirá tirar algumas ilações sobre o desempenho do SU nestes últimos anos, designadamente avaliar se tem havido algumas melhorias significativas ou não. Para esta análise vamos recorrer ao instrumento que nos parece mais adequado para obter algum feedback da satisfação/insatisfação do utente (registo de reclamações relativo ao período [2013-2015]). A verificação se os serviços estão a ser prestados em período recomendável, e se o período de estadia nas salas de observação também está a ser respeitado. E por último perceber se existe alguma tendência de recorrência ao SU e a sua evolução!

Para obter a resposta à questão formulada entendemos pertinente obter resposta às seguintes questões prévias:

- número de reclamações validadas;
- número sugestões;
- número de reclamações (totais e consideradas) relacionadas com:
  - tempo de espera ;
  - atendimento clínico;
  - condições físicas.

## **3.2 Metodologia**

No desenvolvimento do trabalho realizado no âmbito deste estágio foram utilizadas duas abordagens metodológicas: metodologia etnográfica que avalia aspetos qualitativos com recurso à possibilidade da estagiária, por estar envolvida com a estrutura organizativa, poder contactar de perto com os atores envolvidos questionando e apreciando a forma de fazer e uma metodologia empírica que avalia aspetos quantitativos com recurso a uma base de dados que regista todos os episódios emergentes/urgentes que recorrem ao SU do CHBV.

Assim, para responder às questões de investigação indicadas na secção anterior foi disponibilizada pelo CHBV à estagiária uma base de dados que possui o registo de todos os episódios de urgência ocorridos no SU do CHBV no período [2012-2015]. Os atributos desta base de dados estão indicados na Tabela 3.

Esta base de dados está construída em Excel e como se pode constatar fornece um vasto conjunto de dados que poderão ser utilizados para obter informação relevante para responder às questões de investigação previamente identificadas.

A exploração dos dados armazenados nesta base de dados foi feita com recurso a uma metodologia quantitativa. No essencial o estudo empírico realizado baseou-se na utilização de ferramentas Online Analytical Processing (OLAP), com destaque para as tabelas dinâmicas oferecidas pelo Excel. Este recurso facilita o processamento de dados em determinados cenários permitindo encontrar resultados para responder às questões de investigação apresentadas anteriormente.

Como podemos verificar a base de dados do serviço de urgência do CHBV fornece um vasto conjunto de campos que permitem obter informações para apoio à gestão. Alguns dos campos poderão parecer redundantes, no entanto uma análise mais cuidada mostra que assim não é. Podem existir utentes do serviço de urgência que sejam registados num dia e que sejam encaminhados para a triagem, atendimento e alta somente no dia seguinte (o SU funciona em regime no stop). Para além da base de dados do registo dos episódios urgentes foi utilizada uma outra base de dados relativa ao registo das reclamações feitas pelos utentes do SU do CHBV.

A estagiária começou por fazer uma breve apreciação das bases de dados referidas e constatou que os dados aí registados não tinham sido, ainda, sujeitos a qualquer ação de limpeza, dificultando qualquer análise sobre os referidos dados. Assim, numa primeira fase foram analisados todos os campos para avaliar a consistência dos dados agrupados em cada um dos domínios definido pelo respetivo atributo, tendo sido verificadas algumas das seguintes anomalias: tipo de dados não enquadrados no contexto; campos vazios; etc..

Para responder às três questões colocadas foi necessário proceder a uma limpeza dos dados para poder determinar a demora média entre alguns dos pontos determinantes do SU. Portanto a limpeza dos dados focou-se no essencial nos campos relacionados com tempo. Na secção seguinte é feita uma breve descrição da limpeza de dados que foi feita.



### 3.3 Limpeza de dados

Nos campos, enquadrados pelos atributos listados abaixo foram descartados 38639 registos por não respeitarem a consistência da base de dados, assim como 16 com campo “cor” vazio.

- “tp\_admissao\_triagem”;
- “tp\_triagem\_ate\_atendimento”;
- “tp\_triagem\_ate\_alta”; e,
- “tp\_admissao\_alta”.

As anomalias detetadas nestes campos estavam essencialmente relacionadas com o preenchimento do campo com um carácter tipo texto “?”. Assim, foi entendido excluir da base de dados todos os registos em que nalgum dos campos de data o conteúdo não era válido. Após eliminados estes registos a amostra continua a ser significativa para determinação da demora média.

Também foram identificados campos sem qualquer informação que foram igualmente descartados para que pudessem ser feitas as operações necessárias.

O CHBV introduziu duas cores (branco e preto) que não fazem parte das cores para referência do nível de gravidade do episódio de urgência. Utilizam o branco para outros caso que apresentam um número significativo e o preto relativo a óbitos, no período em referência só foi identificado um caso com esta cor pelo que também será descartado.

