

Departamento de Gestão

IMPLEMENTAÇÃO DA TRIAGEM TELEFÓNICA E VIA E-
MAIL COMO UMA PRÁTICA *LEAN* NUM SERVIÇO DE
URGÊNCIA

Sara Raquel Dias Duque

Trabalho de projecto submetido como requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor José Crespo de Carvalho, Prof. Catedrático, ISCTE Business School,
Departamento de Gestão

Co-orientador(a):

Prof. Doutora Madalena Ramos, Escola de Sociologia e Políticas Públicas, Departamento de
Métodos de Pesquisa Social

Outubro 2012

Departamento de Gestão

IMPLEMENTAÇÃO DA TRIAGEM TELEFÓNICA E VIA E-
MAIL COMO UMA PRÁTICA *LEAN* NUM SERVIÇO DE
URGÊNCIA

Sara Raquel Dias Duque

Trabalho de projecto submetido como requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor José Crespo de Carvalho, Prof. Catedrático, ISCTE Business School,
Departamento de Gestão

Co-orientador(a):

Prof. Doutora Madalena Ramos, Escola de Sociologia e Políticas Públicas, Departamento de
Métodos de Pesquisa Social

Outubro 2012

AGRADECIMENTOS

Um especial agradecimento aos Orientadores, Prof. Doutor José Crespo de Carvalho e Prof. Doutora Madalena Ramos, pela paciência e rapidez na resposta às minhas dúvidas, que não foram poucas.

Agradeço terem aceite o meu convite e terem-me orientado em mais uma etapa da minha vida, encaminhando-me numa nova experiência, desconhecida para mim, mas que com muita satisfação, trabalho e alegria concluo.

Professor Crespo de Carvalho, agradeço a paixão com que leccionou as suas aulas, foi essa mesma paixão que despertou o gosto pela Logística (o bicho de sete cabeças na minha cabeça).

Não posso esquecer toda a ajuda que me foi prestada e incentivo por parte de familiares e amigos, em especial à minha “rica” mãe, ao meu irmão mais velho e à minha cunhada Luísa, pela paciência e incentivo, não me deixando desistir, quando esse parecia o único caminho a seguir.

Um beijinho muito especial ao meu sobrinho André que foi o meu especial incentivo, mesmo sem o mesmo ter noção disso pela pequenina idade. Não esquecendo o meu afilhado, Dinis, ao qual tenho de me desculpar pela ausência que não consegui combater pela distância e falta de tempo.

Com muita pena concluo mais uma etapa na minha carreira na ausência do meu pai, apesar das condições sei que me ouves, e aguentas-te até aqui com muita força. Agradeço os apertos de mão como resposta “sim” a todas as questões que colocávamos, mesmo quando estavas mais cansado. Não era por mal, mas assim sabemos que continuas aí.

Uma especial atenção a duas amigas muito importantes que me incentivaram e não me deixaram abandonar este caminho turbulento, Guida e Maria. À Guida um especial obrigado por ouvir os desabafos, alegrias, tristezas e desesperos. À Maria pela ajuda incansável que me deu, pela preocupação e por todo o esforço que fez.

Não posso deixar de agradecer também a todo o grupo de enfermagem do CHLO E.P.E. pela paciência e pelo empenho em responder às minhas questões, mesmo “atolados” de trabalho não deixaram de participar, em particular à Enfermeira Chefe e ainda à enfermeira Ruca pelo apoio nas dúvidas que apresentei e à enfermeira Ana que “recrutou” os colegas no sentido de me ajudarem neste trabalho.

Agora posso compensar toda a gente, o meu tempo livre é para todos vocês que pacientemente me apoiaram.

RESUMO

O recurso a prestadores de cuidados de saúde menos adequado tem-se revelado uma das fontes de maior despesa no ramo da saúde e do bem-estar do doente/utente. Por ano são cada vez mais os utentes que recorrem aos serviços de urgência para tratar os seus problemas de saúde pela rapidez e comodidade de resolução, em parte devido ao fácil acesso a exames complementares de diagnóstico. Como tal, o presente estudo pretende avaliar a viabilidade da implementação dos sistemas de triagem telefónica e por e-mail como uma prática *Lean*.

A metodologia baseia-se na realização de entrevistas semi-estruturadas, com objectivo de recolher informação aprofundada sobre a problemática em estudo.

Os resultados foram obtidos através da análise de conteúdo das respostas dos entrevistados.

As conclusões revelaram-se bastante promissoras, tendo-se verificado a mais-valia da implementação dos tipos de triagem em estudo como prática *lean*, no sentido de obter ganhos em saúde com menor desperdício e maior produtividade, sendo assim uma enorme vantagem para a nossa economia. A principal limitação do estudo encontra-se no tamanho da amostra e no método de selecção da mesma pelo que o desenvolvimento de mais estudos nesta área terão todo o interesse e demonstrar-se-ão essenciais para a fundamentação no sentido de implementar estas alterações.

Palavras-chave: Pensamento *Lean* em Saúde, Triagem Telefónica, Triagem por E-mail e Serviço de Urgência

Classificação JEL: I1 11– Health: Health and Economic Development; M10 de General Management

SUMMARY

A less adequate use of health care providers has proved to be one of the greatest sources of expense in the field of health and well-being of the patient. Each year more and more patients resort to the emergency services to solve health problems because of its fast and comfortable way of resolution, partly due to an easy access to additional tests for diagnosis. Therefore the present study aims to evaluate the feasibility of implementation of systems for telephone screening and by e-mail as a *Lean* practice.

The methodology is based on semi-structured interviews aiming to collect detailed information on the problem studied.

The results were obtained through the analysis of the answers of the interviewees.

The findings have proved to be very promising, concluding that the implementation of the types of screening studied as a *Lean* practice is an advantage, in order to make gains in health with less waste and greater productivity, thus it is a huge advantage to our economy. The main limitation of the study is the sample size and the method of its selection. As such further studies in this area are needed and will be essential support the implementation of these changes.

Key Words: Thinking *Lean* in Health, Telephone screening, sorting by E-mail and Emergency Service

JEL Classification: I1 11- Health: Health and Economic Development; M10 of General Management

ABREVIATURAS

TPS – Toyota Production System

CLT – Comunidade *Lean* Thinking

EUA – Estados Unidos da América

EED – European Emergency Data

START – Simple Triage and Rapid Treatment

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IMV – Incidente de Múltiplas Vítimas

STT – Sistema de Triagem de Trauma

ACSCCT – American College of Surgeons Committee on Trauma

CT – Centro de Trauma

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

ESI – Emergency Severity Index

MTS – Sistema de Triagem de Manchester

GPT – Grupo Português de Triagem

GTM – Grupo de Triagem de Manchester

CTAS – Canadian Triage and Acuity Scale

ICD-9-CM – International Classification Diseases

ATS – Australasian Triage Scale

SU – Serviço de Urgência

STCT – Sistema de Triagem Clínica Telefónica

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SASU – Serviço de Atendimento de Serviços Urgentes

IAS – Information Access System

NHS – National Health System

ARS – Administração Regional de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
1. <i>Lean</i> Healthcare.....	4
1.1. <i>Lean</i> Healthcare	6
1.2. Princípios do <i>Lean</i>	8
2. Triagem	9
3. Tipos de Triagem	14
3.1. Triagem Militar.....	14
3.2. Triagem na Catástrofe.....	14
3.3. Sistema de Triagem Pré-Hospitalar	20
3.3.1. Simple Triage and Rapid Treatment System (STARTS)	20
3.3.2. Sistema de Triagem de Trauma	21
3.4. Sistema de Triagem Hospitalar.....	22
3.4.1. Emergency Severity Index.....	22
3.4.2. Manchester Triage Scale	24
3.4.3. Canadian Triage and Acuity Scale	28
3.4.4. Australasian Triage Scale	29
4. Triagem Telefónica.....	32
5. Triagem via E-Mail	43
PARTE II – METODOLOGIA	46
6. Métodos.....	46
7. População / Amostra	48
8. Estruturação do Guião da Entrevista.....	49
9. Caracterização da Amostra.....	50
10. Análise de Conteúdo Categorical	51

PARTE III – RESULTADOS	53
11. Perspectiva Interna - Resultados.....	53
12. Discussão dos Resultados.....	66
CONCLUSÃO.....	71
BIBLIOGRAFIA	75
Anexo	81

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Cadeia <i>Lean</i> (adaptado da fonte: www.lean.org)	9
Ilustração 2 - Simple Triage and Rapid Treatment (adaptado da fonte: http://citmt.org/)	16
Ilustração 3 - METTAG – Medical Emergency Triage Tag	17
Ilustração 4 - Prioridades pela Triagem de Manchester	19
Ilustração 5 - JumpStart Pediatric Triage - Triagem Pediátrica em Situação de Catástrofe (adaptado da fonte: http://www.scrtac.org/).....	20
Ilustração 6 - Algoritmo da Triagem de Adultos em Catástrofe ou IMV (Adaptado de INEM,.....	21
Ilustração 7 - Algoritmo de Triagem do Emergency Severity Index, com 5 níveis de urgência	24
Ilustração 8 - Fluxograma resumo dos discriminadores gerais do Sistema de Triagem de Manchester.....	26

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Principais queixas apresentadas pelos utentes.....	25
Tabela 2 - Cor e número atribuído em função da gravidade do estado clínico do utente	27
Tabela 3 - Níveis de urgência da Canadian Triage & Acuity Scale (adaptado da fonte: http://www.cjem-online.ca).....	29
Tabela 4 - Níveis de urgência da Australasian Triage Scale	32
Tabela 5 - Distribuição da amostra de enfermeiros triadores do Hospital de São Francisco Xavier segundo o género.....	50
Tabela 6 - Distribuição da amostra de enfermeiros triadores do Hospital de São Francisco Xavier segundo o grupo etário	51

INTRODUÇÃO

O Pensamento/Sistema *Lean* tem-se tornado cada vez mais importante nos cuidados de saúde, à medida que se difunde para outras indústrias.

Como muitos especialistas em *Lean* nos recordam, o *Lean* é um sistema, de aplicação gradual, apesar de as ferramentas apresentarem resultados com elevada fiabilidade, estas melhorias são raramente sustentáveis. Sobre períodos de tempo relativamente curtos (6 meses a 1 ano) o entusiasmo inicial é como gritar para a frustração e depois para o cinismo, até que as pessoas comecem a procurar o novo pensamento. As diferentes “ferramentas” e “princípios” do *Lean* estão firmemente interconectados.

Os Sistemas de Triagem têm como objectivo identificar o nível de urgência do estado clínico de um doente com o intuito de lhe prestar os devidos cuidados na rapidez necessária e adequada. O primeiro conceito de triagem que se baseia no estabelecimento de prioridades surgiu na antiguidade nos campos de guerra onde se virão obrigados a priorizar o auxílio aos soldados feridos tendo por base a possibilidade de salvar a vida e dentro destes os urgentes e menos urgentes.

Os sistemas de triagem foram sendo adaptados à realidade de cada meio, à evolução dos sistemas de saúde e às características de cada população individualmente. O mais conhecido em Portugal, e que é já unânime nos serviços de urgência é o Sistema de Triagem de Manchester, um sistema inglês baseado em fluxogramas com adaptações às condições e características da nossa população.

À semelhança do Reino Unido com a NHS direct, uma linha de atendimento de saúde e apoio ao utente, seria também uma mais-valia a reestruturação dos sistemas de atendimento urgente passando a incluir uma linha de apoio como um meio de comunicação rápido e eficiente entre o utente e o prestador de cuidados de saúde (Centros de Saúde, Serviços de Atendimento Permanente e Serviços de Urgência). Cada vez mais se foi sentindo o aumento da afluência de utentes aos serviços de urgência, apesar de o seu estado clínico não o justificar, no entanto traduzindo-se numa rapidez maior de diagnóstico pelo fácil acesso aos exames complementares de diagnóstico. Um serviço de apoio e encaminhamento adequado do utente, aliado a uma reestruturação ideal dos serviços de atendimento quer de cuidados primários, quer de cuidados de

urgência traduzir-se-ia numa diminuição de gastos em saúde e maior rentabilidade dos serviços.

Os objectivos gerais deste trabalho podem definir-se em diferentes planos que se conjugam na concretização do trabalho:

- Pesquisar a realidade dos enfermeiros triadores no serviço de urgência no que respeita à triagem implementada, Triagem de Manchester.
- Identificar os conceitos de Pensamento *Lean*, Triagem de Manchester, Triagem Telefónica e Triagem por e-mail.
- Conhecer na óptica dos prestadores de cuidados a possibilidade de implementação de sistemas de triagem adicionais a fim de contribuir para um equilíbrio de relação custo/benefício.

A elaboração de enquadramento teórico surge como necessidade de dar uma explicação sobre sistemas já implementados na dimensão particular da Triagem Telefónica e Triagem por e-mail.

Os estudos efectuados neste âmbito interligam-se com a especificidade da dinâmica dos diferentes tipos de triagem na população que não só se diferencia como uma realidade visível no nosso tempo, assim como pelas implicações de ordem social, económica, política e cultural a que conduz.

O que importa pois considerar é a especificidade da triagem e das contexturas nos serviços de atendimento urgente como forma de adaptação ao processo de avaliação do utente e como meio de interacção com a família, comunidade e sociedade.

São apresentados os diversos capítulos que constituem o trabalho, cada capítulo será precedido de uma nota introdutória que se destina à sua apresentação e justificação.

A Parte I diz respeito à “Fundamentação Teórica” constituída por cinco pontos com os quais visamos abordar questões e definir conceitos ao expormos a problemática dos diferentes tipos de triagem e os sistemas subjacentes. A informação disponível e os estudos efectuados neste âmbito, na sua maioria a nível europeu e americano, mostram os diferentes tipos de triagem implementados e em vias de implementação.

A Parte II compreende a estratégia metodológica utilizada na abordagem da problemática.

A Parte III, integralmente consagrada aos “Resultados” permite-nos estimar a realidade em estudo através da apresentação e análise dos resultados, bem como a discussão dos mesmos.

Termina-se com o capítulo das Conclusões consideradas relevantes para o presente estudo.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. *Lean Healthcare*

Apesar do aumento da popularidade a sua aplicabilidade e utilidade permanece uma incerteza. O termo “*Lean Thinking*” baseia-se na filosofia de produção que envolve a Toyota (Toyota Production System (TPS)) (Pamela Mazzocato et al, 2010). Este sistema é baseado num conjunto de práticas (técnicas) que focam a maximização de valor para o cliente. A própria Toyota destaca o “just-in-time” (o que é preciso, quando é preciso e na quantia que é precisa) e o “jidoka” (automatização com um toque humano) como dois importantes aspectos (Pamela Mazzocato et al, 2010; *Lean Enterprise Institute*, 2011). O just-in-time é uma aproximação à eliminação de desperdícios através da disponibilização de partes e bens quando são exigidos pelo cliente e nas quantidades necessárias. Para alcançar o just-in-time, as partes são movidas passo a passo em pequenos grupos sem material em processo. Quando o fluxo de uma peça não é alcançável, são usados sistemas de reabastecimento que permitem iniciar a produção segundo a exigência do cliente (Pamela Mazzocato et al, 2010; *Lean Enterprise Institute*, 2011). O consumo de um artigo cria depois um pedido de reabastecimento que é assinalado sendo referido como cartas de kanban. O Jidoka é alcançável através de equipamentos que param automaticamente quando são detectados problemas de qualidade. Isto permite ao operador monitorizar visualmente e controlar várias máquinas e processos em simultâneo (Pamela Mazzocato et al, 2010; *Lean Enterprise Institute*, 2011). Estas práticas permitem a aptidão de detectar e assinalar problemas em tempo real e contornar o fundamento para aprender e melhorar (Pamela Mazzocato et al, 2010; *Lean Enterprise Institute*, 2011). Fujimoto descreve a TPS como compreendendo três tipos de procedimentos rotineiros distintos:

- Procedimento para identificação de problemas;
- Procedimento para solução de problemas;
- Procedimento para retenção de solução. (Pamela Mazzocato et al, 2010)

Dados os desafios em relação à segurança, efectividade e valor partilhados pela maioria dos sistemas de saúde, o pensamento *Lean* ganhou um interesse considerável.

Na sua análise de artigos que estudavam a implementação de sistemas *Lean* em Instituições de Saúde, Pamela Mazzocato et al (2010) identificaram algumas características comuns de relevância para os esforços no sentido da implementação *Lean*: a necessidade/disponibilidade de melhorar a performance, procedimentos pouco claros e pessoal desconhecedor de problemas, contornos, organizações multiprofissionais e hierárquicas, diferenças de estatutos, autonomia dos profissionais, comunicação de equipa inconsistente e cultura da culpa. Todos os artigos analisados pelos autores mencionados apresentaram aplicações *Lean* bem-sucedidas. As áreas mais comuns de melhoria incluíam poupança de tempo e cumprimento dos prazos do serviço, reduções de custo ou melhoramento da produtividade e importantes aspectos da qualidade incluindo redução nos erros e enganos, pessoal aperfeiçoado, satisfação do paciente e redução da mortalidade. (Pamela Mazzocato et al, 2010)

No mesmo estudo foram também reportados alguns outputs intermediários. Estes incluíam a redução do número de passos num processo, a redução na distância percorrida pelo pessoal, o aumento da compreensão de processos, o compromisso e disponibilidade na colaboração do pessoal, os ambientes de trabalho mais calmos e em focus, a redução de tempo para resolução de alertas de erros, o aumento do número de erros assinalados e a melhoria do trabalho de equipa. (Pamela Mazzocato et al, 2010)

O sucesso do pensamento *Lean* na prestação de cuidados de saúde apoia-se na capacidade de orquestrar um processo de intervenção complexo que incorpore e integre múltiplas variações de quatro tipos de componentes. As melhorias podem ser reforçadas através da educação e de estruturas estáveis para melhoria contínua que têm como consequências a visão de macro, meso e micro sistemas e através de demonstrações concretas e palpáveis através da gestão de que a melhoria é responsabilidade de todos. (Pamela Mazzocato et al, 2010)

Os quatro mecanismos de impacto e a mudança de contexto sugerem que tornar-se “*Lean*” é um processo evolucionário ao longo do tempo e não apenas uma questão de pôr no sítio os quatro componentes, algo que se obtém com pesquisa prévia na introdução de estratégias de melhoria nos cuidados de saúde. A própria Toyota desenvolveu o *Lean* ao longo de décadas em resposta a mudanças e desafios organizacionais, de gestão, políticos e competitivos. A sua vantagem competitiva surge

para manter nesta capacidade de aprendizagem evolucionária. (Pamela Mazzocato et al, 2010)

As ferramentas e métodos são importantes na Toyota, mas mais importante é o desenvolvimento de uma “capacidade de aprendizagem rotinizada” baseada em práticas estáveis para identificação de um problema, resolução do mesmo e fixação da resolução. Mas a Toyota aprendeu que dado um estado de constante mudança e fluxo, pode esperar fazer as suas medidas preventivas que irão apenas servir até que uma melhor abordagem seja encontrada ou que as condições mudem. (Pamela Mazzocato et al, 2010)

Para melhorar a efectividade do pensamento *Lean* em cuidados de saúde, as organizações são bem alertadas para:

- Implementarem métodos que auxiliem o desenvolver de informação para resolver problemas e criar estruturas estáveis para melhoria contínua;
- Envolver a gestão em contínua solução de problemas;
- Abraçar uma abordagem mais holística e ligar a um contexto vasto. (Pamela Mazzocato et al, 2010)

Concluindo o pensamento *Lean* tem sido aplicado com sucesso numa vasta variedade de cenários de cuidados de saúde. Benefícios incluem a melhoria de qualidade, acesso, eficiência e redução da mortalidade. Enquanto a teoria *Lean* enfatiza uma visão holística, a maioria dos casos reporta aplicações técnicas menos amplas com alcance organizacional limitado. (Pamela Mazzocato et al, 2010)

1.1. *Lean* Healthcare

Na economia o sector da saúde ocupa um lugar de elevada importância, assim como no bem-estar da população.