<b>Atributo</b>	<b>Descrição</b>
cod_unid_chbv	código da unidade prestadora integrada no CHBV
ano_admissao	ano de admissão, neste momento a base de dados tem registos relativos a 2012, 2013, 2014 e 2015
mes_admissao	mês de admissão no serviço de urgência
dia_admissao	dia de admissão no serviço de urgência
urg_episodio	número sequencial atribuído ao episódio de urgência, este registo é inicializado no início de cada ano civil
cod_prioridade	código relativo ao nível de urgência atribuído ao episódio
descr	descrição do nível de urgência do episódio
cor	cor atribuída ao utente do serviço de urgência
cod_local	codifica tipo de urgência
des_local	Fornece descrição do tipo de urgência
local	Similar ao campo anterior (a sua razão deve-se à eventual integração com outras aplicações)
tipo	tipo de urgência
dta_admissao	data de admissão
intervalotempo	período do dia em que é feito o registo do episódio (00h-08h, 08h-12h, 12h-16h, 16h-20h, 20h-24h)
hora_admissao	tempo exato em que ocorre a admissão (hh:mm:ss)
dta_triagem	data em que é feita a triagem (redundante)
horatria	tempo exato em que é feita a triagem (hh:mm:ss)
dta_atendimento	data em que é feito o atendimento (redundante)
hora_atendimento	tempo exato em que é feita o atendimento (hh:mm:ss)
hora_alta	tempo exato em que é dada alta ao utente (hh:mm:ss)
dta_alta	data em que é dada alta (redundante)
des_proveniencia	proveniência do doente
concelho	concelho de origem do doente
distrito	distrito de origem do doente
des_destino	destino que é dado ao doente
dta_nascimento	data de nascimento do utente
sexo	sexo do utente
tp_admissao_triagem	tempo que medeia entre a admissão e a triagem
tp_triagem_ate_atendimen to	tempo que medeia entre a triagem e o atendimento
tp_triagem_ate_alta	tempo que medeia entre a triagem e a alta
tp_admissao_alta	tempo que medeia entre a admissão e a alta

**Tabela 3** - listagem dos campos existentes na base de dados da urgência do CHBV

# 4

## ESTUDO EMPÍRICO

O estudo empírico apresentado neste capítulo tem por objetivo encontrar resposta às três questões formuladas no capítulo anterior. Para responder a estas questões, deveremos encontrar as respetivas respostas às questões prévias.

### 4.1 Perfil do serviço de urgência do CHBV

O Perfil do SU do CHBV, tendo em atenção o número de episódios emergentes/urgentes registados na base de dados do referido serviço no período [2012-2015], é apresentado na Tabela 4.

Ano	2012				2013				2014				2015				Total
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Urgência Básica- Agueda					2	8250	8497	8231	7861	7536	8049	7922	8330	7376	7467	7792	87313
Urgência Geral	35912	33201	35446	34516	34682	25405	25972	23904	23121	24009	26077	25142	23306	24054	25460	24632	444839
Urgência Obstétrica			1														1
Urgência Pediátrica	11136	8610	7676	10389	9194	9008	8056	10245	10040	9628	8084	10665	10163	8888	7674	11035	150491
Urgência Psiquiátrica		1		1													2
<b>Total Trimestre</b>	47048	41812	43123	44906	43878	42663	42525	42380	41022	41173	42210	43729	41799	40318	40601	43459	682646

**Tabela 4** – Perfil do SU do CHBV, tendo em atenção o período [2012-2015]

Analisando a Tabela 4 podemos verificar que o número total de episódios de urgências registados em cada um dos semestres do ano 2015 teve um ligeiro decréscimo relativamente a cada um dos semestres do ano 2012. Uma análise por tipo de urgência pode motivar outras interpretações. Por exemplo na urgência pediátrica aquela diminuição não tem o mesmo comportamento apresentando um comportamento distinto. Este comportamento pode ser justificado pelo alargamento da faixa etária de atendimento pediátrico incluindo indivíduos até aos 18 anos. A urgência obstétrica e a urgência psiquiátrica apresentam, no período em análise, 1 caso e 2 casos respetivamente. Esta situação merece uma análise detalhada para poder tirar todas as ilações que lhe podem estar associadas.

A Urgência Básica segue o padrão do total de episódios emergente/urgentes. Provavelmente as medidas que têm sido implementadas para reduzir o encaminhamento de doentes para as urgências hospitalares estará a ter algum impacto positivo (por exemplo as taxas moderadoras). Provavelmente a crise económica que se tem vivido também terá alguma influência nesta redução de encaminhamentos para as urgências hospitalares.