A Comunidade *Lean Thinking* (CLT) define *Lean Healthcare* como “abordagem proactiva à criação de valor para o utente (cliente) e todos os outros *stakeholders*, através da eliminação das várias fontes de desperdício e concomitante melhoria dos fluxos por recurso a ferramentas e métodos orientados aos processos e geridos por resultados, requerendo o envolvimento e participação de todos no propósito de melhoria contínua” (Comunidade *Lean Thinking*, 2012).

Em 1990 os Estados Unidos da América (EUA) começaram a dar os primeiros passos na aplicação da filosofia *Lean*, tendo crescido de forma abrupta os casos de aplicação até aos dias de hoje. O Reino Unido seguiu também o exemplo dos EUA na implementação desta filosofia. A sua aplicação no sector da saúde caracteriza-se por diversos princípios:

- Colocar o cliente/utente sempre em primeiro lugar;
- Definir o que é valor na perspectiva do cliente/utente;
- O valor é criado no local onde as coisas acontecem e as melhorias são alcançadas através do trabalho em equipa;
- Aprender a identificar os sete desperdícios nas áreas da Saúde;
- Fazer mais com menos (potenciando a produtividade);
- Sincronizar a capacidade de trabalho com a procura, procurando a optimização de recursos e reforçando a flexibilidade do sistema prestador de serviços de saúde;
- Uniformizar, simplificar e otimizar processos como um todo (Comunidade *Lean Thinking*, 2012).

A filosofia *Lean* tem sido gerida cada vez mais por parcerias público-privadas, apesar de existirem alguns exemplos no Sector Público e no Sector Privado, este último cada vez mais desenvolvido e com crescente diversificação da oferta. No entanto verifica-se a crescente discussão entre as áreas de Gestão Hospitalar e Clínica. Por observações efectuadas pela CLT, os princípios *Lean Management* têm grande aplicabilidade no âmbito da saúde com ganhos evidentes para o cliente (menor tempo de espera, melhor serviço, menor número de deslocações e burocracias, melhor qualidade, entre outros) e para as unidades de saúde (redução de custos, simplificação dos processos, melhoria na qualidade do serviço, entre outros indicadores fundamentais da gestão e da área clínica como a taxa de ocupação de camas, demora média de internamento, listas de espera para consultas, reinternamentos, entre outros) (Comunidade *Lean Thinking*, 2012).

São conhecidos como principais desperdícios na saúde o dispêndio de tempo no preenchimento de vários formulários para a mesma tarefa, esperas por tratamento, altas, meios de diagnósticos, substituições não previstas por mais escalonamento, procura de equipamento/material, erros em diagnósticos, tratamentos e no uso de equipamentos,

reuniões intermináveis, deficiente comunicação (comunicações erradas, desnecessárias e/ou redundantes), interrupções frequentes, compasso de espera entre departamentos, informação não disponível (mal arquivados e/ou correcção dos mesmos) e obsolescência e/ou atraso de material de consumo clínico e não clínico (Comunidade *Lean Thinking*, 2012).

O *Lean Healthcare* é um Sistema de Gestão de Alta Performance, que reduz o desperdício e o tempo de espera, aumenta a capacidade (com o uso mais eficiente dos recursos), e em paralelo, melhora a qualidade e a segurança do paciente. Quando comparada com a indústria em geral, a indústria da saúde apresenta altos índices de desperdício e baixos índices de qualidade e segurança do paciente.

À medida que as palavras são escritas, Toyota, o líder exemplar do *Lean* no mundo, permanece a postos para se tornar no maior produtor automático no mundo em termos de vendas totais. O seu sucesso dominante em tudo desde o aumento das vendas à partilha de mercados em todos os mercados globais, para não mencionar uma clara ligação na tecnologia híbrida, permanece a mais forte prova do poder da iniciativa *Lean* (*Lean Enterprise Institute*, 2011).

Este sucesso contínuo tem, ao longo das duas últimas décadas, criado uma enorme exigência para conhecimentos maiores sobre o pensamento *Lean*. Existem literalmente centenas de livros e artigos, para não mencionar milhares de artigos assim como os media que exploram o assunto e outras numerosas fontes disponíveis para esta crescente audiência (*Lean Enterprise Institute*, 2011).

Enquanto o pensamento *Lean* continua a espalha-se por todos os países do mundo, líderes estão também a adaptar-se às ferramentas e princípios por detrás do fabrico, para logística e distribuição, serviços, venda a retalho, cuidados de saúde, construção, manutenção e até mesmo o governo (*Lean Enterprise Institute*, 2011).

1.2. Princípios do *Lean*

Os cinco passos do processo considerados para guia de implementação das técnicas *lean* são fáceis de lembrar, mas nem sempre fáceis de alcançar:

1. Especificar o valor do ponto de vista do consumidor final pela família de produtos;
2. Identificar todos os passos na cadeia de valor para cada família de produtos, eliminando sempre que possível os passos que não criam valor;
3. Fazer ocorrer as etapas de criação de valor numa sequência apertada para que o produto circule fluentemente para o cliente;
4. À medida que a fluência é introduzida, deixar os clientes puxarem valor da próxima etapa de produção da actividade;
5. À medida que o valor é especificado, as criações de valor são identificadas, os passos desnecessários são eliminados e fluxo e tracção são introduzidos, começa o processo novamente e continua até que um estado de perfeição seja alcançado no qual o valor perfeito é criado sem desperdícios (*Lean Enterprise Institute*, 2011).

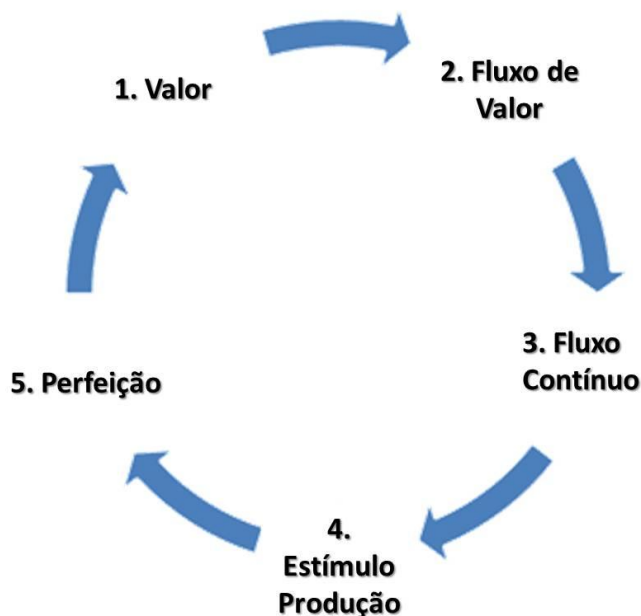


Ilustração 1 - Cadeia *Lean* (adaptado da fonte: www.lean.org)

2. Triagem

O conceito original de triagem focou-se primeiramente em situações causais em massa. Muitos dos conceitos originais de triagem, a classificação em imediato, urgente e não urgente com o uso de categorias de espera em situações de guerra, permanecem válidos

ainda hoje em situações de guerra e de desastres (Ian Robertson-Steel, 2006). A triagem permanece em vigor e é frequentemente usada em todo o Reino Unido, Holanda, Suécia, Índia, Austrália e organizações militares da NATO (Advanced Life Support Group, 2002).

Os sistemas de triagem originais eram baseados na classificação de pacientes cirúrgicos nas configurações dos campos de batalha, e os conceitos de priorização dos doentes e prestar cuidados no local foram desenvolvidos no início de 1800 em França. O sistema desenvolvido na altura, maioritariamente em situações militares, espalhou os conflitos dos séculos 19 e 20. (Ian Robertson-Steel, 2006)

Com o desenvolvimento de sistemas médicos organizados no mundo ocidental, o início de 1900 viu a triagem emergir nos serviços de urgência nos EUA, Reino Unido e Europa. A triagem nesta altura consistia numa breve avaliação clínica que determinava o tempo e ordem pela qual o paciente deveria ser então visto pelos recursos limitados, ou, se aplicável no campo, a rapidez do transporte e a escolha do hospital de destino para o tratamento inicial. (Ian Robertson-Steel, 2006)

As três fases da triagem emergiram então em sistemas de cuidados de saúde actuais. Primeira, a triagem pré-hospitalar no sentido de deslocar a ambulância e recursos de cuidados pré-hospitalares. Segunda, triagem no local pelo primeiro profissional de saúde a examinar o paciente. Terceira, triagem na chegada ao serviço de urgência ou recepção do hospital. (Ian Robertson-Steel, 2006)

A triagem, por definição, é um processo dinâmico, na medida em que o estado do paciente pode ser alterado rapidamente. (Ian Robertson-Steel, 2006)

Os pacientes podem entrar na corrente da triagem em qualquer momento – por exemplo, pacientes com doenças críticas ou feridas que entram frequentemente pelo seu próprio pé em serviços de urgência. (Ian Robertson-Steel, 2006)

Muitos portais de entrada para os cuidados de saúde resultam na evolução de diferentes sistemas de triagem por contacto telefónico, contacto com a ambulância e entrada directa do paciente no hospital ou em instalações de cuidados primários. Esta diversidade de sistemas de triagem nos cuidados de saúde estão a criar dificuldades no desenvolvimento de serviços para cuidados integrados. (Ian Robertson-Steel, 2006)

Os sistemas de triagem iniciais eram baseados em traumas, com origem em situações de guerra, de acordo com o que aconteceu. O desafio dos sistemas de triagem reside em desenvolver sistemas que consigam gerir um largo espectro de apresentações clínicas desde doenças críticas e feridos a doenças e ferimentos menores, com aconselhamento desde os mais novos aos mais velhos. Sistemas que criem respostas a todas as chamadas, classificações simples em suportes de vida básicos ou avançados, já não são aceitáveis. (Ian Robertson-Steel, 2006)

Em cada fase do processo de triagem, a segurança pode ser adicionada por medição de parâmetros fisiológicos e a introdução do exame clínico estruturado. (Ian Robertson-Steel, 2006)

Os encargos de saúde nos serviços de urgência de todo o mundo têm vindo a aumentar, as expectativas dos clientes estão a subir e todos os sistemas de cuidados de saúde organizados estão a lidar com problemas relativos ao aumento da procura, aumento das pressões financeiras, limitações no recursos humanos e a habilidade de aplicar processos médicos cada vez mais complexos para salvar vidas de pacientes que anteriormente não seriam sobreviventes. (Ian Robertson-Steel, 2006)

Os sistemas de triagem pré-hospitalar são amplamente aplicados em diferentes países. No entanto, falta-lhes sensibilidade e especificidade, e não são aplicáveis para uso de emergência hospitalar onde os parâmetros clínicos são medidos e onde o utente tem uma história e a análise é feita por clínicos. Muitos sistemas são validados apenas para a triagem de traumas. (Ian Robertson-Steel, 2006) O projecto European Emergency Data (EED) identificou a enorme diversidade de sistemas de cuidados de saúde nos países europeus estudados (European Emergency Data Project, 2004).

No entanto, alguns parâmetros comuns surgem em identificar aqueles que estão em risco imediato ou perda de vida, aqueles que são urgentes e aqueles que podem ser apontados para cuidados de rotina. (Ian Robertson-Steel, 2006)

O desafio do futuro é desenvolver sistemas de triagem efectivos, que, como função primordial, identifiquem rapidamente os que requerem a melhor resposta de emergência disponível para traumas ou problemas médicos e que foquem a resposta no uso de sistemas sensíveis e específicos, com o objectivo de usar recursos limitados mais efectivamente, e focar a entrega de doentes críticos e feridos em centros onde os

cuidados de saúde definitivos possam ser prestados num momento. Os sistemas de cuidados pré-hospitalares têm de estar preparados para suportar pacientes durante o percurso, como tempo de viagem, para um número limitado de centros especialistas a aumentar. (Ian Robertson-Steel, 2006)

Os sistemas de triagem no futuro, identificarão aqueles que estão em risco imediato, e depois têm de se direccionar para a gestão de pacientes urgentes e, nesta altura, priorizar os doentes que estão clinicamente estáveis, mas gravemente feridos, para o tratamento mais adequado ou evacuação, identificando a unidade mais apropriada para os receber. (Ian Robertson-Steel, 2006)

Para os doentes que são identificados como necessitando apenas de cuidados de rotina, o desafio para os sistemas de triagem no futuro é de os colocar na cadeia de prestação de cuidados certa, direccionando-os para os centros de atendimento imediato de doenças ou feridas menos graves mais apropriados. (Ian Robertson-Steel, 2006)

Com recursos limitados disponíveis, e em fase de aumento da necessidade, é vital garantir que nos concentremos nos princípios primeiro defendidos por Baron Larrey e sua equipa. Primeiro, tratar os mais doentes, segundo evacuá-los para facilitar o cuidado mais adequado em ordem de prioridade, terceiro maximizar o uso de recursos disponíveis para o paciente beneficiar mais e com o objectivo de prestar o tratamento definitivo no menor tempo possível. (Ian Robertson-Steel, 2006)

A fim de serem capazes de prestar os cuidados de emergência eficazes, os sistemas de triagem devem evoluir no envio de uma ambulância de modo a dar a resposta mais adequada com possibilidade de encaminhar o utente para o prestador de cuidados mais adequado ou aconselhá-lo. (Ian Robertson-Steel, 2006)

A fim de usar uma triagem eficientemente, a logística de suporte a um sistema de cuidados de emergência tem de estar na posição e no sentido de evacuar os pacientes rapidamente para a resposta mais apropriada, sem sob ou sobre triá-los. (Ian Robertson-Steel, 2006)

Quando um paciente chega a uma unidade de urgência, apresenta ela mesma a oportunidade de levar a cabo uma triagem mais extensiva. A triagem de Manchester, a Triagem Canadiana de Escala de Avaliação e a Triagem Australiana de Pontuação são instrumentos de triagem que estão actualmente em grande uso. Os conceitos de triagem,

baseados na prioridade, permanecem inalteráveis desde os primeiros anos 1800, sendo que nesta altura as opções disponíveis para mais cuidados eram muito limitadas. (Ian Robertson-Steel, 2006)

O desafio da evolução dos sistemas de triagem no futuro é separar a exigência do que é necessário, para focar a resposta hospitalar inicial correcta aos pacientes que mais necessitam tendo um sistema de triagem específico e sensível, para crescentemente focar na evacuação rápida de doentes críticos e feridos para uma unidade de urgência onde uma triagem mais detalhada e processos de priorização podem ser realizadas. (Ian Robertson-Steel, 2006)

À medida que a complexidade dos sistemas de saúde aumenta e à medida que as expectativas por parte do utente crescem, a triagem será um instrumento vital nos primeiros passos da gestão de pacientes. A priorização e os sistemas de triagem corrente base têm de ser desenvolvidos usando um sistema através de todas as economias da saúde. (Ian Robertson-Steel, 2006)

A triagem é apenas uma parte da chave para melhorar os cuidados de saúde no futuro e um grande tema para futuros trabalhos, precisa de ser transportada para fora no acesso aos cuidados, conselhos via telefone, uso apropriado dos sistemas de triagem nos serviços de ambulâncias e integração de todos os componentes do sistema de saúde através de uma rede logística que é de uso simples e suportada por todos os parceiros, serviços de ambulância, hospitais e cuidados primários (Ian Robertson-Steel, 2006).

À medida que os sistemas de cuidados de saúde se tornam mais complexos e a procura e os custos aumentam, a triagem integrada, priorização e sistemas correntes, o uso de uma linguagem comum e o sistema permanecem a chave para a melhoria do resultado do paciente e da sua sobrevivência (Ian Robertson-Steel, 2006).

A complexidade dos cuidados actuais, em termos de investigação, tratamento e instalações de suporte, pontos para ter uma via de tratamento combinado onde os doentes críticos e feridos são tratados em centros combinados onde existe um foco na examinação e investigação precoce e rápido acesso ao tratamento definitivo (Ian Robertson-Steel, 2006).

É pouco provável no futuro que a maioria dos sistemas de saúde seja capaz de comportar os luxos de centros de trauma e centros para os doentes críticos. A

organização dentro de sistemas de saúde é uma lição que data de Larrey e Percy que reconheceram que a triagem era o ponto de entrada para um sistema organizado de saúde para potencializar o resultado. (Ian Robertson-Steel, 2006)

3. Tipos de Triagem

3.1. Triagem Militar

Muitos militares, mais Ingleses e Franceses, morreram mais por doença que por ferimentos (Barnes, 1997). No entanto, as grandes guerras marcaram pelo elevado número de mortos que causaram.

Foram, por isso, adoptadas algumas medidas no sentido de minimizar esse impacto. O cirurgião do Exército Francês de Napoleão Bonaparte, Barão Dominique Jean Larrey (1766-1842), é frequentemente identificado como o incitador da triagem militar moderna, considerando a triagem dos feridos ainda no campo de batalha e seguido do rápido transporte para os locais com capacidade cirúrgica. John Morgan, médico militar durante a Guerra Civil Americana, seguiu o Barão na defesa da triagem militar (Kennedy, 1996).

Durante a segunda Guerra Mundial, o transporte do ferido, desde o momento em que era atingido no campo de batalha até ao local de tratamento definitivo, demorava em média 12 a 18 horas. Já na guerra do Vietnam, e com a introdução do helitransporte, foi possível reduzir esse tempo para menos de 2 horas (Eiseman, 1967).

Durante a Guerra do Golfo Pérsico em 1991 foram verificadas melhorias sucessivas (Burkle, 1994) sendo que nesta foi utilizada a Revised Trauma Score (ALSG, 2005). Além desta escala são utilizados ainda, nos exércitos dos EUA e do Reino Unido, os conceitos de Trauma Sieve and Sort (ALSG,1995) e de Simple Triage and Rapid Treatment, este último utilizado largamente na emergência de hospitais civis dos EUA.

3.2. Triagem na Catástrofe

O termo catástrofe vem do Grego *Katastrophé*, cujo significado é ruína, transtorno, desenlace dramático (Bandeira, 1990).

Em situações de catástrofe (de excepção) com múltiplas vítimas a triagem de prioridades é considerada como fundamental em qualquer sistema de resposta. Assim torna-se um elemento de prioritário na formação dos profissionais envolvidos no socorro de vítimas, seja no terreno ou em sala (Chi, 2001).

Apesar de ser muito valorizada a triagem pré-hospitalar não é perfeita e tem falhas identificadas em diversos incidentes, nomeadamente a queda de avião na Singapura, os ataques com Sarin em Tóquio (Okumura, 1998) e ainda as explosões terroristas em Oklahoma City (Hogan, 1999).

Pela influência dos EUA, o sistema que se torna mais utilizado é o START inicialmente direccionado para situações de excepção, mas também usado na avaliação individual de doentes.

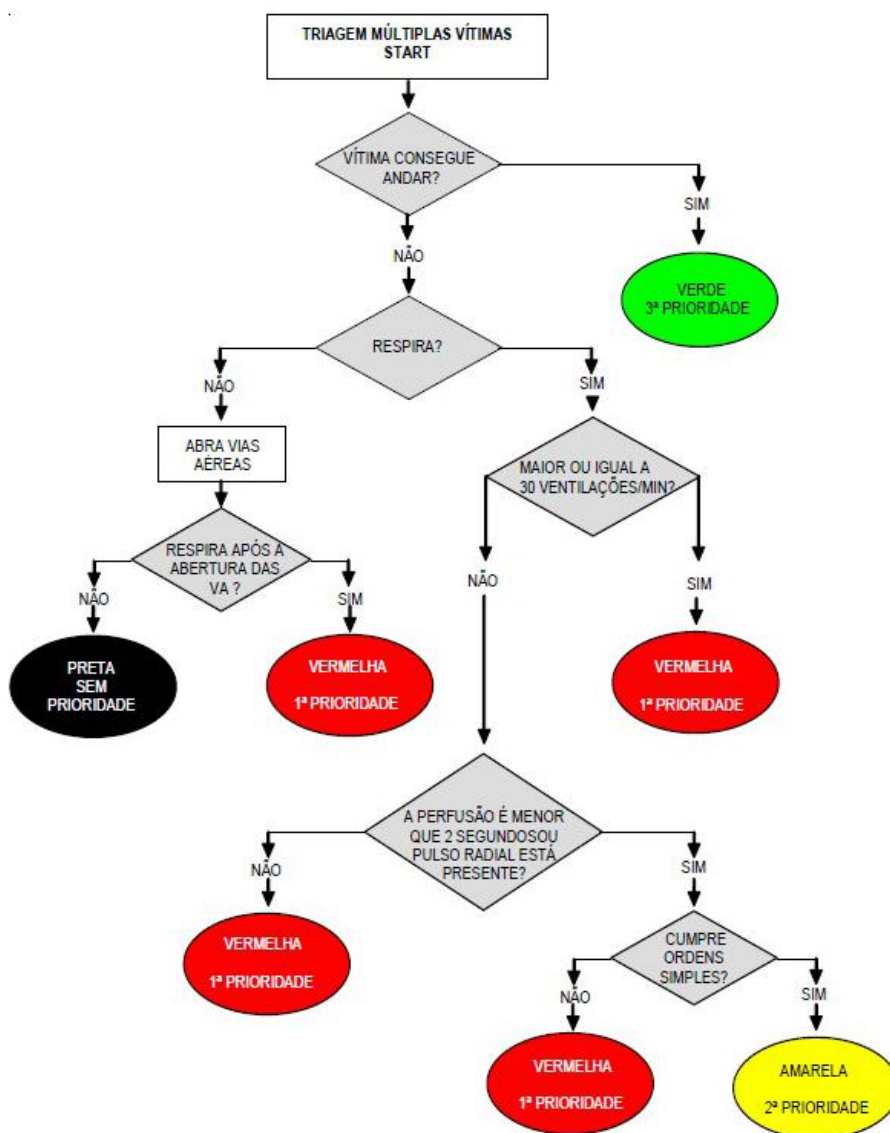


Ilustração 2 - Simple Triage and Rapid Treatment (adaptado da fonte: <http://citmt.org/>)

Neste sistema de triagem são valorizadas a frequência respiratória (< ou > 30 /minutos), o tempo de preenchimento capilar (< ou > 2 segundos) e a capacidade de cumprir ordens simples (componente motor da Escala de Coma de Glasgow). O que distingue este sistema foi a introdução da componente da Escala de Coma de Glasgow, tornando-o inovador. No entanto não é a única opção, existem mais escalas mais ou menos complexas, com outros critérios além dos fisiológicos, como por exemplo escalas que incluem critérios demográficos e anatómicos. Esta versatilidade cria assim uma multiplicidade de métodos na triagem de prioridades, e consequentemente gera diferentes tipos de sistemas de identificação de prioridades relativa dos doentes

(Hodgetts, 1999). Idealmente, os *triage* tags deveriam respeitar uma série de características, como: possuir forma segura de fixação ao corpo da vítima, ser resistente às alterações climáticas, ter superfície fácil para registo escrito, permitir o registo do nome do doente, género, lesões, intervenções, escalas de pontuação em uso, prioridade clínica atribuída (bem visível) e identificação do socorrista. Uma situação que nem sempre se verifica e seria importante é a necessidade de criar um mecanismo que possibilite o registo da passagem de uma prioridade para outra, no sentido ascendente ou descendente. (ALSG, 1995)

The image shows the front and back of a METTAG form. The front side is divided into several sections: 'Personal Property Receipt/Evidence Tag' with a barcode; 'Destination' and 'Via' fields; 'TRIAGE TAG' with checkboxes for S (Serious), L (Life-Threatening), U (Unconscious), D (Delayed), G (Grossly Injured), E (Elderly), and M (Minor); 'AUTO INJECTOR' with checkboxes 1-5; 'Patient Information' including Name, Sex, Age, and Location; and 'VITAL SIGNS' with a table for Time, B/P, Pulse, and Respiration. The back side includes 'Comments/Information', 'Patient's Name', 'RESPIRATIONS', 'PERFUSION', and 'MENTAL STATUS' checkboxes, followed by a 'MORGUE' section with color-coded priority levels: IMMEDIATE (Life Threatening Injury), DELAYED (Serious Non-Life Threatening), and MINOR (Walking Wounded). The form is bordered by 'CONTAMINATED' and 'EVIDENCE' labels.

Ilustração 3 - METTAG – Medical Emergency Triage Tag

O modelo da ilustração acima constitui o modelo utilizado como referência, seja em situações de trauma ou de doentes contaminados por substâncias biológicas ou químicas.

O local onde é efectuada a triagem numa ocorrência de catástrofe é também relevante, sendo muito importante a valorização de alguns factores como a proximidade ao local do desastre, a segurança, a direcção do vento (no caso de presença de substâncias contaminantes), a protecção climática, a visibilidade e a acessibilidade via terrestre e

aérea (Briggs 2003). Em Portugal cabe ao Grupo de Saúde e Evacuação Secundária (da responsabilidade do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)) coordenar os postos de triagem e socorros. (Manual de Intervenções Avançadas Grupo de Trauma e Emergência, 2012)

As chamadas de atenção aos tipos de triagem em catástrofe (Paschen, 2000), a necessidade de articulação internacional dos cuidados (Frederick, 2005), a importância do planeamento para a catástrofe (Jay, 2005) e a relevância das questões relacionadas com a saúde pública (Eric, 2005) são referências notáveis na literatura.

O INEM publicou, em 1986, o Manual de Medicina de Catástrofe (Silva, 1986). A adesão de muitos hospitais Portugueses a projectos de acreditação em qualidade também incitou a necessidade de organizar planos de contingência perante situações de catástrofe. Factor que contribuiu para a implementação da Triagem de Manchester que dispõe de um módulo específico para as situações de excepção, favorecendo entretanto as situações de normal funcionamento do Serviço de Urgência pela adopção de claras regras de triagem.

Apesar da diferenciação dos sistemas de triagem em catástrofe, existem elementos comuns entre eles, nomeadamente a clara separação entre os doentes emergentes e não urgentes, a separação entre os que necessitam de cuidados imediatos e os que podem esperar por não existir evidência de risco de vida iminente, apesar de serem urgentes e aqueles que, embora gravemente feridos, não têm prioridade pela escassa viabilidade. Pelo sistema em vigor, os mortos são identificados com a cor preta (Rambam, 2005).



Ilustração 4 - Prioridades pela Triagem de Manchester

A eficácia e a fiabilidade da triagem estão relacionadas com a perícia e a experiência do pessoal triador, assim, em situações de catástrofe é recomendada a presença de médicos diferenciados no posto de triagem (Champion 1988). No caso das crianças o esquema de triagem não pode ser o mesmo, pelo que foram criadas escalas de avaliação próprias.

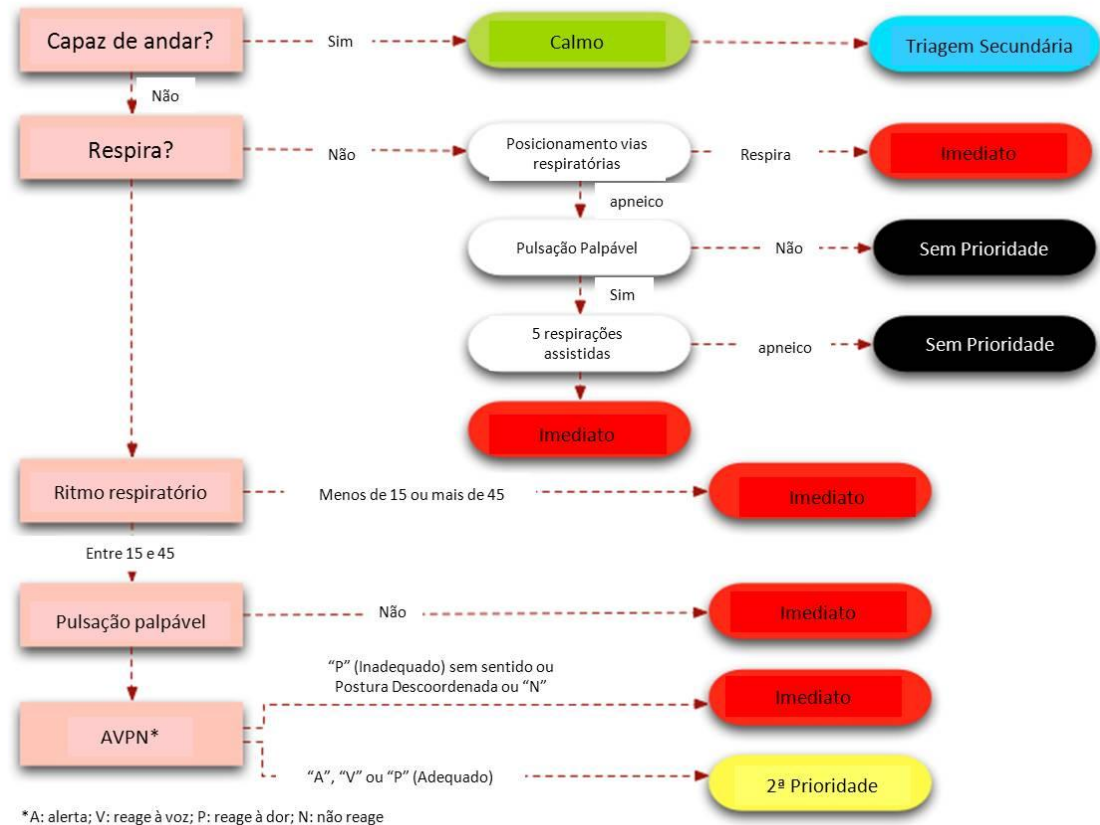


Ilustração 5 - JumpStart Pediatric Triage - Triagem Pediátrica em Situação de Catástrofe (adaptado da fonte: <http://www.scrnac.org/>)

3.3. Sistema de Triagem Pré-Hospitalar

3.3.1. Simple Triage and Rapid Treatment System (STARTS)

O Sistema de Triagem Simple Triagem and Rapid Treatment (START) é um método usado pelos primeiros socorros para avaliar efectiva e eficientemente todas as vítimas durante um Incidente com Múltiplas Vítimas (IMV). O primeiro pessoal médico a chegar irá usar a ferramenta de triagem denominada triage tag (referida anteriormente) para categorizar as vítimas pela gravidade das lesões. Segundo Derlet (Lin, 2009), o STARTS consiste num “dynamic process occurring at several levels in the system to rapidly identify patients with critical injuries from the total number of presenting casualties”. Identificadas as vitimas, prestam-se os tratamentos necessários à sobrevivência das mesmas, por ordem de gravidade, i.e., por categoria de urgência atribuída, prosseguindo-se com a evacuação e encaminhamento das vítimas para as estruturas de saúde ou para o domicílio (Bracken in Sheehy, 2000). As vítimas serão facilmente identificadas em termos de qual o tratamento necessário apropriado pelas Triagem Tags que lhes foram atribuídas. Este método foi desenvolvido em 1983 pelo

peçoal do Hospital Hoag e pelo Newport Beach Fire Department sito na Califórnia (Bracken in Sheehy, 2000).

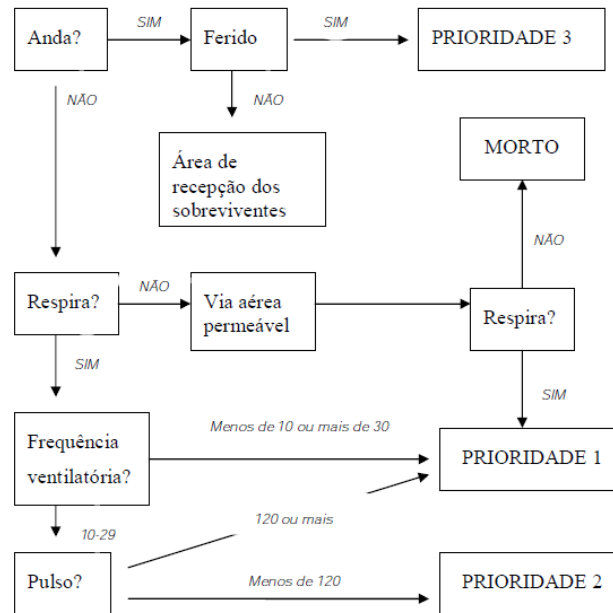


Ilustração 6 - Algoritmo da Triagem de Adultos em Catástrofe ou IMV (Adaptado de INEM,

3.3.2. Sistema de Triagem de Trauma

Todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento detêm formas de abordar as vítimas de trauma. Esta abordagem passa pela avaliação da vítima, execução de procedimentos, tratamentos, encaminhamento e transporte da vítima. Estes dois últimos são da responsabilidade dos Sistemas de Triagem de Trauma (STT) (Comité do PHTLS da Nacional Association of Emergency Medical Technicians & Comité de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões, 2004).

Os STT ajudam na tomada de decisão respeitantes ao meio mais apropriado para o transporte da vítima, à estrutura de saúde que melhor responde às suas necessidades, nomeadamente pelos recursos e equipamentos que possuem (Comité do PHTLS da Nacional Association of Emergency Medical Technicians & Comité de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões, 2004).

O American College of Surgeons Committee on Trauma (ACSCT) possui um protocolo de triagem para trauma, o mesmo pretende determinar as vítimas que necessitam de ser transportadas para um Centro de Trauma (CT) e, dependendo da estrutura do “sistema de trauma regional” (realidade americana), para que CT. A aplicação do protocolo

desenvolve-se em quatro fases, sendo que cada uma enfatiza um critério de triagem específico no encaminhamento e transporte da vítima de trauma:

- Utilização de critérios fisiológicos na identificação de vítimas instáveis, por forma a serem transportadas rapidamente ao CT de maior complexidade;
- Avaliação da anatomia da lesão para fisiologicamente identificar as vítimas estáveis, mas que têm evidentes lesões e necessitam por isso de atendimento num CT;
- Compreensão do mecanismo de trauma/lesão na identificação de vítimas fisiologicamente estáveis e que não têm lesões evidentes, mas que, pela elevada energia envolvida no trauma, apresentam alto risco de lesão grave;
- Identificação de Factores de Co-morbilidade nas vítimas, que possam aumentar o risco de evolução desfavorável da sua situação.

Em Portugal, o INEM, através do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e das equipas no terreno (ambulâncias, viaturas médicas de emergência e reanimação, viatura de intervenção em catástrofe e helicópteros), responsabiliza-se por triar as vítimas de trauma, em meio pré-hospitalar. São também de uso do INEM os critérios referidos (Fisiológicos, Anatomia da Lesão, Mecanismo de Trauma/Lesão e Factores de Co-morbilidade) para encaminhar e transportar as vítimas de trauma à estrutura hospitalar capaz de responder às necessidades das vítimas (INEM, 2012).

3.4. Sistema de Triagem Hospitalar

3.4.1. Emergency Severity Index

O *Emergency Severity Index* (ESI) é um sistema popular nos EUA, onde foi concebido e é utilizado. Pode também encontrar-se em vigor no Canadá e na Austrália, desde 1990 (Tanabe et al, 2004; Michael Christ et al, 2010).

O processo de triagem por este sistema tem por base a aplicação de um único fluxograma (Ilustração 7), que implica, numa primeira fase, a observação do utente direccionada para a via aérea, ventilação, circulação e estado de consciência.