## 4.2 Análise de dados

### 4.2.1 Resposta do serviço de urgência

Para avaliar a resposta do serviço de urgência, formulámos no capítulo anterior um conjunto de questões prévias que iremos avaliar com recurso à base de dados do serviço de urgência. A primeira destas questões tem por objetivo verificar se as prioridades atribuídas aos utentes são resolvidas dentro do tempo aconselhado pelo STM.

Analisando a Tabela 5 e comparando com a Tabela 2, podemos verificar que a demora média entre a triagem e o atendimento na generalidade, com exceção da cor vermelha, cumpre os tempos definidos no STM.

<b>triagem_atendimento (demora média)</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Amarelo	00:46:34	00:52:40	01:01:51	00:59:16
Azul	02:07:07	02:23:01	02:34:57	02:49:14
Branco	00:43:41	00:37:54	00:38:36	00:41:25
Laranja	00:18:17	00:19:31	00:27:27	00:27:56
Verde	01:17:26	01:23:46	01:35:38	01:30:45
Vermelho	00:11:14	00:10:45	00:13:24	00:15:32

**Tabela 5** - Demora média por prioridade entre triagem e atendimento

Os doentes não urgentes identificados pela cor “azul” são sujeitos a uma demora média de aproximadamente 155 minutos, tempo bastante inferior aos 240 minutos recomendados pelo STM.

O nível 4 “pouco urgente” apresenta um valor médio aproximado de 90 minutos que é igualmente um valor significativamente inferior ao tempo recomendado pelo STM que é de 120 minutos.

Os doentes a quem é atribuído o nível de prioridade 3 têm uma demora média entre a triagem e o atendimento de aproximadamente 55 minutos, este valor é ligeiramente inferior ao tempo recomendado pelo STM que é de 60 minutos para estas situações.

No caso dos doentes a que é atribuída a cor “laranja” verifica-se que a demora média é de aproximadamente 23 minutos. Aqui a situação inverte-se passando a demora média a ser superior ao tempo recomendado pelo STM que é de 10 minutos. Este nível de prioridade precisa de ser analisado em detalhe e perceber porque razão a demora média não cumpre os tempos recomendados pelo STM.

Relativamente aos doentes de nível de gravidade 1 a quem é atribuída a cor “vermelha” a demora média entre a triagem e o atendimento é de aproximadamente 13 minutos, quando a recomendação do STM é para um atendimento imediato. Esta situação também carece de uma análise mais detalhada para perceber as razões que provocam a demora média que se tem vindo a verificar.

Relativamente a esta questão prévia verificamos que os tempos são cumpridos nos níveis mais baixos de gravidade (5, 4 e 3) e não são cumprido nos níveis de gravidade mais elevados (2 e 1). Assim esta resposta não pode ser respondida totalmente pela positiva, mas também não é totalmente negativa.

A segunda questão prévia consiste em medir o número total de utentes admitidos nos últimos 4 anos neste serviço. Na Tabela 6 podemos verificar o número total de episódios de emergência/urgência ao longo dos últimos 4 anos, num total de 682.646 episódios.

Nº Total Episódios	2012	2013	2014	2015	Total
	176.889	171.446	168.134	166.177	682.646

**Tabela 6** – Número total de episódios registados no SU entre 2012 e 2015

Se fizermos uma análise comparativa do número total de episódios emergentes/urgentes com a população residente na área de abrangência do CHBV Tabela 1, podemos concluir

que o SU do CHBV está dimensionado para dar uma resposta adequada às solicitações da população residente.

Para avaliar a resposta do SU do CHBV entendemos oportuno avaliar a demora média entre a triagem e a alta, ver Tabela 7, para respondermos à terceira questão prévia. Estes tempos analisados em conjunto com a demora média entre a triagem e o atendimento fornece um indicador aproximado do tempo de atendimento. Podemos concluir que este tempo está relacionado com o nível de gravidade do episódio.

triagem_alta (demora média)	2012	2013	2014	2015
Amarelo	2:43:56	2:49:28	2:51:34	2:48:47
Azul	3:23:10	3:48:17	4:13:52	4:14:05
Branco	2:23:51	2:15:37	2:10:30	2:08:25
Laranja	5:10:15	5:27:17	5:17:26	5:14:44
Verde	2:32:29	2:40:51	2:49:15	2:42:22
Vermelho	4:02:50	4:52:33	4:21:23	4:32:25

**Tabela 7** – Demora média entre a triagem e o momento da alta

Atendendo à apreciação feita anteriormente podemos concluir que, genericamente, a resposta do SU do CHBV é aceitável e dá resposta às necessidades da população abrangida. Os tempos aconselhados pelo STM, ver Tabela 2, são cumpridos, excepto para os doentes de maior prioridade a quem é atribuída braçadeira de cor vermelha. Para estes casos o atendimento deverá ser imediato e o indicador diz-nos que há um tempo de aproximadamente 10 minutos. Nesta situações deve haver explicação do que se entende por imediato, entrando aqui também a questão do registo correto dos dados.

Assim, podemos considerar respondida, positivamente, a primeira das três questões de investigação: **a resposta do serviço de urgência é adequada à sua procura.**

#### 4.2.2 Impacto da regulação no acesso ao serviço de urgência

Para avaliar o impacto da regulação no acesso ao serviço de urgência foram colocadas várias questões prévias. A primeira destas questões é relativa ao número total de doentes admitidos por prioridades.

Analisando a Tabela 8 podemos verificar que não se verificou qualquer impacto no fluxo de doentes ao SU, mantendo-se nos últimos 4 anos um fluxo bastante uniforme com exceção dos brancos que tiveram uma diminuição considerável de 2012 para 2013. Devemos, no entanto, ter em atenção que a cor branca não faz parte do STM tendo sido incluídas para categorizar outros casos.

Total de Doentes por Prioridade	Anos			
	2012	2013	2014	2015
Amarelo	92.662	93.759	93.384	92.494
Azul	550	574	527	633
Branco	9.062	6.680	5.960	5.859
Laranja	23.726	24.461	25.517	24.451
Verde	49.960	44.883	41.746	41.753
Vermelho	819	958	909	893

**Tabela 8** – Número total de doentes, por prioridade, registados no SU entre 2012 e 2015

A segunda questão prévia colocada no âmbito do impacto da regulação no serviço de urgência consiste em averiguar qual número total de entradas registadas naquele serviço com registo de proveniência (linha 24, CSP, exterior, etc.). Para responder a esta questão consideramos somente as proveniências consideradas mais relevantes com eventual impacto no SU do CHBV.

Episódios por Proveniência	Anos			
	2012	2013	2014	2015
Cuidados Saúde Primários	9292	8589	7612	7785
Saúde 24	1981	2271	2127	2463
Iniciativa Próprio	160141	157015	153583	149786
Transferência Hospitalar	3086	1878	972	1016

**Tabela 9** – Número total de doentes, por proveniência, registados no SU entre 2012 e 2015

Analisando a Tabela 9 podemos concluir que a grande maioria (90,90%) dos doentes que recorrem ao SU do CHBV fazem-no por iniciativa própria. Ainda assim podemos tirar as

seguintes ilações: o número de doentes proveniente dos cuidados de saúde primários entre 2012 e 2015 teve um decréscimo de 16,22%; o fluxo de doentes provenientes da saúde 24 (linha 24) entre 2012 e 2015 teve um acréscimo de 24,33%; o fluxo de doentes por iniciativa própria entre 2012 e 2015 teve um decréscimo de 6,47% e finalmente o fluxo de doentes provenientes de outras instituições de saúde no mesmo período de tempo sofreu um decréscimo de 67,08%. Face a estes resultados podemos concluir que tem havido algum impacto das normas reguladoras. No entanto considerando o grande volume de doentes que chega ao SU por iniciativa própria a sua análise fica prejudicada.

A terceira questão prévia está relacionada com a análise do número de doentes por proveniência e prioridade, ver Tabela 10.

Ano	2012	2013	2014	2015	Total
<b>Total Amarelo</b>	94280	92175	91394	89994	366224
Cuidados Saúde Primários	6782	6262	5611	5831	24486
Saúde 24	1087	1295	1165	1411	4958
Iniciativa Próprio	84477	84321	84321	82489	333336
Transferência Hospitalar	1934	297	297	263	3444
<b>Total Azul</b>	548	568	516	624	2256
Cuidados Saúde Primários	12	18	8	17	55
Saúde 24	1	0	2	5	8
Iniciativa Próprio	532	548	506	602	2188
Transferência Hospitalar	3	2			5
<b>Total Branco</b>	8814	6481	5768	5627	26690
Cuidados Saúde Primários	288	219	158	145	810
Saúde 24	7	10	6	16	39
Iniciativa Próprio	7156	5475	5140	4912	22683
Transferência Hospitalar	1363	777	464	554	3158
<b>Total Laranja</b>	23334	24090	24158	22455	94037
Cuidados Saúde Primários	1462	1429	1312	1208	5411
Saúde 24	241	295	329	337	1202
Iniciativa Próprio	21052	22023	22332	20732	86139
Transferência Hospitalar	579	343	185	178	1285
<b>Total Verde</b>	49895	44798	41488	41427	177608
Cuidados Saúde Primários	722	637	502	574	2435
Saúde 24	637	659	617	683	2596
Iniciativa Próprio	48491	43454	40349	40153	172447
Transferência Hospitalar	45	48	20	17	130
<b>Total Vermelho</b>	811	954	881	830	3476
Cuidados Saúde Primários	19	19	14	7	59
Saúde 24	7	10	7	11	35
Iniciativa Próprio	767	916	854	810	3347
Transferência Hospitalar	18	9	6	2	35