A observação do utente permitirá responder às primeiras questões do fluxograma: “Entubado?”; ”Apneico?” “Sem pulsação?”; “Não reactivo?”. O primeiro nível de urgência é determinado por uma resposta afirmativa a uma destas questões, que

corresponde a uma situação prioritária necessitando de um atendimento imediato. A resposta negativa às questões acima conduz o triador a uma segunda etapa do processo de triagem (segunda etapa do fluxograma) onde identificará a queixa principal do utente com o objectivo de enquadrá-la na sua história de doença e/ou história de acidente, medicação habitual, entre outros, permitindo ao triador perceber se se trata de uma situação de alto risco respondendo à questão “*Situação de alto risco?*”. Nesta etapa colocam-se ainda outras questões: “*Confuso/Apático/Desorientado?*” e “*Dor intensa/Desconforto?*”. Uma resposta afirmativa a uma destas questões remete-nos para o segundo nível de urgência. A resposta negativa a todas as questões conduz-nos à realização de uma estimativa dos recursos necessário para aquele utente. Os recursos incluem exames complementares de diagnóstico, terapêutica e outros procedimentos, sem incluir a realização da história clínica e a administração de fármacos orais. Os utentes que necessitem de dois, um ou nenhum recurso serão atribuídos nos níveis de urgência 3, 4 e 5, respectivamente. (Tanabe et al, 2004; Michael Christ et al, 2010)

Pode também fazer parte do processo de triagem a avaliação dos Sinais Vitais que, se alterados, podem levar o triador a reclassificar o utente do nível 3 para o nível 2 de urgência. (Tanabe et al, 2004; Michael Christ et al, 2010)

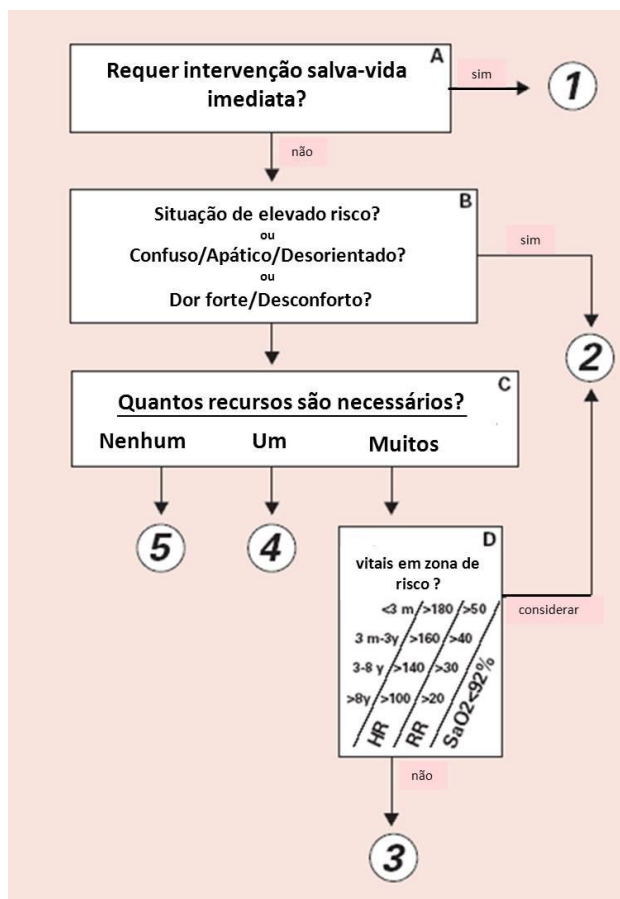


Ilustração 7 - Algoritmo de Triagem do Emergency Severity Index, com 5 níveis de urgência

3.4.2. Manchester Triage Scale

Este sistema de triagem foi criado e implementado em Manchester (Reino Unido) em 1997 e desde essa altura aplicado como norma dos hospitais do Reino Unido. Podemos ainda vê-lo aplicado em outros países como Portugal, Canadá, Japão e Nova Zelândia (J Roukema et al, 2006).

Em Portugal, o MTS foi implementado e posto em prática em 2000. Os primeiros hospitais a receber este sistema foram o Hospital Geral de Santo António e o Hospital Fernando Fonseca (Grupo de Trabalho de Urgências, 2006). Segundo Paulo Freitas, membro do Grupo Português de Triagem (GPT), o MTS “tem como objectivo único priorizar os doentes consoante a gravidade clínica com que se apresentam no Serviço”. (Grupo de Trabalho de Urgências, 2006).

O processo de triagem do MTS consiste em identificar a gravidade da queixa apresentada pelo utente, e para isso há a necessidade de identificar qual o foco da queixa (tabela 1) de modo a seleccionar o fluxograma adequado, entre os cinquenta e dois disponíveis (Ilustração 8). As questões são colocadas de forma descendente, uma vez

que se apresentam numa forma descendente de prioridade, sendo que as primeiras questões correspondem a níveis de urgência mais elevados. Assim é determinado o grau de gravidade do utente. (Grupo Português de Triagem, 2011)

Tabela 1 - Principais queixas apresentadas pelos utentes

Agressão	Doença mental	Indisposição no adulto
Asma	Doenças sexualmente transmissíveis	Infecções locais e abscessos
Auto-agressão	Dor abdominal	Lesão toraco-abdominal
Bebé que chora	Dor abdominal na criança	Mordedura e picadas
Catástrofe – avaliação primária	Dor cervical	Pais preocupados
Catástrofe – avaliação secundária	Dor de garganta	Problemas estomatológicos
Cefaleia	Dor lombar	Problemas nasais
Comportamento estranho	Dor testicular	Problemas nos membros
Convulsões	Dor torácica	Problemas oftalmológicos
Corpo estranho	Embriaguez aparente	Problemas ouvidos
Criança com dificuldade de locomoção	Erupções cutâneas	Problemas urinários
Criança irritável	Estado de inconsciência	Quedas
Criança que não se sente bem	Exposição a químicos	Queimaduras profundas e superficiais
Diabetes	Feridas	Sobredosagem ou envenenamento
Diarreia	Grande traumatismo	T.C.E.
Dispneia	Gravidez	Vómitos
Dispneia na criança	Hemorragia GI	
Doença hematológica	Hemorragia vaginal	

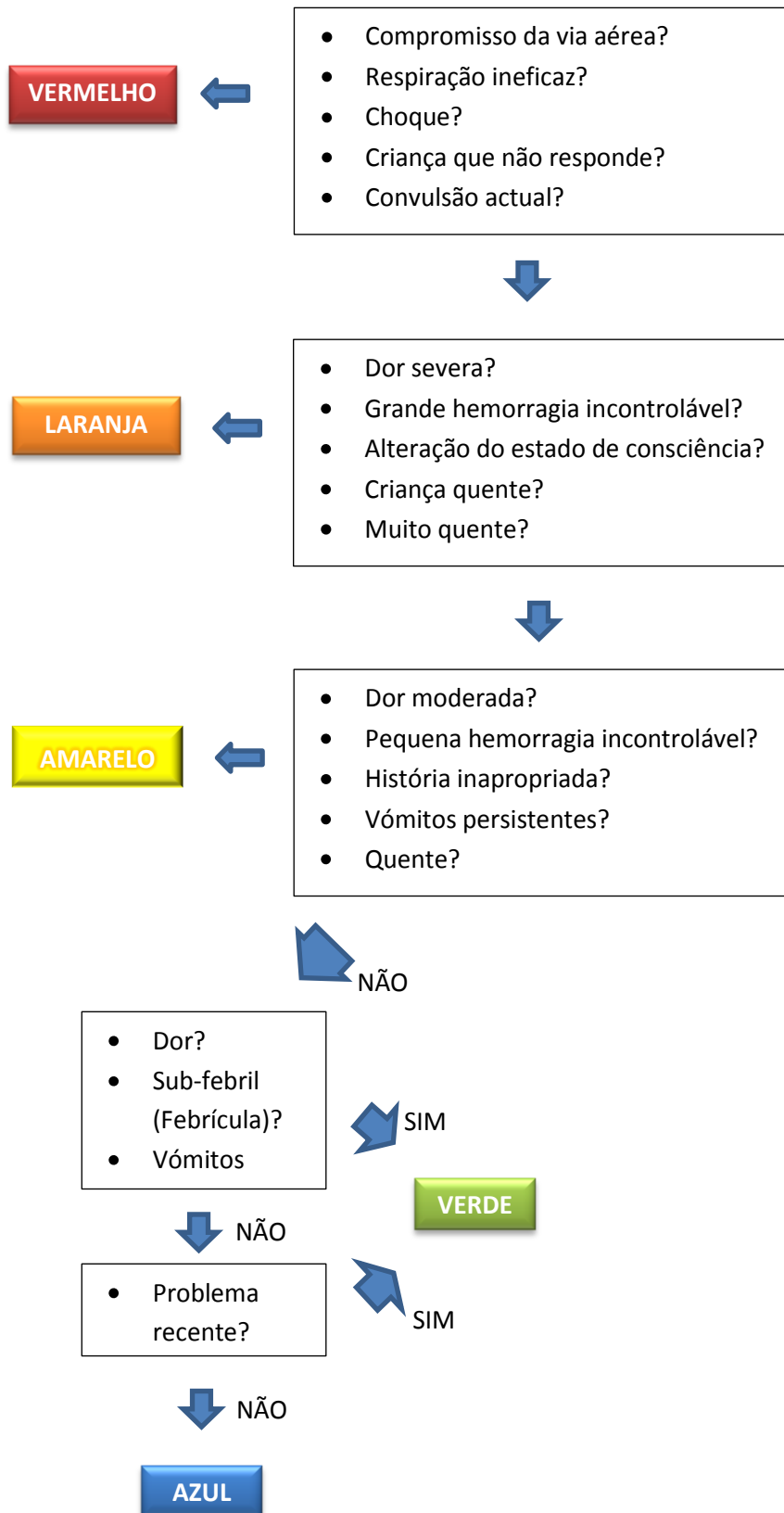


Ilustração 8 - Fluxograma resumo dos discriminadores gerais do Sistema de Triagem de Manchester

Os discriminadores tanto podem ser gerais como específicos, no primeiro caso aplicam-se a todos os utentes, independentemente da condição apresentada. Um exemplo é a dor que surge várias vezes ao longo dos fluxogramas. Já os discriminadores específicos referem-se a situações/casos particulares, ou a pequenos grupos de apresentação, e tendem a estabelecer uma relação com características-chave de condições particulares, por exemplo a dor pré-cordial (Grupo Português de Triagem, 2011).

O grau de urgência dá também informação sobre o tempo alvo de atendimento, ou seja, o tempo máximo que o utente deve aguardar até ser atendido, sem agravamento do seu estado de doença ou lesão. Para cada nível de urgência é atribuída uma cor e um número (tabela 2) (Grupo Português de Triagem, 2011).

Tabela 2 - Cor e número atribuído em função da gravidade do estado clínico do utente

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO ALVO
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

O MTS consiste em cinco níveis de urgência: **Emergente**, **Muito Urgente**, **Urgente**, **Pouco Urgente** e **Não Urgente**. Portugal, com conhecimento e autorização do GTM, introduziu a categoria de urgência com cor Branca. É atribuída a cor Branca a todos os doentes que apresentam situações não compatíveis com o serviço de Urgência, são exemplos destas situações os doentes admitidos para transplante, técnicas programadas, entre outras. Assim, deve ser registada na ficha do serviço de urgência a cor branca e a razão da sua atribuição. (Grupo Português de Triagem, 2011)

A prioridade clínica pode mudar e, por isso, a triagem tem de ser dinâmica. O método de triagem descrito pode ser aplicado rapidamente e com confiança por pessoal treinado – torna-se, portanto, útil como instrumento para múltiplas reavaliações da prioridade clínica durante a espera do doente (Grupo Português de Triagem, 2011).

Toda a observação secundária de enfermagem podem servir como uma reavaliação de triagem, e quaisquer alterações na prioridade clínica podem ser rapidamente notificadas e rectificadas (Grupo Português de Triagem, 2011).

3.4.3. Canadian Triage and Acuity Scale

O sistema de triagem Canadian Triage & Acuity Scale (CTAS) foi introduzido no Canadá e no Quebec em 1998.

Este sistema consiste num instrumento que permite de uma forma mais exacta definir as necessidades do doente para cuidados médicos e permitir uma avaliação do nível, recursos necessários e a performance contra certos “objectivos” operacionais (Beveridge et al, 2012). Os conceitos que estão incluídos no desenho desta escala são: a utilidade, a relevância e a validade.

O CTAS é baseado no estabelecimento de uma relação entre um determinado grupo de ocorrências de alerta, pelos diagnósticos do ICD-9-CM e as situações mais comumente apresentadas pelos cidadãos/utentes (Beveridge et al, 2012).

Assim, a atribuição exacta do nível de urgência baseia-se num conhecimento prático obtido da experiência e da prática, na correcta identificação dos sinais e sintomas e ainda no uso das “guidelines” e protocolos de triagem. (Beveridge et al, 2012; Michael Christ et al, 2010).

Quanto aos níveis de urgência, este sistema apresenta cinco e são eles: nível I ou ressuscitação, nível II ou Emergente, nível III ou Urgente, nível IV ou Pouco Urgente e o nível V ou Não Urgente. Os utentes categorizados no primeiro nível carecem de cuidados de enfermagem contínuos desde que dão entrada na urgência e são triados até ao momento do atendimento médico, sendo este preferencialmente imediato. Estes utentes vivem uma situação de perigo de vida, com necessidade de actuação e intervenções imediatas. Os utentes categorizados no segundo nível necessitam ser reavaliados e/ou que tenham um acompanhamento da equipa de enfermagem de 15 em 15 minutos uma vez que se tratam de utentes potencialmente tratáveis, exigindo uma intervenção rápida ou monitorizada. No terceiro, quarto e quinto nível os cuidados devem ser prestados de 30 em 30, 60 em 60 ou 120 em 120 minutos, respectivamente. (Beveridge et al, 2012; Michael Christ et al, 2010).

Tabela 3 - Níveis de urgência da Canadian Triage & Acuity Scale (adaptado da fonte: <http://www.cjem-online.ca>)

Nível I	Reanimação	Atendimento imediato
Nível II	Emergência	Dentro de 15 minutos
Nível III	Urgência	Dentro de 30 minutos
Nível IV	Pouco Urgente	Dentro de 60 minutos
Nível V	Não Urgente	Dentro de 120 minutos

Este processo de triagem compreende as seguintes fases:

- Identificação da queixa principal do utente;
- Validação e avaliação da queixa do utente, subjectiva e objectiva;
- Aquisição de informações adicionais, como por exemplo a existência de alergias e a medicação;
- Enquadramento dos dados e informações colhidas na escala;
- Atribuição do nível ou categoria de urgência. (Beveridge et al, 2012).

Terminado o processo de triagem, o enfermeiro planeia as intervenções de enfermagem (por exemplo a imobilização de um membro na suspeita de fracturas), assegura a chegada do utente ao local indicado de acordo com a avaliação feita sendo aí reavaliado. (Beveridge et al, 2012).

A CTAS é executada e aplicada por enfermeiros com competências no âmbito da comunicação, bom senso, paciência, compreensão, discrição e capacidade organizativa. (Beveridge et al, 2012).

3.4.4. Australasian Triage Scale

A escala *Australasian Triage Scale* (ATS) surgiu no final da década de 60 (1960) na Austrália (Jelink, 2001). Nesta altura a procura dos serviços de urgência atingia o seu auge, em que os recursos eram deficientes em relação às necessidades (Jelink, 2001). Mais tarde, o *New South Wales Health* (Austrália) identificava outro problema, a falta de um processo de triagem para todos os utentes, uma vez que a prioridade de atendimento era dada a utentes que chegassem de ambulância, sendo desta forma orientados os recursos para o atendimento destes utentes em detrimento dos outros e que por vezes careciam de cuidados urgentes. (Australasian College for Emergency Medicine, 2012)

Na década de 70 procedeu-se ao melhoramento da escala já em prática na altura com o objectivo de melhorar a descrição da urgência e das necessidades de cuidados de saúde. Esta iniciativa partiu de uma equipa do *Box Hill Hospital* (Melbourne). A escala de triagem modificada compreendia cinco categorias de urgência, às quais estava associado um tempo de espera de atendimento recomendado, bem como uma cor que indicava a prioridade do utente no atendimento. (Australasian College for Emergency Medicine, 2012)

A escala criada designou-se de *Ipswich Triage Scale*. Esta escala foi integrada nos sistemas informáticos nos anos 90 e testada em muitos hospitais australianos, quanto à sua utilidade, realidade e validade. (Australasian College for Emergency Medicine, 2012)

Em 1993 o *Australasian College of Emergency Medicine* adoptou a *Ipswich Triage Scale* como parte da sua Política de Triagem, denominando-a de *National Triage Scale*. A adopção da escala pelas autoridades de saúde australianas e pelo *Australasian Council on Health Care Standards* surge em 2000 como base de medida da performance da medicina de urgência, passando a designar-se de *Australasian Triage Scale* (ATS). (Australasian College for Emergency Medicine, 2012)

A ATS foi rapidamente adoptado por toda a Austrália e Nova Zelândia (Jelink, 2001), tendo sido adaptada e testada por países como o Reino Unido, Canadá e Bélgica (Jelink, 2001), e podemos ainda encontrá-la em muitos estados dos EUA (Cronin, 2003). É considerada como um instrumento, à semelhança de outros sistemas de triagem, que permite assegurar o atendimento oportuno dos utentes de acordo com a sua urgência clínica. Esta tem associado um tempo limite de resposta/intervenção. Este sistema de triagem permite encaminhar os utentes para a área de avaliação e tratamentos mais indicado à sua necessidade e descrever o casemix do Serviço de Urgência (SU), através da informação que fornece. (Australasian College for Emergency Medicine, 2012)

A escala estabelece automaticamente uma relação entre o código atribuído na triagem e uma escala de medidas de resultados como a taxa de mortalidade, a admissão de utentes em Unidades de Cuidados Intensivos, o tempo de internamento e o consumo de recursos. A escala permite ainda a análise de indicadores estatísticos do desempenho operacional do SU. (Australasian College for Emergency Medicine, 2012)

Este tipo de triagem é executado por enfermeiros experientes e treinados, que recorrem a uma lista de *clinical descriptors*, que servem de *guidelines* à atribuição de cada categoria de urgência. A atribuição do nível de urgência ao utente é obtido através da combinação do problema existente e do aspecto geral do utente que, por sua vez, podem ser combinados com observações psicológicas adequadas, tendo sempre como guia a lista dos “clinical descriptors”. (Australasian College for Emergency Medicine, 2012)

A ATS compreende cinco níveis de urgência (tabela 4):

1. Paciente em risco de vida imediato
2. Paciente em risco de vida iminente
3. Paciente em potencial risco de vida
4. Paciente potencialmente urgente
5. Paciente pouco urgente. (Australasian College for Emergency Medicine, 2012)

Na primeira categoria o utente está em risco de vida ou em risco de deterioração do seu estado, o que implica uma intervenção imediata e agressiva. O tempo de espera neste caso será nulo. Na segunda categoria encontramos os utentes numa situação suficientemente séria ou de deterioração rápida, pelo que deve ser atendido nos 10 minutos após a sua chegada ao SU. Na terceira categoria o utente pode progredir para uma situação de ameaça de vida ou dos membros ou situação de morbilidade significativa, devendo ser atendido até 30 minutos após a entrada no SU. Na quarta categoria o atendimento deve ser em 60 minutos uma vez que a sua condição pode piorar e na quinta categoria encontramos utentes numa situação crónica ou pouco relevante, cuja condição não é afectada com um tempo de espera até 2 horas. (Australasian College for Emergency Medicine, 2012)

Tabela 4 - Níveis de urgência da Australasian Triage Scale

Categoria ATS	Urgência do tratamento	Alvo KPI
	(tempo de espera máximo)	(% vista dentro do tempo de espera máximo)
1	0 min	100%
2	10 min	80%
3	30 min	75%
4	60 min	70%
5	120 min	70%

O Australasian College for Emergency Medicine considera que aquando o aumento do fluxo de utentes se torna imprescindível a organização da equipa multidisciplinar no sentido de atender as categorias mais urgentes. Consideram ainda que não é aceitável, quer eticamente, quer do ponto de vista clínico, o atendimento de utentes superior a 120 minutos, adicionalmente o não cumprimento deste tempo de atendimento é considerado pelos utentes uma falha no acesso e na qualidade dos cuidados prestados. (Australasian College for Emergency Medicine, 2012)

A garantia da qualidade na aplicação desta escala de triagem é assegurada por meio de uma análise das triagens efectuada, com o objectivo de verificar se estão em conformidade com as *guidelines* definidas para a aplicação da mesma, diagnósticos, tempo de espera médio, taxas de admissão e taxas de mortalidade. Estes indicadores servem de comparação com os seus homólogos de outras estruturas de saúde hospitalares, servindo também de meio para adoptar melhores práticas, através da técnica de *Benchmarking*¹. (Australasian College for Emergency Medicine, 2012)

4. Triagem Telefónica

O Inglês Alexander Graham Bell, com vasta experiência em processos de transmissão da fala, conseguiu, nos EUA, transmitir por telefone a primeira frase completa “Watson vem cá, preciso de ti”. Após algumas demonstrações particulares da sua invenção, no ano seguinte, introduz o telefone no mundo e cria a conhecida companhia “Bell Telephone Company”. Por esta altura, inicia-se o aconselhamento telefónico informal, sendo que

¹ **Benchmarking** - é um processo ou técnica de gestão através do qual as empresas ou organizações avaliam o desempenho dos seus processos, sistemas e procedimentos de gestão comparando-o com os melhores desempenhos encontrados noutras organizações.

uma das primeiras chamadas foi a tentativa de Bell pedir auxílio, após sofrer uma queimadura com o ácido de uma bateria. A partir deste momento foram vários os médicos a instalarem o telefone nos seus consultórios com o objectivo de uma ajuda na sua prática diária. (Wolcott et al, 1995)

Com esta evolução, as enfermeiras e recepcionistas (nas horas de serviço) começaram a ouvir os problemas e ansiedade dos doentes, e tornou-se inevitável a prestação de aconselhamentos, tais como a ida ao serviço de urgência ou telefonar novamente caso não se verificassem melhorias no estado de saúde (Wolcott et al, 1995).