**Tabela 10** – Número total de doentes, por proveniência e prioridade



No âmbito do impacto da regulação no SU e tendo em atenção as apreciações feitas anteriormente não conseguimos identificar qualquer padrão de comportamento que permita concluir que as iniciativas reguladoras têm tido impacto significativo.

Assim a resposta à segunda questão de investigação, embora se possam identificar pequenas variações não existe um padrão que permita uma resposta absoluta à questão: **o processo de regulação tem impacto no acesso ao SU do CHBV?**

#### **4.2.3 Melhoria no serviço de urgência**

Para avaliar se se tem vindo a verificar nos últimos 4 anos alguma melhoria no SU do CHBV entendemos, igualmente oportuno, colocar algumas questões prévias. A primeira dessas questões está relacionada com o número de reclamações validadas.

As reclamações no SU do CHBV disponibilizadas pelos serviços de ação social num formato padronizado existem a partir de 2013 e são considerados 10 tipos de reclamação. Estes 10 tipos de reclamação surgem somente no último ano disponível (2015), nos dois anos anteriores 2013 e 2014 são consideradas menos tipos de reclamações ou tipos diferentes. No entanto, podemos verificar que o ficheiro disponibilizado apresenta outras incoerências (p. ex. causas associadas a diferentes tipos de reclamação). Tendo em atenção estas incoerências procurámos melhorar a tabela tendo como base o ano 2015 e introduzindo dois novos tipos de reclamação: “atendimento clínica” e “atendimento não clínico”, conforme indicado pela ERS. O ficheiro corrigido, relativo às reclamações entre 2013 e 2015, considera os seguintes tipos de reclamação:

- tempo de espera;
- focalização no utente;
- acesso a cuidados de saúde;
- cuidados de saúde e segurança;
- atendimento clínico;
- instalações e serviços complementares;
- procedimentos administrativos;
- questões financeiras;

- sistema de informação;
- leis, regras e normas;
- atendimento não clínico;
- outros.

O trabalho desenvolvido com os dados obtidos das reclamações, após divisão e somatório para cada tipo de “problema/causa”, permitiu obter o valor dos totais, tanto do número de reclamações como dos seus valores percentuais, para melhor percepção dos dados.

Apresentamos de seguida uma concentração desses totais na Tabela 11 em que podem ser vistos os dados relativos aos anos em análise 2013, 2014 e 2015.

Tipo de Reclamação	2013		2014		2015	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Tempo de Espera</b>	156	56,12	153	49,2	86	41,75
<b>Focalização no Utente</b>	1	0,38	8	2,57	38	18,45
<b>Acesso a cuidados de saúde</b>	4	1,44	9	2,89	2	0,97
<b>Cuidados de Saúde e Segurança</b>	4	1,44	20	6,43	47	22,82
<b>Atendimento Clínico</b>	24	8,83	48	15,43	6	2,91
<b>Instalações e serviços complementares</b>	12	4,32	4	1,29	10	4,85
<b>Procedimentos Administrativos</b>	4	1,44	8	2,57	6	2,91
<b>Questões Financeiras</b>	7	2,52	13	4,18	7	3,4
<b>Sistema de Informação</b>	22	7,91	16	5,14	3	1,46
<b>Leis Regras e Normas</b>	24	8,83	12	3,86	1	0,49
<b>Atendimento Não Clínico</b>	15	5,4	14	4,5	0	0
<b>Outros</b>	5	1,8	6	1,93	0	0
<b>Total</b>	278	100	311	100	206	100

**Tabela 11** – perfil do tipo de reclamação relativo aos anos 2013, 2014 e 2015

Nesta tabela, podemos verificar que o ano com mais reclamações foi o ano 2014 com 311 reclamações, de seguida o ano 2015 com 278 reclamações e por último o ano de 2013 com 206 reclamações. A maior percentagem de reclamações verifica-se no tipo “tempo de espera”, ainda que seja mais significativa no primeiro ano, e os seguintes tenham vindo a diminuir. O ano 2013 foi o que recolheu maior número de reclamações com a percentagem

de 56,12%, ou seja mais de metade das reclamações desse ano foram relativas a tempos de espera, ainda que tenha diminuído nos anos seguintes com 49,20% em 2014 e 41,75% em 2015, continua a ser a maior "fatia do bolo" das reclamações.

A “focalização no utente” chama a atenção pela explosão de reclamações no último ano em relação a anos anteriores. Com o peso de 18,45% de 2015, 2,57% em 2014 e 0,36% nos anos anteriores.

Relativamente ao tipo de reclamação “acesso a cuidados de saúde” as maiores percentagens ocorreram em 2013 e 2014 com 1,44% e 2,89% respetivamente, tendo sido de 0,97% no último ano.

Seguidamente o tipo de reclamação “cuidados de saúde e segurança” que maioritariamente representa reclamações onde se questiona a adequação e pertinência dos cuidados de saúde/procedimentos. As percentagens aumentaram aproximadamente o dobro de ano para ano, sendo que a maior se verifica no de 2015 com 22,82% seguido de 6,43% em 2014 e 1,44% em 2013.

O tipo de reclamação “atendimento clínico” está relacionada, com queixas direcionadas ao atendimento clínico em que se denota especial recorrência em 2014. Em 2013 possuem um peso de 8,63% que quase duplica para o ano de 2014 com 15,43%, reduzindo significativamente no ano de 2015 com 2,91%, verifica-se uma anomalia na prestação do serviço maioritariamente dirigida a médicos.

Relativamente à dimensão “instalações e serviços complementares” verificou-se a ocorrência de mais reclamações em 2013 e 2015 com percentagens muito parecidas, 4,32% e 4,85% , e um peso menor em 2014 com 1,29%.

Relativamente aos “procedimentos administrativos” o número de reclamações vai aumentando de ano para ano com 1,44%, 2,57%, 2,91% .

A menor percentagem para as” questões financeiras” ocorre no ano de 2013 2,52%, em 2014 tem 4,18% , e no ano 2015 o peso é de 3,40%, sendo que se trata de uma rubrica que reclama na sua essência as taxas moderadoras!

Por ordem de maiores percentagens somadas a seguir apresenta-se o “sistema de Informação” onde o ano com mais peso foi 2013 com 7,91%, seguido de 2014 com 5,14% e 1,46% em 2015, este problema é causado por desarticulação de serviços, demoras na emissão/obtenção de documentos e onde também se colocaram todas as causas em que a falta de informação poderia estar informaticamente disponível para satisfação do utente.

O tipo de reclamação relacionado com “leis, regras e normas” destina-se a todas as reclamações causadas na maioria por questões de inibição de acompanhamento de familiares e sistema de visitas. Em 2013 foi o ano com maior percentagem diminuindo nos seguintes com 8,63%, 3,86%, 0,49% respetivamente.

O item “*atendimento não clínico*” recebe bastantes reclamações no ano de 2013 com 5,40%, no ano seguinte baixa para 4,50 e no último acaba sem nenhuma reclamação.

A dimensão “*outras*” Reclamações são tudo o que não entra para nenhuma das anteriores são maiores em 2014 com 1,93%, 2013 com 1,80 e o último sem reclamações.

As reclamações produzidas pelos utentes de qualquer serviço de urgência podem ser uma importante ferramenta de controlo. Assim, deve ser vista como um auxiliar precioso para apoiar o gestor a tomar melhores decisões por serem mais informadas e avisadas. Claro que o processo da reclamação deve ser transparente e devem ser dadas todas as condições ao utente que reclama todas as informações solicitadas para que proceda com rigor ao registo da sua reclamação e a mesma possa ter toda a utilidade que lhe é devida.

Para facilitar a leitura sobre o processo de reclamações apresentamos uma tabela que junta os totais anuais dos episódios de emergência/urgência, ver Tabela 12, obtendo-se uma percentagem de reclamações relativamente ao número de episódios bastante diminuta.

Proporção de Reclamações Anual	Total Reclamações	Total Episódios	(%) Proporção de Reclamações
2013	206	171446	0,12%
2014	311	168134	0,18%
2015	278	166177	0,17%

**Tabela 12** – Proporção de reclamações anual

Na Tabela 13 são apresentados os dados relativos aos 3 tipos de reclamações contempladas na terceira questão prévia, considerada no âmbito da questão “têm sido verificadas melhorias significativas no SU do CHBV?”.