Esta situação de acompanhamento manteve-se durante anos, apesar de os aconselhamentos dados não apresentarem uma estrutura e serem prestados com base naquilo que a enfermeira considerava mais adequado. Serviços como as Urgências têm uma larga história de aconselhamento, que funcionaram durante muito tempo como “Call Centers” informais. Os utentes ligavam para estes locais com a necessidade de obter informações de saúde, sendo que os consideravam como os mais indicados para obter esse tipo de informações e o acesso era 24 horas por dia. (Briggs, 2000)

O sistema de Triagem Clínica Telefónica (STCT) surgiu assim pela necessidade dos utentes e cidadãos em obter aconselhamento e orientação clínica, no período em que os centros de atendimento de cuidados de saúde primários e continuados não estão em funcionamento (Lancet 2001). Esta necessidade pode decorrer de uma dor aguda ou agudização de doença crónica, que resulta geralmente num telefonema para o médico assistente do cidadão/utente, na procura de um Serviço de Atendimento Permanente (SAP) ou Serviço de Atendimento de Serviço Urgente (SASU) e na grande procura dos SU, com grande recurso a ambulâncias.

A estratégia do atendimento/auxílio através do telefone foi rapidamente aplicada pelos enfermeiros, no entanto este tipo de aconselhamento telefónico provocava algumas implicações no trabalho desenvolvido nos locais de trabalho, principalmente nas urgência onde as chamadas eram uma constante interrupção do trabalho e muitas vezes os aconselhamentos eram prestados incorrectamente tornando-se prejudiciais para os doentes. (Briggs, 2000)

A sociedade americana é muito sensível a estas situações e com muita frequência levava à instauração de processos de negligência por má prática. Assim, hoje em dia, muitos

SU baseiam-se na teoria de que o serviço telefónico não permite conhecer com exactidão a condição do utente pela falta de contacto visual com a pessoa, pelo que optaram pela proibição de prestação de aconselhamentos por telefone a enfermeiros. No entanto, esta situação não impediu o desenvolvimento do aconselhamento telefónico, pelo contrário, este tipo de aconselhamento tornou-se mais complexo. A existência de protocolos adequados que sirvam aos Enfermeiros como guias de triagem, aconselhamento e documentação das chamadas recebidas, faz com que esta prática corra menos riscos legais. (Wolcott et al, 1995)

Este sistema de triagem encontra-se em estruturas de saúde como os Centros de Saúde e Hospitais no que respeita ao SU e outras estruturas desenvolvidas e adaptadas para o efeito, os conhecidos “*call centers*” (Cabral & Galvão, 1999).

Até aos anos 70 os “*Call Centers*” estavam pouco organizados e muitas vezes prestavam conselhos pouco fidedignos e seguros. Apesar de na altura já serem usados protocolos, os mesmos eram pouco desenvolvidos. (Briggs, 2000)

Assim, os primeiros gestores dos “*Call Centers* ” foram as organizações que se dedicavam à prevenção e manutenção de saúde e tinham como objectivos:

- Prevenir visitas desnecessárias aos consultórios e urgências;
- Promover medidas de auto cuidado;
- Quando era necessária a intervenção médica encaminhavam o doente para o local mais adequado. (Briggs, 2000)

Nos anos 80 aparecem os Grupos de Diagnóstico e a área de cuidados de saúde sofre assim uma transformação significativa. Nesta altura era predominante o pagamento de taxas pelos serviços, os internamentos eram longos e com consumo infinito. Assim o objectivo tornou-se em diminuir o tempo de internamente, reduzir o consumo de recursos e aumentar a utilização dos serviços de ambulatório em prol dos SU, potencializados com o recurso aos “*Call Centers*”. (Briggs, 2000)

O desenvolvimento e utilização de “*Call Centers*” verificou-se uma estratégia poderosa de marketing para promover a aceitação da transformação da área dos cuidados de saúde e atrair os doentes à instituição. Era assim uma forma de recuperar “cota de mercado”. Com um papel marcante no marketing os “*Call Centers*” começaram a

desenvolver-se, ajudando as organizações a atrair novos clientes para os hospitais e clínicas associadas, tornando os custos com a saúde menores. (Briggs, 2000)

Nesta altura as seguradoras, principais interessadas na redução de custos associados a deslocações a SU, notaram a possibilidade de reduzir os custos com as despesas de saúde dos seus segurados, dando aos empregados e clientes o acesso a linhas de aconselhamento (Briggs, 2000). Entre os anos 74 e 82 foram efectuados testes para medir a eficácia médica e os custos associados a doentes em ambulatório, em geral os resultados demonstraram que:

- A história e os dados do exame físico eram idênticos entre os assistentes e os médicos;
- A satisfação dos doentes era igualmente alta em cada grupo de trabalho;
- Os cuidados prestados pelos assistentes nesta fase do processo provaram ser 40% menos caros do que os prestados pelos médicos;
- Os orientadores puderam verificar a eficácia mínima e máxima das sub rotinas dentro dos guias de orientação clínica, permitindo reformular os algoritmos. (Wolcott, 1996)

O estudo, levado a cabo por Wolcott, permitiu o desenvolvimento dos algoritmos para triagem clínica que culminou em 1990 na formação da Companhia IAS of Boulder (Sistema de Acesso a Informação) no Colorado, tendo como finalidade providenciar serviços de triagem telefónica por enfermeiros para encaminhar clientes para planos de saúde (Wolcott, 1996). Criou-se então uma equipa de médicos e enfermeiros para desenhar as orientações médicas e os sistemas de suporte por computador. Inicialmente desenvolveram-se cerca de 350 guias de triagem telefónica divididos em grupos – adultos, crianças, saúde da mulher e doentes de saúde mental. Este primeiro sistema foi designado de “First Help”. Estes algoritmos foram os primeiros a serem certificados pela American Accreditation Health Care Commission, em Setembro de 1998. (Wolcott, 1996)

Estudos efectuados até à década de 90 demonstraram repetidamente que cerca de 50% a 60% dos clientes que falavam com o aconselhamento telefónico, escolhiam os cuidados em casa, o que se traduzia numa poupança significativa nos custos para as seguradoras e para as organizações de saúde (Briggs, 2000).

Na revista LANCET foi referido num artigo “*Nurse telephone-triage*” um estudo israelita em que foi divulgada uma amostra de 1600 cidadãos de um Serviço de aconselhamento telefónico, dos quais 730 dirigiram-se a um SU e/ou centros de trauma, 360 acabaram por chamar um médico e 500 não tomaram qualquer iniciativa em relação às anteriores. De toda a amostra num quarto não houve necessidade de activar o Serviço de Ambulâncias. (Lancet, 2001)

O “Managed Care” veio, nos anos 90, provocar significativas alterações nas organizações ligadas aos cuidados de saúde, ao providenciar maior produção face a recursos de menores custos assegurando, no entanto, um controlo de qualidade através de uma gestão controlada, redefinindo os papéis tradicionais dos prestadores formando um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde. (Briggs, 2000)

Os serviços de gestão da procura pelo telefone não têm apenas a finalidade de gestão. Assim, são uma ferramenta que liga o consumidor a uma grande variedade de cuidados e opções de informação, ajuda a melhorar o acesso do cliente aos cuidados médicos necessários e fornecem abundante informação para melhor avaliar as necessidades dos clientes. Além destas funções, permitem ainda fazer o acompanhamento, ou seja, a manutenção da saúde, sendo exemplos o acompanhamento de doentes crónicos como os diabéticos, asmáticos e hipertensos; nestes casos os enfermeiros estão autorizados a efectuar em marcações regulares, chamadas telefónicas aos utentes de forma a acompanhar as suas condições, adquirir informação e educar para complementar o plano de tratamento prescrito pelo médico. (Wolcott, 1996)

Na sociedade de hoje, com um ambiente competitivo e de constantes mudanças, é imprescindível que as organizações obtenham informações atempadas e fiáveis de modo a avaliar as reais necessidades dos clientes e evitar que estes recorram incorrectamente ao serviço de urgência. Para tal promovem a correcta utilização dos cuidados de saúde primários e favorecem estilos de vida saudáveis através de conselhos e informação sobre o bem-estar e a prevenção da doença.

É incorrecto encarar os “Call Centers” de saúde como uma especialidade, mas sim como uma indústria forte, fundamental para os programas de gestão de saúde e do “Managed Care”. Desta forma, o objectivo não é mudar os cuidados, mas sim orientar os utentes para a tomada de decisões informadas com o intuito da procura dos cuidados de saúde adequados, no tempo adequado e com a melhor relação custo/benefício. (Briggs, 2000)

Conclui-se então que o objectivo principal do “Managed Care” é reduzir custos sem diminuir a qualidade de acesso e satisfação do cliente. Assim as organizações pressionam na baixa de preços, o que obriga as organizações de saúde a encontrarem estratégias de diminuição de custos, mantendo os cuidados adequados com o mesmo nível de qualidade. (Honeycutt e Burke, 2000)

Realidade das linhas telefónicas e de aconselhamento

O Reino Unido adoptou este sistema iniciado pelos EUA, criando o NHS Direct (National Health System) em Março de 1998, sendo neste momento considerado um dos maiores serviços de triagem de enfermagem pelo telefone a nível mundial (Royal College of Nursing (RCN), 1999).

No Reino Unido está previsto que muitos dos primeiros contactos com o Sistema de Saúde sejam através de telefone e com o enfermeiro a promover o aconselhamento e encaminhamento para o serviço de saúde mais indicado (RCN, 1999).

A universidade de Southampton, em Hampshire, desenvolveu um estudo no qual comparou um serviço normal de atendimento telefónico fora de horas, prestado por agentes não ligados à área da saúde com um serviço telefónico fora de horas que funcionava com enfermeiros com formação especial (RCN, 1999).

Os utentes ou tinham acesso ao serviço normal ou ao serviço de atendimento telefónico por profissionais de saúde, tornando os resultados comparáveis. Os mesmos demonstraram que o serviço com enfermeiros no atendimento levou a:

- Um acesso mais adequado aos cuidados fora-de-horas;
- Que 50% das chamadas fossem geridas apenas com os cuidados e aconselhamento do enfermeiro;
- Reduziu em cerca de 2/5 as visitas dos doentes ao serviço de urgência;
- Diminuiu em metade a carga de trabalho dos prestadores de saúde;
- Mostrou ser seguro e eficaz com menos admissões nas urgências e sem aumentar o número de óbitos. ((RCN, 1999)

Vários projectos-piloto foram instalados gradualmente que, posteriormente vieram a dar origem ao NHS Direct. No início foram 3 projectos, posteriormente criaram mais 3, que passaram a cobrir cerca de 40% da população Inglesa. (RCN, 1999)

Em Dezembro de 1999, cerca de 60% da população era abrangida pelo NHS Direct. No final de 2000, toda a população inglesa tem acesso ao NHS Direct. Em 1999 o NHS Direct que ainda

não cobria a totalidade da Inglaterra possuía já cerca de 400 enfermeiros a exercer funções. A Escócia iniciou o projecto-piloto em Janeiro de 2000. O País de Gales iniciou o acesso ao NHS Direct em Abril de 2000. (RCN, 1999)

O objectivo principal do NHS Direct é melhorar o acesso aos cuidados de saúde e pretende uma avaliação clínica eficaz, tendo como ferramenta de trabalho um serviço de software, com a finalidade de diminuir as avaliações menos correctas e a aproximar-se de um “standard” de actuação. (RCN, 1999)

O desenvolvimento do projecto continua muito promissor e o dados estatísticos das chamadas recebidas indicam que:

- 1/5 dos clientes/utentes precisavam de cuidados mais urgentes do que pensavam;
- 1/3 necessitava de cuidados menos urgentes; A ambulância do serviço de emergência foi enviada a cerca de 1500 clientes/utentes que na sua grande maioria não tinha intenção de chamar ambulância;
- 2/5 das chamadas no período de Outubro a Dezembro de 1998 foram solucionadas apenas com o conselho do enfermeiro, dos quais em apenas 1/10 existia a intenção inicial de cuidados em casa, ou seja, que os utentes poderiam cuidar deles próprios. (RCN, 1999)

O desenvolvimento tecnológico da última década, com a capacidade de integrar a tecnologia telefónica com a tecnologia electrónica veio aumentar as capacidades dos “Call Centers”. (Briggs, 2000)

O departamento de saúde dos EUA, face aos custos de saúde efectuou um estudo em 1994, que revelou que 55% dos 90 milhões de visitas feitas às urgências anualmente em todo o país foram desnecessárias.

Atendendo a estes resultados, os serviços de saúde procuraram integrar e implementar estratégias de redução de custos. Ainda assim urge a necessidade de promover a utilização dos cuidados de saúde primários e favorecer estilos de vida saudáveis através de conselhos e informação sobre o bem-estar e a prevenção de doença.

Nos EUA, os “Call Centers” de triagem em enfermagem são o primeiro contacto que o cliente tem com os cuidados de saúde. São os enfermeiros que após a triagem telefónica, promovem os cuidados adequados, no local adequado e em tempo adequado. Segundo Aurelia Marek (2000) a triagem telefónica permite os “3 R's” (right care, right provider, right time).

Os “Call Centers” nos EUA surgem essencialmente da necessidade crescente de informação de saúde devido a:

- Aumento da população sem seguradora;
- Acesso limitado aos cuidados primários de saúde;
- Internamentos mais curtos;
- População mais idosa;
- Aumento da população materno – infantil;
- Aumento dos planos de “Managed Care”;
- Aumento dos custos dos cuidados de saúde. (Briggs, 2000)

Os serviços prestados pelos “Call Centers” podem incluir muitos serviços, tais como:

- Informação sobre cuidados de saúde;
- Triagem telefónica;
- Aconselhamento fora de horas;
- Referenciação médica;
- Marcação de consultas;
- Confirmação de consultas;
- Entrega de resultados laboratoriais;
- “Follow-up” pós-operatório e pós procedimento;
- Avaliação da satisfação do consumidor;
- Gestão da doença;
- Consultas e educação para a saúde, monitorização e telemetria;
- “Follow-up” do departamento de urgência ou de clínicas. (Briggs, 2000)

A gestão da procura bem como as organizações de “Managed Care” podem em conjunto com os prestadores maximizar os rendimentos com a diminuição da utilização dos serviços, como por exemplo, a urgência (sendo estes serviços de elevada procura) e com o controlo da auto selecção de especialistas, reduzindo assim as consultas. Nos EUA, a ida ao serviço de urgência é dos serviços mais caros, sendo que as seguradoras ganham aproximadamente 200 dólares para cada ida à urgência evitada. Um efeito semelhante é encontrado nas consultas de cuidados de saúde primários, normalmente ocupadas na totalidade, não permitindo consultas rápidas e fáceis. (Wolcott, 1996)

Uma averiguação por seguradoras americanas previu que um dólar gasto num “Call Center” de aconselhamento traz uma poupança de cerca de 4,75 dólares. Até ao aparecimento dos “Call Centers” a única forma de o utente obter informação e resposta às suas necessidades ou

preocupações, era encontrar-se fisicamente com o prestador de saúde. Os consumidores de cuidados de saúde não têm tempo a perder e não aceitam esperas desnecessárias nos SU ou nos consultórios, quando afinal descobrem que eles próprios poderiam tratar dos seus próprios problemas em muitos casos com a ajuda de um telefonema de aconselhamento. (Wolcott, 1996)

Estas visitas inadequadas e desnecessárias criam mais impacto, quando o utente é informado pela sua seguradora que os cuidados de saúde a que recorreram não eram os mais adequados pelo que não há lugar ao pagamento dos mesmos. Assim o utente é levado a procurar ganhos de qualidade nos cuidados e à redução de custos. (Briggs, 2000)

Com base em vários estudos realizados, Honeycutt e Burke (2000) referem que:

- Cerca de 50 a 60% dos clientes que ligam para o “Call Center” escolhem os cuidados em casa;
- 20 a 25% optam por marcar consulta para o seu médico de clínica geral para o dia seguinte.