<b>Tipos de Reclamações mais relevantes</b>	Tempo de espera	Atendimento Clínico	Instalações e serviços complementares
<b>2013</b>	86	6	10
<b>2014</b>	153	48	4
<b>2015</b>	156	24	12

**Tabela 13** – Tipos de reclamações mais relevantes

No âmbito de eventual melhoria do SU do CHBV verificada nos últimos 4 anos foram apreciadas as reclamações e concluímos que o seu número é demasiado diminuto para permitir uma conclusão que ofereça algum rigor. Destacando-se o aumento das reclamações sobre o tempo de espera nos últimos dois anos.

#### **4.2.4 Reclamações anuladas e sugestões**

As reclamações anuladas são reclamações consideradas sem efeito: por falta de dados para o seu registo ou tratamento; por falta de rigor ou incompreensão da mesma ou por decisão do próprio reclamante. No período em análise podemos verificar que foram anuladas 8 reclamações no ano 2013, o ano com mais anulações foi o de 2014 com um total de 23 reclamações anuladas, relativamente ao ano de 2015 foram anuladas 11 reclamações. Relativamente a elogios, somente um foi encontrado no ano 2014. Finalmente, quanto a sugestões foram encontradas duas, feitas no ano de 2015 e ambas associadas ao tipo de reclamação “instalações e serviços complementares”.

Face ao exposto anteriormente, não se verifica positivamente a questão de que: **têm sido verificadas melhorias significativas no SU do CHBV?**

### **4.3 Resposta ao problema**

No seguimento da análise de dados feita na secção anterior podemos concluir pela exequibilidade da avaliação do serviço de urgência, recorrendo ao conjunto de dados que neste momento representa um histórico relevante permitindo o desenvolvimento de vários cenários, designadamente os que aqui foram tratados. No entanto vários outros cenários poderão ser analisados, desde que previamente seja feita uma limpeza dos dados com maior profundidade.

Assim, podemos concluir que o SU do CHBV pode ser avaliado com rigor podendo assim serem fornecidas indicações à estrutura de gestão para poder tomar decisões fundamentadas em dados objetivos.

# 5

## CONCLUSÃO

---

O estágio que deu origem a este relatório permitiu que a estagiária tivesse contacto com a realidade vivida num Hospital EPE do SNS. A percepção e a forma de inter-relacionamento das funções e disfunções dos diversos departamentos que constituem aquela entidade, proporcionam a obtenção de uma imagem realista das necessidades de articulação e do bom funcionamento de qualquer organização prestadora de cuidados de saúde.

A integração da estagiária no DUEMI, para realização do seu estágio curricular, foi um desafio de interesse comum. Possibilitou a recolha de apontamentos sobre eventuais melhorias e sobre limitações existentes no serviço de urgência e a obtenção de conhecimentos sobre formas de gestão intermédia (nível departamental) de unidades de saúde. Assim, foi possível contribuir para a identificação de ocorrências positivas e negativas no desempenho do serviço prestado.

O trabalho realizado baseou-se na avaliação do funcionamento do SU, para responder ao desafio colocado pelo CHBV, ainda se nota alguma resistência à importância que deve ser dada ao tratamento dos dados recolhidos. No entanto caminha-se para que cada vez mais seja dada importância a esta análise de forma a contribuir para uma melhoria significativa das decisões que devem ser tomadas no âmbito da prestação de serviços.

A análise de dados referida poderá permitir que surjam diversas outras análises efetuadas aos vários níveis de funcionamento departamental, para melhoria tanto do seu funcionamento, como dos dados facultados sobre o mesmo.

Nas conclusões referentes às questões de investigação, indicia-se, num primeiro ponto uma adequação positiva da procura do SU. Embora possam identificar-se pequenas variações, o processo de regulação da procura ao SU do CHBV não parece ter impacto significativo, ainda, na recorrência a este serviço. Por último, na questão das melhorias visíveis ao longo

dos últimos anos com a prestação do serviço, não se verifica pela positiva, os tempos de espera são dos indicadores mais marcantes, no entanto os dados analisados não se afirmam significativos.

As limitações que encontramos durante a realização deste trabalho, prendem-se em grande medida com os dados facultados pela entidade para posterior análise. Inicialmente, podemos verificar que as reclamações disponibilizadas sobre o atendimento no SU não disponibilizam dados relativos ao ano de 2012 sendo os restantes apresentados numa estrutura pouco padronizada. A colocação nos campos “causa” e “problema” nem sempre são relacionados de igual forma, alterando-se por vezes a questão do tipo de reclamação. Foi necessário criar um registo padronizado, tomando como base o registo feito para o ano de 2015.

Uma segunda dificuldade, evidenciou-se no tratamento dos dados relativos aos episódios emergentes/urgentes registados no período [2012-2015]. Esta base de dados contém 682.642 episódios, dos quais 38.639 registos foram descartados por não se apresentarem consistentes com o domínio dos respetivos campos, designadamente campos de datas.

Muitas das inconsistências detetadas na base de dados na sua maioria estão associados a registos não finalizados atempadamente, como internamentos e abandonos ou outros casos devidos a incoerências na recolha de dados. Para o cálculo das demoras médias, foi imprescindível a limpeza da base de dados, através de uma macro que eliminou todos os registos que enviesavam a amostra.

Além dos problemas referidos, foi verificado que alguns registos não estão completamente preenchidos. Como exemplo podemos referir o facto de não existirem episódios nas valências da Urgência Obstétrica e da Urgência Psiquiátrica, o que impossibilitou o tratamento da informação por especialidades de urgência.

Como trabalho futuro poderá ser feita uma análise de satisfação do utente, após alta. Este tipo de análise deve ser potenciada implementando mecanismos que apelem à participação do utente na própria medição do desempenho da instituição e futuras ações de *benchmarking*.



Conforme referido no presente relatório foram encontradas diversas anomalias no preenchimento da base de dados de registo de episódios emergentes/urgentes e também da base de dados de registo de reclamações. Esta situação deve ser revertida, tendo em atenção que o correto registo dos dados, quer das reclamações quer dos episódios emergentes/urgentes é de enorme importância para a qualidade dos resultados obtidos. Assim, aconselhamos que futuramente seja dada maior atenção a este aspeto da recolha dos dados evitando o seu enviesar e possibilitando a obtenção de melhores resultados.

Ainda como trabalho futuro, numa perspetiva de otimização dos tempos de espera e garantia de uma melhor distribuição dos utentes pelas diversas entidades prestadoras de unidade de saúde. Isto implicará a introdução de um mecanismo que possa informar em tempo real o estado e as demoras relativas a cada prioridade, pelas linhas de encaminhamentos, como CODU e Linha 24. A discriminação positiva para casos de proveniência encaminhada por Linha 24, CODU, CSP, poderá trazer benefícios ao utente, como por exemplo deduções no valor da taxa moderadora, no sentido de evitar os casos de recorrência às urgência por iniciativa própria quando não seja necessário.

Pode ainda ser considerada, futuramente, a integração de novos campos na base de dados de registo de episódios de emergência/urgência que possam conferir a possibilidade de fazer um acompanhamento em todas as fases pelas quais o utente já passou, assim como o registo do tempo. A introdução destes novos campos pode possibilitar o cálculo de novos indicadores de desempenho assim como o número de observações feitas pelo médico ou a necessidade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Finalmente, que para facilitar a tarefa da Gestão a introdução, no programa de controlo dos tempos, um alerta que permita tanto ao administrador(a) como ao diretor(a) do Departamento de Urgência e Emergência, terem conhecimento em tempo real de eventuais falhas nos tempos de espera especialmente os relacionados com níveis urgentes. Este conhecimento permitirá que possam ser tomadas as medidas adequadas no menor tempo possível.



## BIBLIOGRAFIA

---

- Campos, L. (2014). Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência.
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos Cuidados e dos Serviços. Lisboa, Portugal.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência.
- 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*, 2(22), 188–198.
- Ferreira, P. (2012). Departamento de Urgência/emergência e Medicina Intensiva.
- Foster, D., & Jonker, J. (2003). Third generation quality management: the role of stakeholders in integrating business into society. *Managerial Auditing Journal*, 18(4), 323–328.
- Gomes, P. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. *Cadernos BAD*, 2.
- Inspecção-Geral das Atividades em Saúde. (2013). Processo nº 71/2013-INS (Parecer). Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- McGlynn, E. (1997). Six challenges in measuring the quality of health care. *Health Affairs*, 16(3), 7–21.
- Mesquita, C. (2012). O Planeamento Estratégico nos Hospitais Portugueses num contexto de austeridade: o caso particular dos Hospitais E.P.E. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto - Instituto Politécnico do Porto, Porto, Portugal.
- Ministério da Saúde. Despacho, Pub. L. No. 5414 (2008).
- Ministério da Saúde. A Organização Interna e a Governação dos Hospitais (2010).
- Osório, P. (2014a). A relação entre a acreditação/certificação da qualidade e o controlo interno nas organizações. INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO DO PORTO.
- Osório, P. (2014b). A relação entre a acreditação/certificação da qualidade e o controlo interno nas organizações. Estudo de caso em 30 unidades hospitalares públicas portuguesas. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto - Instituto Politécnico do Porto, Porto, Portugal.
- Quesado, P., & Macedo, N. (2010). O Balanced Scorecard no Serviço de Urgência de um Hospital Público Empresarializado: Estudo de Caso. Apresentado na 14º Encontro AECA, Coimbra, Portugal.