A triagem telefónica está organizada com base em protocolos ou algoritmos. Wolcott (1996) refere existir concordância dos médicos para os protocolos com uma variação entre 49 a 84% e para os algoritmos a concordância sobe para os 92,8%.

Estas formas de triagem asseguram a consistência no aconselhamento e na identificação rápida das situações urgentes e emergentes. A qualidade de encaminhamento leva a que estas ferramentas sejam revistas, avaliadas e melhoradas sempre que necessário. Organizações profissionais estabeleceram processos de certificação e de uniformização nesta indústria, nomeadamente:

- “A equipa tem que ser formada por enfermeiros licenciados e treinados;
- A documentação tem que existir ou em papel, ou suporte informático e podem gravar as chamadas;
- Devem estabelecer práticas que assegurem a qualidade, tais como, revisão da documentação, estudo e revisão dos dados, “follow-up” de observação, gravações e medições de dados. (Briggs, 2000)

Em Portugal, o STCT aparecem pela primeira vez em 1996 pela “Linha Medis” (Médis, 2012), três anos mais tarde surge o “Serviço Saúde – 24 Pediatria” ou também conhecido como “Dói, Dói? Trim, Trim!” (Millennium BCP, 2012; Silva Soares, 2006). Mais tarde, em 2005 previa-se a implementação de um ST telefónica “Antes de ir telefone”, no entanto o mesmo não chegou a ser implementado. Neste momento, encontramos em funcionamento a tão conhecida “Linha

Saúde 24”, sendo esta a mais recente iniciativa por parte do Ministério da Saúde (Saúde 24, 2012).

Em Portugal, o Ministério da Saúde lançou em 17 de Fevereiro de 1999 uma experiência piloto com a ARS de Lisboa e Vale do Tejo baseada na triagem clínica por telefone: Sistema Saúde 24 Pediatria. Os resultados foram considerados muito positivos e o programa foi alargado em Junho de 1999 às regiões de Santarém e Faro. (Silva Soares, 2006)

A Saúde 24 é um serviço de atendimento disponível 24 horas por dia com objectivo de responder às necessidades da população no que respeita a saúde. Torna ainda possível melhorar o acesso aos serviços de saúde de modo a racionalizar a utilização dos recursos destes, encaminhando os utentes para as estruturas de saúde que melhor responderão às suas necessidades. Além de encaminhar os utentes para os centros de atendimento adequados, auxilia ainda com base no aconselhamento e ainda triagem de doentes. (Saúde 24, 2012)

Através de entrevista telefónica, e partindo das necessidades subjectivas dos utentes, são detectadas e caracterizadas as situações clínicas e, através da aplicação de um sistema de algoritmos clínicos (com resposta sim/não) é feita a triagem, aconselhamento e devido encaminhamento dos utentes para os Centros de Saúde/Médico Assistente ou para os SU. Este serviço de triagem telefónica permite também o encaminhamento de chamadas para outras linhas telefónicas e serviços de ajuda (INEM, Centro de Intoxicações). (Silva Soares, 2006)

Para servir a população de forma segura utiliza dois centros de atendimento (Lisboa e Porto), um único sistema de telecomunicações e uma única base de dados. O serviço prestado assenta numa plataforma tecnológica avançada e num operador baseado num sistema de triagem sofisticado, com níveis de elevada exigência, originário dos EUA, sendo revisto e adaptado para a realidade portuguesa por pessoal médico qualificado. A triagem telefónica, tal como na maioria dos “call centers” noutros países, é efectuada por enfermeiros com treino específico e devidamente monitorizados por uma Comissão de Acompanhamento. (Silva Soares, 2006)

Toda a plataforma informática está ligada a um sistema de fax que permite que a informação relativa ao doente (idade, género, motivo de envio) seja enviada ao serviço de saúde para o qual foi encaminhado. (Silva Soares, 2006)

O objectivo da Saúde 24 consiste assim no apoio dos utentes, de forma a que estes obtenham os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, na altura correcta e pelo prestador adequado, resultando em maior qualidade, eficiência e menores custos. (Silva Soares, 2006)

A estimativa do descongestionamento induzido pelo Serviço Saúde 24 nas urgências hospitalares pediátricas situa-se entre 77% e 85% (dados relativos ao 1º semestre de 2003) o que

corresponde, em termos absolutos, a pelo menos 19.002 utentes que efectivamente não recorreram à urgência hospitalar pediátrica (cerca de 105 crianças por dia). (Silva Soares, 2006)

Os STCT implicam alguns riscos. Isto quando o conselho não é compreendido pelo cidadão/utente e este não o aplica, ou quando o conselho fornecido se baseia em dados incompletos ou não correspondem à verdade (Grossman, 2012). Estes sistemas têm fundamento científico, um sistema de normas próprio com critérios bem definidos. Utiliza geralmente algoritmos clínicos organizados, por vezes, em módulos. (Cabral & Galvão, 1999)

Os STCT vieram proporcionar conforto aos utentes uma vez que este tem possibilidade de perceber o grau de gravidade da sua condição sendo orientado em função da mesma. Permitem ainda uma eficiente utilização dos sistemas de saúde, bem como dos seus recursos, e ainda o esclarecimento da população no que respeita aos cuidados de saúde que poderão adoptar (Cabral & Galvão, 1999).

No entanto estes sistemas acarretam alguns riscos, nomeadamente quando o conselho não é compreendido pelo cidadão e este não o aplica, ou até mesmo quando o conselho que é dado tem por base dados incompletos ou que não correspondam à verdade (Cabral & Galvão, 1999).

Ferramentas para triagem e encaminhamento telefónico

Fundamentalmente as ferramentas que permitem ser guias orientadores e que são utilizadas na triagem e aconselhamento de Enfermagem por telefone são:

- Gestão da doença, Telemetria;
- Guias de orientação clínica;
- Algoritmos;
- Protocolos.

A gestão da doença implica o uso do “Call Center” como receptor e emissor de chamadas. Existe uma relação entre linhas de aconselhamento e educação para a saúde, sendo importante dar às pessoas informações para reduzir os riscos e gerir as doenças (Prescott,2000).

Tem sido difícil a aceitação desta ferramenta pela classe médica uma vez que alguns consideram que tratar doentes é uma área exclusivamente médica. No entanto através de um “call-center” o enfermeiro pode necessitar de ligar várias vezes durante a semana para monitorizar os parâmetros dos doentes tais como: pesos, dietas, valores de glicémia, tensão arterial, entre outros. Cada chamada demora em média 10 a 20

minutos, face aos 4 a 12 minutos das chamadas de triagem, uma vez que o objectivo das chamadas é reforçar o ensino e educação do doente (Houck, 2000).

A monitorização pode necessitar da colaboração da telemetria, destinada a grupos alvo como por exemplo: idosos, grávidas de risco, utentes com doenças crónicas, bem como ajudar na política para a diminuição dos tempos de internamento, em que é necessário acompanhar os doentes de ambulatório.

Estes utentes são monitorizados através do envio permanente ou periódico dos valores obtidos para o “call-center” de forma a serem avaliados. Esta experiência de serviço já foi aplicada e desenvolvida em Portugal pela “Cardio - Vida”.

5. Triagem via E-Mail

Está provado que a comunicação por e-mail entre pacientes e os seus prestadores de cuidados de saúde apresenta um enorme potencial para alterar a natureza da comunicação e melhorar o acesso a cuidados em sistemas clínicos. (Steven J. Katz et al, 2003)

Ferramentas de mensagens podem fornecer um “portal” pelo qual os pacientes podem comunicar directamente com os prestadores de cuidados e com o pessoal médico sobre problemas de saúde ou para receber informação sobre dados médicos, tais como resultados de exames clínicos. Ferramentas adicionais podem ser usadas para passar receitas de medicamentos, agendar alterações ou tratar problemas de facturação. Concluindo, um portal de pacientes que disponibiliza este leque de funções pode melhorar a eficiência e efectividade nos cuidados de saúde. (Steven J. Katz et al, 2003)

No entanto, existem muitos desafios e barreiras para o uso actual da comunicação on-line no programa clínico. Embora o uso geral do e-mail e da comunicação electrónica baseada na Web tenha crescido dramaticamente, tem-se difundido lentamente na prática clínica. Apesar de haver um aumento do interesse entre sistemas de entrega clínica em construir ferramentas para uma comunicação baseada na Web para pacientes, a maioria da comunicação electrónica entre pacientes e os seus fornecedores assenta no e-mail, muitos dos quais não são solicitados e coordenados. (Steven J. Katz et al, 2003)

Existem várias razões para a esta expansão lenta. Primeiro, até agora os contribuintes têm resistido a este tipo de mudança o que, por consequência, tem atrasado os investimentos pelas organizações médicas na comunicação on-line e tem motivado discussões sobre o valor clínico e económico. Em particular, utentes e prestadores de cuidados têm questionado se a comunicação

on-line irá substituir recursos clínicos como os telefonemas ou visitas, ou se será apenas um acrescento, aumentando a carga de trabalho clínico e os custos. Em segundo, os prestadores têm preocupações sobre o uso apropriado da comunicação por e-mail na prática clínica e o potencial transtorno de responder a mensagens complexas e difíceis. Apesar de alguns médicos estarem a encorajar alguns pacientes no sentido de lhes enviarem e-mails directamente, muitos estão a resistir ao uso rotineiro do e-mail com pacientes devido às suas preocupações. Em terceiro, existem enormes preocupações entre as práticas clínicas e os sistemas de entrega sobre como construir o e-mail ou os portais paciente-prestador baseados na Web e como integrá-los em operações existentes e sistemas de informação. Finalmente, apesar de alguns pacientes aparentarem estar dispostos a comunicar por e-mail, muitos poderão estar hesitantes em enviar as mensagens devido à sua incerteza sobre se a mensagem terá resposta em tempo útil. (Steven J. Katz et al, 2003)

Steven J. Katz et al construíram um sistema de triagem baseada na comunicação por e-mail e realizaram um ensaio aleatório controlado aplicado num sistema de cuidados primários. O estudo foi desenvolvido para responder a questões como: Um sistema de triagem baseada em ferramentas de comunicação por e-mail aumenta a comunicação electrónica entre pacientes e os prestadores? Será que o aumento da comunicação por e-mail entre pacientes e a equipa clínica substitui os telefonemas ou diminui o não comparecimento na clínica? Será que a comunicação por e-mail melhora as percepções da comunicação do paciente ou prestador? (Steven J. Katz et al, 2003)

Os resultados do estudo de Steven J. Katz et al (2003) sugeriram várias maneiras em que a comunicação electrónica pode ser implementada em cenários clínicos para melhorar a comunicação e cuidado do utente. Primeiramente é necessário construir sistemas funcionais, ou seja, de fácil utilização e mais proeminente para os pacientes, tais como uso da medicação, agendamentos e informação sobre resultados clínicos. Em segundo lugar, necessitamos educar os utentes e os prestadores de cuidados sobre o uso apropriado da comunicação on-line e sobre o papel representado pelo pessoal no sistema de entrega. Em terceiro, necessitamos de considerar assuntos relacionados com operações críticas para o desenvolvimento de estratégias de comunicação on-line em sistemas de entrega clínica. Finalmente necessitamos da promoção alvo da comunicação on-line para utentes que sejam mais vulneráveis a atrasos em cuidados e na comunicação, tais como pacientes mais velhos com doenças crónicas.

Victor Patterson, et al (2010), decidiram, por uma questão de necessidade urgente, verificar se um sistema de triagem por e-mail poderia reduzir os tempos de espera de consultas da especialidade de neurologia a baixo custo e com segurança. Esta necessidade adveio da análise do tempo de espera para uma primeira consulta da especialidade neurologia em Northern

Ireland que era já superior a 52 semanas. Essencialmente, havia apenas três formas de lidar com este problema: primeiro, aumentar o número de especialistas nos hospitais; em segundo, reduzir a procura dos encaminhamentos dos cuidados primários; e em terceiro, lidar com o processo de forma diferente. A última opção foi a escolha dos autores, que para tal desenvolveram o estudo referido. (Victor Patterson, 2010)

As conclusões de Victor Patterson, et al demonstraram que o sistema por e-mail é 35% menos dispendioso que o processo actual. Adicionalmente reduz o tempo de espera e reduz os custos através da redução do tempo despendido pelo neurologista consultado. Além disto, não foi tido em conta a poupança para os indivíduos e para as suas famílias ao evitarem viagens ao hospital.

Uma barreira para aumentar a adesão é a crença, nomeadamente, entre os neurologistas de que não podem dar uma opinião sem examinar o doente e pessoa. No entanto quase todos os médicos dão a sua opinião sem ver o doente em algumas circunstâncias. Outra objecção é que os médicos pensam que os utentes não gostam deste método de serem tratados. No entanto, estudos anteriores demonstraram que o preferem face ao tempo de espera alargado para ver um neurologista em pessoa. Adicionalmente, com a aceitação da telemedicina, cada vez mais implementada pelo mundo, prende-se com o objectivo de fazer face à crescente procura. (Victor Patterson, 2010)

O estudo de Victor Patterson, et al demonstrou claramente que a triagem por e-mail aplicada por neurologistas experientes é provavelmente única na prática clínica, um procedimento seguro que reduz o tempo de espera clínico por menos custos.

PARTE II – METODOLOGIA

6. Métodos

O estudo desenvolvido pretende avaliar a viabilidade da implementação de dois sistemas de triagem, por telefone e via e-mail, com o objectivo do correcto encaminhamento dos utentes aos centros de prestação de cuidados de saúde adequados, como prática *Lean*. Consequentemente, diminuindo o desperdício e aumentando a produtividade.

A metodologia de abordagem que pensamos ser mais adequada, com vista a um melhor entendimento da realidade, que nos propusemos a analisar, foi numa primeira fase a análise documental de elementos informativos indispensáveis ao processo de análise.

Posteriormente, face ao terreno, e tendo em conta as características da amostra (enfermeiros triadores do SU), procedemos à recolha da informação centrada na entrevista; onde privilegiamos para a sua realização, durante a semana (se segunda a sexta-feira) no período do fim da manhã por este ser o período de menor afluência ao serviço; orientando-nos no sentido que o Sociólogo António Firmino da Costa defende sobre o método da pesquisa em terreno: “O método da pesquisa de terreno supõe, genericamente presença prolongada do investigador nos contextos sociais em estudo e contacto directo com as pessoas e as situações” (Silva e Pinto, 1989).

Pois, a entrevista semiestruturada “é certamente a mais utilizada em investigação social”. É semiestruturada “no sentido em que não é inteiramente aberta, nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Geralmente, o investigador dispõe de uma série de perguntas guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado. Mas não colocará necessariamente todas as perguntas na ordem em que as anotou e sob a formulação prevista. Tanto quanto possível, «deixará andar» o entrevistado para que este possa falar abertamente, com as palavras que desejar e na ordem em que lhe convier” (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Desta forma, a entrevista semi-estruturada apresenta-se como escolha óbvia para recolha de informações uma vez que, não limitando o entrevistado, conseguimos obter maior quantidade e diversidade de informação. Neste sentido torna-se imperativo, para

análise dos dados obtidos, o recurso a uma análise de conteúdo, sendo esta “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 1991). Tais procedimentos são criteriosos, com muitos aspectos observáveis, mas que colaboram bastante no desvendar dos conteúdos de seus documentos. Esta análise constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representando uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias.

“Ao longo do tempo, têm sido cada vez mais valorizadas as abordagens qualitativas, utilizando especialmente a indução e a intuição como estratégias para atingir níveis de compreensão mais aprofundados dos fenómenos que se propõe a investigar. Pode-se considerá-la como um único instrumento, mas marcado por uma grande variedade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto, independente da comunicação. A matéria-prima da análise de conteúdo pode constituir-se de qualquer material oriundo de comunicação verbal ou não-verbal, como cartas, cartazes, jornais, revistas, informes, livros, relatos auto-biográficos, discos, gravações, entrevistas, diários pessoais, filmes, fotografias, vídeos, etc. Contudo os dados advindos dessas diversificadas fontes chegam ao investigador em estado bruto, necessitando, então ser processados para, dessa maneira, facilitar o trabalho de compreensão, interpretação e inferência a que aspira a análise de conteúdo.” (Moraes, 1999)

A pequena dimensão da amostra decorre do critério principal de selecção da mesma, ou seja, a formação adequada pelo GPT e ainda a experiência mais desenvolvida neste tema. No SU em estudo foram entrevistados todos os elementos que compõem a equipa de triagem, e que diariamente são responsáveis pela avaliação e identificação dos níveis de urgência dos pacientes atendidos no serviço. A amostra em estudo compreende assim o número restrito de 13 enfermeiros (de ambos os géneros).

O presente estudo pretende abranger uma área inovadora, cuja natureza dinâmica sustenta critérios de eficácia e eficiência na prestação de cuidados de saúde e numa área distinta no campo da triagem em saúde com avaliação dos impactos positivos e negativos do sistema já implementado e sistemas de possível implementação.

Uma vez definida a problemática, foi pertinente clarificar os elementos centrais da pesquisa.

7. População / Amostra

Uma população é:

«toda a agregação de dados que atendem a um conjunto eleito de critérios. A população alvo é toda a população em que está interessado o pesquisador. A população de acesso refere-se àqueles casos que estão de acordo com os critérios de elegibilidade e que são acessíveis ao pesquisador, como um grupo de indivíduos em estudo» (Polit e Hungler, 1995).

A população em estudo são enfermeiros triadores de todos os Hospitais com SU em Portugal.

A amostragem refere-se:

«ao processo de selecção de uma parte da população para representar a sua totalidade. Uma amostra consistiria, então, num subconjunto de entidades que compõem a população.» (Polit e Hungler, 1995).

Recorreu-se neste estudo à amostragem não probabilística por conveniência que «procura obter uma amostra de elementos convenientes. A selecção das unidades amostrais é deixada em grande parte a cargo do entrevistador. Com frequência, os entrevistados são escolhidos porque se encontram no lugar exacto no momento certo» (Malhotra, 2004). Este tipo de amostragem é usado para «pesquisa exploratória para gerar ideias, intuições ou hipóteses» (Malhotra, 2004). A amostra foi seleccionada tendo conta a facilidade de acesso ao serviço do hospital em estudo.

Tendo presente que a população é «um conjunto de indivíduos ou unidades elementares a partir do qual se pode retirar uma amostra» (Deshaies, 1997).

A amostra compreende assim, enfermeiros de ambos os géneros com idades compreendidas entre os 27 e os 51 anos, com formação em Triagem de Manchester pelo Grupo Português de Triagem, a exercer funções no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO) sito no Hospital de São Francisco Xavier (HSFX) em Lisboa. Foram inquiridos no total treze enfermeiros.

8. Estruturação do Guião da Entrevista

Na estruturação do Guião da Entrevista (Anexo) incluíram-se questões que visavam o conhecimento da opinião dos entrevistados sobre aspectos importantes em estudo como também à recolha da opinião na aplicação dos mesmos à população portuguesa.

Um dos itens que estiveram na base da sua elaboração foi a caracterização demográfica da amostra tendo em conta o género e a idade.

A nossa entrevista é constituída na globalidade por questões abertas, às quais o entrevistado responde como entende e sabe, usando as suas próprias palavras, dando os pormenores e fazendo os comentários que considera adequados, sendo aquilo que diz, e como diz, integralmente anotado por quem está a entrevistar. Para tal a entrevista pretendia obter informações sobre ponto de relevância, nomeadamente sobre as actividades que geram ou não valor no sistema de triagem já implementado (Triagem de Manchester), sobre a eficácia e eficiência do mesmo e as justificações para a resposta dada, a pertinência da presença física como elemento fundamental na avaliação do estado clínico de um doente, sobre os aspectos positivos e negativos dos sistemas de triagem em estudo, procurando a opinião tendo em vista a óptica do prestador e a óptica do paciente e por fim sobre os recursos e competências para a aplicação dos sistemas de triagem em estudo (triagem telefónica e por e-mail) e as respectivas justificações.

Formular conceitos para as diferentes “representações”, com a “riqueza de pensamento” de cada inquirido foi o nosso grande objectivo para as diversas questões, no entanto embora se pense que “uma questão aberta levanta, à primeira vista, menos dificuldades. É só coloca-la e registar textualmente a resposta. (...) Depois é preciso codificar (...) ou seja, agrupá-las num pequeno número de categorias” (Ghiglione, 1993).

Todas as entrevistas foram devidamente gravadas, para podermos salvaguardar o máximo possível de informação, no desenrolar de cada entrevista, o tempo de duração da mesma, aceitação e por fim condições de elaboração.

As entrevistas realizadas em termos de tempo de duração variaram entre os 9 minutos e os 34 minutos. O tempo máximo verificado deveu-se a uma maior entrega e capacidade de argumentação tendo sido uma mais-valia devido à vasta quantidade de informação que pôde ser recolhida.

O processo decorreu desde o início com grande ‘abertura’; devido ao interesse no tópico e ao recrutamento por parte da enfermeira responsável que se autodisponibilizou para explicar o motivo da nossa presença, objectivos, finalidades, apelando para a disponibilidade e colaboração por parte dos colegas.

9. Caracterização da Amostra

Durante a entrevista foram obtidas adicionalmente características da amostra em estudo no que respeita ao género e à idade.

A amostra seleccionada revelou-se bastante equilibrada no que respeita à distribuição por género.

Tabela 5 - Distribuição da amostra de enfermeiros triadores do Hospital de São Francisco Xavier segundo o género

Género	Nº
Feminino	7
Masculino	6
Total	13

Perante os dados podemos constatar que o intervalo de variação etária da amostra em estudo se situa entre os 27 e os 51 anos, distribuídos pelas seguintes faixas etárias: [25; 30[, [30; 35[, [35; 40[, [40; 45[, [45; 50[e [50; 55[.

A maior parte dos entrevistados, encontra-se no grupo etário dos [30; 35[, conforme a tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição da amostra de enfermeiros triadores do Hospital de São Francisco Xavier segundo o grupo etário

Faixa etária	Nº
[25; 30[2
[30; 35[5
[35; 40[2
[40; 45[3
[45; 50[0
[50; 55[1

10. Análise de Conteúdo Categorical

“O que interessa ao investigador não são os indivíduos no que eles têm de pessoas, mas a possibilidade de tirar respostas individuais das conclusões gerais. Tecnicamente, trata-se primeiro de delimitar o domínio sobre o qual procuramos informações, quer estas tenham por fim tornar possível a descrição do domínio, quer visem comprovar as ideias que se têm sobre esse domínio a saber: hipóteses” (Boudon et al 1990). Neste caso em particular, através da técnica análise de conteúdo, visámos obter dados sistemáticos que nos permitam uma análise válida das questões relacionadas com os sistemas de triagem em estudo:

- Triagem de Manchester
- Triagem Telefónica
- Triagem por E-mail

O recurso à análise de conteúdo teve como objectivo tirar partido de um material dito qualitativo.

A análise de conteúdo, enquanto conjunto de técnicas de análise das comunicações, decorre em diversas etapas, das quais a categorização assume particular importância. Laurence Bardin, define categorização como sendo “(...) uma operação de elementos constitutivos, de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rúbricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sobre um título genérico,

agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (...)”
(Bardin 1991)

Classificar elementos em categorias, impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros; o que vai permitir o seu agrupamento. Sem explorar de modo exaustivo a totalidade das respostas, procurou-se as imagens predominantes face às questões anteriormente enunciadas.

PARTE III – RESULTADOS



11. Perspectiva Interna - Resultados

A análise de conteúdo categorial das entrevistas permitiu-nos obter as informações contantes na tabela que apresentamos. De forma a facilitar a interpretação dos resultados obtidos apresenta-se uma codificação que reflecte o grau com que cada tema foi abordado (○ Não abordaram, ◐ Abordaram pouco, ◑ Abordaram mediamente, ◒ Abordaram muito e ● Abordaram intensamente).






Na primeira questão pretendia-se que os entrevistados dessem a sua opinião pessoal de cariz profissional sobre elementos que geravam ou não valor no sistema de triagem implementado, Triagem de Manchester. De uma forma mais simples pretendia-se obter dados sobre as vantagens e desvantagens do sistema.









Entrevistado	Codificação	Comentários
Entrevistado 1	●	<ul style="list-style-type: none"> • Cor branca não tem sentido • Aumento das taxas moderadoras pouco relevante dado o aumento do número de doentes isentos (que usam a urgência como consulta de rotina/accompanhamento)
Entrevistado 2	●	<ul style="list-style-type: none"> • Bom sistema mas com algumas lacunas em determinados fluxogramas • Não se adequa à população portuguesa, o português tem muito o culto do sofredor, pouco paciente • Adaptar-se-ia melhor quando os centros de cuidados primários dessem o devido apoio à população • “Reestruturar as bases para aperfeiçoar o topo, do ponto de vista piramidal” • Excesso de doentes de carácter urgente
Entrevistado 3	◑	<ul style="list-style-type: none"> • Muitos fluxogramas e cartas não estão adequados à nossa realidade • Permite diferenciar os doentes urgentes dos não urgentes facilmente
Entrevistado 4	◑	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de algumas cartas/fluxogramas fundamentais à população portuguesa, cartas de uma realidade inglesa que foram pouco adaptadas à realidade latina • Não se vêem vantagens em relação ao sistema de triagem anterior, também ele baseado em cartas, no entanto bem adaptadas à realidade portuguesa

Entrevistado 5	●	<ul style="list-style-type: none"> • Selecção de códigos e discriminadores com necessidade de adaptação à realidade, não só portuguesa, como à realidade de cada hospital (cada hospital tem uma realidade distinta em função da população que apoia) • Seria uma mais valia poder dar prioridade, dentro das prioridades, a um doente que já tenha recorrido a um centro de cuidados primários • Ausência de quadros relevantes do sistema anterior (por exemplo, carta da tosse ou a carta da hipertensão) • Preferência pelos serviços de urgência associados ao fácil acesso a exames de diagnóstico
Entrevistado 6	◐	<ul style="list-style-type: none"> • Doentes triados em outro hospital transferidos para intervenções cirúrgicas, por exemplo, com falta de exames poderiam estes ser requisitados por um enfermeiro
Entrevistado 7	◑	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em encaixar nos fluxogramas as vias verdes AVC • A triagem da via verde foi adaptada como prioritária, não havendo um fluxograma que a identifique
Entrevistado 8	◒	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração de uma ou outra carta que deveriam ser adaptadas
Entrevistado 9	◑	<ul style="list-style-type: none"> • Uma mais-valia (todos executam da mesma forma o sistema) • Tudo pode ser alterado, se a queixa do doente altera o doente deve ser re-triado
Entrevistado 10	●	<ul style="list-style-type: none"> • Falta acrescentar um passo em que doentes que devessem ser atendidos em centros de saúde fossem encaminhados para lá • Até que ponto não seria depois da responsabilidade do hospital a transferência do doente • No caso de avaliações por telefone, por exemplo, há coisas difíceis de avaliar, podemos sob ou subavaliar um doente • Grande parte dos doentes não é de carácter urgente
Entrevistado 11	◑	<ul style="list-style-type: none"> • O sistema funciona bem, mantém grande parte, à excepção da cor branca, doentes que vêm “ao cuidado de” • Fluxogramas e discriminadores permitem fazer um bom encaminhamento do doente, na maioria correcta • Os tempos de espera nem sempre são respeitados
Entrevistado 12		<ul style="list-style-type: none"> • Inadmissível vir à urgência para efectuar um RX de controlo (por exemplo), a cor branca devia ser


		<p>mesmo eliminada</p> <ul style="list-style-type: none"> Melhorou em relação ao sistema anterior, mais organizado nos fluxogramas uma vez que o sistema antigo dependia mais da susceptibilidade do triador Diminuiu o erro e a possibilidade de o mesmo ocorrer
Entrevistado 13		<ul style="list-style-type: none"> Não eliminaria nenhum ponto Sistema bem orientado e organizado Sistema anterior com algumas cartas essenciais (por exemplo a carta da hipertensão quando o doente vinha a um SU com a queixa única de tensão alta, sem sintomas associados) mais directas e direccionadas









Na segunda questão pretendia-se que o entrevistado desse a sua opinião sobre a eficácia e eficiência do sistema de triagem implementado.





Entrevistado	Codificação	Comentários
Entrevistado 1		<ul style="list-style-type: none"> Eficaz e eficiente Depende sempre do triador Com maior experiencia consegue-se filtrar falsas queixas Permite de uma maneira rápida encaminhar o utente tendo em conta o motivo que o trás à urgência
Entrevistado 2		<ul style="list-style-type: none"> Eficaz e eficiente Faz todo o sentido quando tudo o que está por detrás do serviço funciona Os doentes são vistos no timing certo Não se adequa à nossa população apesar de permitir o correcto encaminhamento do utente
Entrevistado 3		<ul style="list-style-type: none"> Não tem termo de comparação, o sistema anterior baseava-se na triagem de Manchester Gosta deste sistema, é eficaz e consegue-se distinguir a prioridade de um doente urgente
Entrevistado 4		<ul style="list-style-type: none"> Eficaz Não é muito eficiente pela falta de adaptação à realidade da nossa população Sobrevaloriza demasiado a sintomatologia e algumas queixas de utentes
Entrevistado 5		<ul style="list-style-type: none"> Não é eficaz e eficiente para todas as situações Facilmente manipulável pelo triador Tem muita subjectividade por parte de que está a triar Manipulação por parte do utente, já têm

		conhecimento de certas queixas que lhes dão a prioridade pretendida
Entrevistado 6		<ul style="list-style-type: none"> • Eficaz e eficiente • Apesar de por parte de alguns técnicos de saúde levantarem a questão do porquê deste procedimento • Por vezes existe a necessidade de exagerar o sintoma por forma a obter um atendimento mais rápido • Em relação ao atendimento geral se houver uma sobrecarga permite enviar um doente para um lado ou outro • Em observações há possibilidade de fazerem referência para que o médico tenha acesso
Entrevistado 7		<ul style="list-style-type: none"> • Eficaz e eficiente
Entrevistado 8		<ul style="list-style-type: none"> • Eficaz e eficiente • Funciona muito bem • O doente é visto consoante a sua prioridade clínica • Não acha que seja fácil a manipulação do sistema
Entrevistado 9		<ul style="list-style-type: none"> • Eficaz e eficiente • Discriminadores não estão totalmente adaptados à nossa realidade
Entrevistado 10		<ul style="list-style-type: none"> • Eficaz e eficiente
Entrevistado 11		<ul style="list-style-type: none"> • Eficaz e eficiente • Erros surgem em grande parte da omissão de queixas, por parte do utente, por considerar que sejam irrelevantes
Entrevistado 12		<ul style="list-style-type: none"> • Eficaz e eficiente • Utilização da cor branca inadequadamente
Entrevistado 13		<ul style="list-style-type: none"> • Eficaz e eficiente • Não se detectam erros



Numa terceira questão o objectivo era avaliar a importância da presença do utente num primeiro contacto. As respostas foram bastante uniformes.

Entrevistado	Codificação	Comentários
Entrevistado 1		<ul style="list-style-type: none"> • Essencial • Perceber o que trás verdadeiramente à urgência • É complicado efectuar uma triagem por telefone, principalmente porque também não têm um sistema de triagem fiável (por exemplo no caso dos bombeiros a que se recorre em situações menos graves) • É difícil perceber se a situação é realmente

Entrevistado 2		<p>urgente ou não sem ter o contacto presencial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essencial • Apesar de ser efectuadas triagens por telefone no caso do CODU e a Saúde 24 • No CODU existe muito o hábito do português falsear sinais e sintomas para uma maior rapidez no atendimento • A Saúde 24 é mais uma linha de aconselhamento
Entrevistado 3		<ul style="list-style-type: none"> • Um doente realmente urgente o primeiro contacto raramente é presencial, há um contacto prévio com o CODU • Não é estritamente necessário • A despistagem tanto pode ser de forma presencial ou não
Entrevistado 4		<ul style="list-style-type: none"> • Fundamental • Já teve experiência na triagem telefónica e o que constata é que constantemente o doente tem o hábito de falsear as queixas e os sintomas
Entrevistado 5		<ul style="list-style-type: none"> • A saúde 24 é um exemplo, no entanto o entrevistado não considera significativo, a triagem da linha é completamente diferente uma vez que muitas vezes a informação chega já depois de o utente ter sido triado no SU • O doente à nossa frente dá-nos muitas informações
Entrevistado 6		<ul style="list-style-type: none"> • Essencial • “Olhos que vêem, coração que não sente” • Facilmente conseguem perceber presencialmente a situação e nível de urgência do utente • Já é passível de erro presencialmente, via telefone haveria uma maior margem de erro • A “retaguarda” não dá o apoio necessário
Entrevistado 7		<ul style="list-style-type: none"> • Dependendo da situação, é difícil porque só durante conversa e que se vai percebendo a situação, o próprio doente não consegue exprimir os sintomas • A pessoa deveria perceber os seus sintomas e procurar os centros adequados • Depende do encaminhamento que é feito, a linha de Saúde 24 encaminha para o SU • A formação da população não é adequado, não se trata tanto de uma questão de triagem, mas sim de educação da população
Entrevistado 8		<ul style="list-style-type: none"> • É a favor da triagem presencial • Espera-se que seja o utente a contar a história
Entrevistado 9		<ul style="list-style-type: none"> • O primeiro contacto, no caso do risco de vida não há um contacto presencial • A triagem tem de ser sempre feita, não é

		<ul style="list-style-type: none"> essencial que seja presencial A triagem só clarifica a urgência de atendimento do doente
Entrevistado 10		<ul style="list-style-type: none"> Essencial Há sintomas que só conseguimos despistar presencialmente, nem sempre o doente sabe exprimir o que sente e nesses casos a visualização do mesmo ajuda muito
Entrevistado 11		<ul style="list-style-type: none"> Pessoalmente considera importante Mesmo que haja passagem de informação por colegas, por exemplo, bombeiros, o triador prefere sempre uma avaliação visual sem contar muito com a informação prestada
Entrevistado 12		<ul style="list-style-type: none"> Por telefone, muitas pessoas já perceberam que se exagerarem em termos de quantificação dos sintomas lhe damos uma prioridade Consegue-se despistar por exemplo a quantificação da dor
Entrevistado 13		<ul style="list-style-type: none"> É importante Através de uma análise visual temos percepção de sinais que o próprio doente por vezes não se apercebe Auxílio de alguns meios de avaliação adicional, medidores de tensão, entre outros








Na quarta questão, pretende-se determinar em que se baseia o entrevistado para responder à importância do atendimento presencial. Se a sua resposta se baseia na vertente clínica do utente ou numa vertente de melhoria e rentabilização dos recursos humanos e materiais.

Entrevistado	Codificação	Comentários
Entrevistado 1		<ul style="list-style-type: none"> Vertente clínica Essa é a finalidade dos cuidados que prestam, o essencial é o doente e não a parte financeira Do ponto de vista de gestão (valor) será uma mais-valia a existência de mais doentes na urgência pois serão mais a pagar taxas moderadoras Aproveitamento por parte dos isentos que ocupam prestadores de cuidados quando poderiam ser mais úteis no atendimento de casos verdadeiramente urgentes
Entrevistado 2		<ul style="list-style-type: none"> Vertente clínica Em contexto de urgência faz todo o sentido “É como São Tomé, ver para querer”

		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem na ausência do doente perde-se muitas informações, isto no âmbito da urgência
Entrevistado 3		<ul style="list-style-type: none"> • Vertente clínica • É óbvio que seria preferencial o contacto para uma pré-triagem, isso levaria a uma menor afluência à urgência • A triagem telefónica é muito complicada porque o próprio doente nos “engana” • O doente “é o nosso pior inimigo”
Entrevistado 4		<ul style="list-style-type: none"> • Vertente clínica • Pela falta de “honestidade” do doente em transmitir as suas queixas e sintomas
Entrevistado 5		<ul style="list-style-type: none"> • Vertente clínica
Entrevistado 6		<ul style="list-style-type: none"> • Vertente clínica • Melhor atendimento do utente com informações fidedignas
Entrevistado 7		<ul style="list-style-type: none"> • Vertente clínica
Entrevistado 8		<ul style="list-style-type: none"> • Vertente clínica
Entrevistado 9		<ul style="list-style-type: none"> • Vertente clínica
Entrevistado 10		<ul style="list-style-type: none"> • Essencialmente baseia-se na segurança para o doente independentemente da gestão de recursos • Baseia-se por isso na Vertente Clínica • O erro vai implicar tempo de espera que pode ser prejudicial para o doente se os sintomas foram subvalorizados
Entrevistado 11		<ul style="list-style-type: none"> • Vertente clínica
Entrevistado 12		<ul style="list-style-type: none"> • Vertente Clínica
Entrevistado 13		<ul style="list-style-type: none"> • Vertente clínica

A quinta questão tem como objectivo perceber, através de uma hierarquização de preferência na óptica de prestador, se os mesmos consideram válida e se apoiam a implementação dos sistemas em estudo.









Entrevistado	Codificação	Comentários
Entrevistado 1		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem por prioridades – contacto presencial com o doente • Triagem por ordem de chegada – atendimento ainda é nesta ordem na situação de ambulatório que não evidenciam urgência, interliga-se muito com a triagem de prioridades • Triagem telefónica – funciona como triagem prévia à vinda hospitalar que na maioria isso não acontece. Os faxes nem sempre chegam quando o






		<p>doente contactou, por exemplo, a Saúde 24</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triagem por e-mail – por desconhecimento de aplicação ou funcionamento
Entrevistado 2		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem de prioridades, de forma presencial • Triagem telefónica • Triagem por ordem de chegada, pela condição da nossa população, com nível de literacia mais baixo • Triagem por e-mail, salvaguardando a população com nível de literacia e alfabetismo superior
Entrevistado 3		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem de prioridades, é diferente ver a cara do doente do que a avaliar via telefone • Triagem telefónica, mais viável que a triagem via e-mail • Triagem via e-mail, tem algumas dúvidas, mas não sendo intransigente • Triagem por ordem de chegada, conseguimos sempre contorná-la no caso de ver algum doente chegar que necessite de atendimento mais urgente
Entrevistado 4		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem por prioridades • Triagem telefónica • Triagem por E-mail • Triagem por ordem de chegada
Entrevistado 5		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem por prioridades • Triagem telefónica, um pouco arriscado, funciona muito bem para as crianças porque se baseia em aconselhamentos, com um restabelecer mais rápido • Triagem via e-mail • Triagem por ordem de chegada, sem sentido
Entrevistado 6		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem por prioridades • Triagem de e-mail (essencial em casos de surdos mudos) • Triagem telefónica • Triagem por ordem chegada, não faz sentido nenhum, a consulta de enfermagem não faz diagnóstico mas consegue orientar o atendimento em função da queixa do utente
Entrevistado 7		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem de Manchester • Em igual preferência a triagem telefónica, por e-mail e ordem de chegada
Entrevistado 8		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem telefónica e via e-mail (apesar de não haver nada semelhante implementado em Portugal) seria uma mais-valia no “escoamento” de doentes na urgência • Triagem por prioridades • Triagem por ordem de chegada

Entrevistado 9	●	<ul style="list-style-type: none"> • Triagem presencial, tem uma componente adicional que é a observação e tem a queixa do doente • Triagem telefónica também é fiável, vem ajudar se a população aceitar, a Saúde 24 permite efectivamente estabelecer uma prioridade, bem organizada dá para fazer contra-argumentações que permitem detectar se o utente está a ser honesto • Triagem por e-mail, todos os dados podem ser alterados, é necessária educação porque acaba por o doente mentir nos dados, haveria com certeza uma sobrevalorização da queixa • Triagem por ordem de chegada
Entrevistado 10	◐	<ul style="list-style-type: none"> • Triagem de prioridades • Triagem telefónica • Triagem por ordem de chegada • Triagem por e-mail
Entrevistado 11	◑	<ul style="list-style-type: none"> • Triagem por prioridades • Triagem telefónica, sempre se tem um contacto para perceber a queixa • Triagem por ordem de chegada, apesar de não conseguir perceber a queixa no imediato • Triagem por e-mail, muita subjectividade por exemplo no caso da escala da dor
Entrevistado 12	◑	<ul style="list-style-type: none"> • Triagem de prioridades, considera-a mais correcta • Triagem por ordem de chegada • Triagem por e-mail, parece mais fiável • Triagem telefónica, nem sempre, no caso da Saúde 24, chega a informação a tempo do atendimento do utente e quando chega o que consta nas informações não corresponde em nada à realidade
Entrevistado 13	◐	<ul style="list-style-type: none"> • Triagem de prioridades, é a mais correcta • Triagem por ordem de chegada • Triagem telefónica • Triagem via e-mail

A sexta questão pretende determinar ate que ponto seria de fácil aceitação dos sistemas de triagem em estudo por parte da população em geral, apresentando as principais razões da escolha.





Entrevistado	Codificação	Comentários
Entrevistado 1		<ul style="list-style-type: none"> • Depende muito da faixa etária, geralmente depois dos 60 anos o doente prefere estar frente a frente

		<p>com o prestador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas mais jovens preferem muitas vezes alternativas à deslocação ao centro de cuidados, seja um SU ou centro de atendimento de cuidados primários, e aceitam muito bem uma triagem telefónica ou via e-mail • Não consegue estabelecer uma ordem
Entrevistado 2		<ul style="list-style-type: none"> • Serviço rápido • O doente crónico até prefere a triagem de prioridades • O doente não urgente ou pouco urgente não se importa, quer é ser atendido rapidamente • Em geral preferem a ordem de chegada para que quem chega depois não seja atendido antes • Há pouca gente a aderir à linha da Saúde 24 ou ao médico de família
Entrevistado 3		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem telefónica, por forma a evitar uma deslocação ao SU • Triagem por prioridades • Triagem por e-mail • Triagem por ordem de chegada
Entrevistado 4		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem por prioridades • Triagem telefónica • Triagem por E-mail • Triagem por ordem de chegada
Entrevistado 5		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem de prioridades • Triagem por ordem de chegada • Triagem por telefone • Triagem via e-mail
Entrevistado 6		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem de Manchester, utentes estão satisfeitos, no hospital em estudo a observação na triagem é rápida, rapidez na obtenção dos resultados dos exames (por exemplo as análises, no centro de saúde o resultado só seria obtido passado uma semana, no SU passadas duas horas o resultado fica disponível) • Triagem por e-mail • Triagem telefone • Triagem por ordem de chegada
Entrevistado 7		<ul style="list-style-type: none"> • Depende, não consegue estabelecer uma hierarquia, muitos utentes prefeririam a ordem de chegada
Entrevistado 8		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem por telefone • Triagem por e-mail • Triagem por prioridades • Triagem por ordem de chegada
Entrevistado 9		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem por prioridades, muitas vezes os doentes não dão valor a sintomas importantes



		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem telefónica, os utentes até podem usar a linha de atendimento, mas acabam por não aplicar o que é aconselhado • Triagem por ordem chegada • Triagem por e-mail
Entrevistado 10		
Entrevistado 11		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem por ordem chegada, usam muito o argumento do “eu já cá estava porque passou o outro à frente” • Triagem telefónica • Triagem por prioridades • Triagem por e-mail, o utente vai ter mais dificuldade no que respeita a idades, os mais velhos terão muita dificuldade de utilização
Entrevistado 12		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem telefónica, existe muito o contacto do utente com o SU no sentido de questionar se deve ir ou não ao serviço • Triagem por ordem de chegada, muita a visão do “estou muito doente” • Triagem por e-mail • Triagem por prioridades, é menos preferencial, os utentes estão muito habituados ao culto de quem chega primeiro é atendido primeiro
Entrevistado 13		<ul style="list-style-type: none"> • Triagem por ordem de chegada, o utente quer sempre ser atendido em primeiro • Triagem telefónica, é a nova “tendência”, existe muito a resposta por parte do doente “mas eu já liguei” interpretando muito a chamada como um meio para “marcar o lugar” • Triagem por e-mail • Triagem por prioridades

Na sétima e oitava questão, fazia sentido unir a análise dos resultados uma vez que uma questão complementa a outra e a nível de entrevistas não houve uma separação visível dos conteúdos. Neste sentido apresenta-se a tabela de análise de conteúdo no que respeita à possível implementação do sistemas em estudo, o que será requisito e se estamos ou não, numa perspectiva da população, preparados para receber estes tipos de triagem.

Entrevistado	Codificação	Comentários
Entrevistado 1		<ul style="list-style-type: none"> • Já temos a Saúde 24 • Teoricamente não se aplica apenas a crianças • Mas as pessoas também não se interessam em marcar o número

		<ul style="list-style-type: none"> • A triagem por e-mail implica criar uma base de dados, com um registo na aplicação e em que os doentes mais idosos não têm capacidade de responder a essa evolução • Interligação de históricos clínicos não só entre médicos
<p>Entrevistado 2</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Não estamos preparados mas por questão cultural • Somos muito resistentes à introdução de novidades/coisas novas • Nem toda a gente tem acesso a internet • Utentes que têm dificuldade em expressar o que sentem presencialmente, o que seria pior via telefone • Temos de pensar em muito mais coisas antes de implementar estes sistemas • Como meio de complemento concorda plenamente • Não vê qualquer retorno do investimento enquanto os sistemas de cuidados primários não funcionarem correctamente
<p>Entrevistado 3</p>		<ul style="list-style-type: none"> • No que respeita a recursos de profissionais temos o que é necessário, libertamos mais profissionais pela menor afluência de doentes aos SU • Não falta nada, falta provar que os métodos são eficientes e que trazem ganhos para a saúde • No que respeita à população tem muito pouco diferenciada, com pouca cultura cívica, não têm capacidade de perceber o que realmente têm à frente deles • Querem vir à urgência porque acham que são sempre mais urgentes do que os outros • Para implementar estes sistemas é necessário começar agora com uma educação das crianças na escola direccionada neste sentido para mais tarde ser passível de aplicação • Muitos telefonam para a Saúde 24 com o intuito de chegar ao SU e passar à frente dos outros utentes • Como população ainda somos muito influenciados pela publicidade e pela televisão
<p>Entrevistado 4</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Temos de ter capacidade • Maior parte dos doentes que se dirigem ao SU não são de carácter urgente e tem livre acesso a isso • Reforçar as equipas de enfermeiros e médicos nos centros de cuidados primários para manter os doentes durante mais tempo e com mais qualidade afastados dos SU

		<ul style="list-style-type: none"> • Reestruturar a Saúde 24 para evitar o acesso a SU indevidamente • Educação nas escolas • Haver discriminação nas taxas moderadoras, diferenciando as que recorreram a serviços de saúde primários em recorrem ao SU em último recurso sendo referenciadas pelo prestador de cuidados, seja o centro de cuidados primários ou a linha de aconselhamento
Entrevistado 5		<ul style="list-style-type: none"> • Não estamos preparados • Temos uma população muito idosa com nível sócio-económico muito baixo no caso da triagem por e-mail • No caso da triagem telefónica não temos uma população educada nesse sentido
Entrevistado 6		<ul style="list-style-type: none"> • Não é um sistema tão viável quando os outros • Pelo telefone os utentes podem simular e omitir outros sinais que só vendo conseguiríamos despistar • Pegar primeiro pela educação das pessoas antes de implementar algum dos sistemas
Entrevistado 7		<ul style="list-style-type: none"> • A educação da população é o mais complicado
Entrevistado 8		<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes não recorrem minimamente à linha telefónica, nem ao médico de família acabam por recorrer • Em termos de pensamento, com o aumento das taxas moderadoras, talvez o pensamento mude no sentido de poupar pela dificuldade económica • Com formação e com o tempo será possível implementar os sistemas
Entrevistado 9		<ul style="list-style-type: none"> • Necessário educar a população a aceitar os conselhos e segui-los correctamente • A nossa população tem muito o culto da figura médica, porque o médico receita sempre algum medicamento • É uma mais-valia, mas não lhe é dado o valor e importância adequada. • Os recursos lá fora também não são os mais adequados, os centros de cuidados primários não conseguem dar resposta necessária
Entrevistado 10		<ul style="list-style-type: none"> • Tudo depende da organização • Temos enfermeiros competentes • Necessário desenvolver técnicas de comunicação
Entrevistado 11		<ul style="list-style-type: none"> • A triagem telefónica, talvez por já existir a Saúde 24, será mais fácil a implementação • Temos enfermeiros e o investimento infra-estruturas seria um bom investimento
Entrevistado 12		<ul style="list-style-type: none"> • Os idosos não vão conseguir utilizar o serviço de

		<p>triagem por e-mail, apesar de a nível pessoal a considerar muito funcional</p> <ul style="list-style-type: none"> • No caso da triagem telefónica verifica-se a necessidade de melhoria significativa da Saúde 24, reestruturar os parâmetros de avaliação
<p>Entrevistado 13</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Tem de haver muitos protocolos e guidelines • Não estamos preparados, temos um grande “caminho a percorrer” apesar de o INEM já ter um sistema muito funcional • A população julga que tudo é urgente e emergente, para haver alteração de mentalidades tem de haver ensino por parte dos prestadores de cuidados • Necessidade de ensinar a população sobre o que é importante detectar no que respeita a sinais e sintomas de doença • Necessária uma grande reestruturação dos centros de cuidados primários • Instalações adequadas, com condições apropriadas dos centros de cuidados primários com meios complementares de diagnósticos, por exemplo RX e laboratório (com avaliação de parâmetros simples) • Existe muito a associação do centro de saúde à receita, “dói isto vamos buscar a receitinha” • A partir de certa idade deveria ser pedido, de forma proactiva, por parte do médico exames de rotina. Muitas patologias poderiam ser detectadas mais precocemente se houvesse este tipo de acompanhamento • Fazer-se um reconhecimento da população e da comunidade pelo qual o centro de saúde responsável

12. Discussão dos Resultados

Pensamos que em primeira análise as etapas que geram valor e as que são dispensáveis devem ser identificadas através da realização de um *value-stream map*, no Serviço de Urgência do HSFx sobre o processo do atendimento do utente.

De acordo com as respostas obtidas foram inumeradas como actividades que geram valor a realização da triagem por enfermeiros com formação adequada, aliada à experiência profissional mais desenvolvida, de forma a minimizar a possibilidade de erro. No que respeita às características físicas obtivemos respostas positivas, no sentido

de facilitar a visualização dos utentes que entram e assim permitir identificar algum utente de carácter mais urgente tendo em conta as queixas visíveis, em contrapartida, a exposição acarreta inconvenientes, como por exemplo as interrupções constantes por parte de outros doentes que passam e a falta de privacidade para o utente a ser triado que vê exposta a qualquer pessoa as suas queixas, podendo ser constrangedor em algumas patologias mais delicadas.

Numa análise à componente dos exames complementares, só se identificaram vantagens, muitos doentes não vêem um entrave no elevado valor da taxa moderadora, preferindo o mesmo, uma vez que num só local se consegue efectuar e obter resultados de vários exames, que de outra forma deveriam recorrer a clínicas e centros de diagnóstico privados, por vezes com custos superiores ao facturado pelo hospital no SU.

Quanto aos médicos identificou-se a acessibilidade a várias especialidades, desde cobertura a queixas de ordem ortopédica, oftalmológica, clinica geral, entre outras. Num só espaço o doente encontra assim a comodidade de realização de exames e observação médica rápida, eficiente e fiável. No entanto, também neste campo foram identificados pontos menos positivos, como por exemplo o facto de várias especialidades não estarem asseguradas permanentemente ou com pessoal médico suficiente, o que implica a chamada de um médico que acarreta tempos de espera mais prolongados.

Na análise efectuada ao sistema de triagem implementado no SU do HSFX foram apresentadas como mais-valias a diminuição do erro aliada à igual execução independentemente do triador, aumentando assim a fiabilidade do atendimento e a segurança do doente. Foi na maioria das entrevistas apontado como mais-valia a boa organização e orientação dos fluxogramas, no entanto os mesmos não deixam de padecer com algumas lacunas, nomeadamente a falta de algumas cartas importantes à nossa realidade, entre elas foram enumeradas a hipertensão (quando a única queixa apresentada era a tensão alta, sem outros sintomas associados), a tosse (que não tinha como sintomas associados febre, calafrios, dor de garganta, entre outros) e a carta de Via Verde AVC (no sistema actual não se consegue encaixar um doente que está a fazer um AVC, não permitindo a adequada atribuição do nível de urgência necessário).

No entanto, apesar de ser um sistema muito fiável apresenta algumas lacunas, nomeadamente no que respeita a sua adaptação à população portuguesa, sendo a nossa cultura muito orientada para a impaciência e para o “culto do sofredor”, como indica um

dos entrevistados, o sistema acaba por não estar totalmente adaptado à nossa realidade, de certa forma porque com a frequência de triagens o utente tem possibilidade de decorar e “aprender” o sistema. Isto implica que nas próximas visitas o utente apresente queixas na triagem, que em nada correspondem à realidade dos seus sintomas e queixas apenas com o intuito de obter uma “pulseira” com nível de urgência superior para desta forma ser atendido mais rapidamente.

Foi ainda referenciada a pouca autonomia que os enfermeiros sentem no que respeita, por exemplo, aos meios complementares de diagnóstico. Um caso prático referido prende-se com a admissão de utentes transferidos de outro hospital para uma intervenção cirúrgica de urgência que tendo em conta o quadro clínico implica a realização de TAC, RX e análises clínicas de rotina (protocolo antes de cirurgia). Nestes casos facilmente o enfermeiro, aquando a triagem, poderia ter autonomia de requisitar os mesmos de forma a rentabilizar o tempo, assim o doente não teria de aguardar ser visto por um médico para solicitar os exames, implicando maior tempo de espera.

Opinião unânime entre os entrevistados foi a inadequada aplicabilidade da cor branca, no serviço em estudo esta cor é frequentemente usada para doentes “ao cuidado de”, por exemplo, as corriqueiramente denominadas “cunhas” ou doentes que necessitam efectuar um exame de controlo, situação esta que deveria ser executada em consulta externa, mas que sem explicação acaba por ser pedida no serviço de urgência.

A unanimidade em resposta foi também obtida quando questionados sobre a pertinência da presença física. Todos justificaram que a presença física é essencial para perceber se de facto as queixas apresentadas são reais, ou perceber se o doente em contrapartida esconde alguma queixa relevante. No entanto, não deixaram de considerar a possibilidade de um atendimento primário via telefone, uma vez que nas situações emergentes é o que está aplicado, ou seja, o contacto com o CODU em que são transmitidas informações do estado clínico via telefone.

Quando questionados em relação à aplicabilidade dos sistemas de triagem em estudo, triagem por telefone e por e-mail a resposta até que se revelou positiva, mas apresentando várias contrapartidas, principalmente na triagem por e-mail, em parte pelo desconhecimento da sua aplicabilidade quer em Portugal, quer no estrangeiro. De facto este tipo de triagem apenas está aplicado no estrangeiro. Para a aplicação em Portugal as opiniões incidiram nas idades e no acesso ao suporte informático necessário. Ou seja,

muitos entrevistados são da opinião que este sistema de triagem poderia ter uma boa aceitação por utentes mais jovens face a população mais idosa, esta com bastante dificuldade em adaptação às novas tecnologias, não podendo no entanto esquecer que cada vez mais temos seniores a inscrever-se nos cursos de informática nas escolas de seniores ou mesmo em cursos de informática pós-laborais, na rentabilização de escolas, principalmente básicas e secundárias. No entanto grande parte da população, sendo uma população muito envelhecida, estaria limitada neste campo, adicionalmente a baixa adesão poderia ainda prender-se com a realidade do país que conhecemos, cada vez mais em rotura e com constantes cortes, aumento do desemprego e da possibilidade de obter rendimentos que permitam contratar em operadoras de telecomunicações um serviço que ainda assim não está ao alcance de qualquer “bolsa”, a internet. Cada vez mais vemos publicidades e campanhas de marketing agressivas para venda de um serviço, hoje em dia, e cada vez mais, considerado essencial, mas que no fim de contas não temos a capacidade de suportar ou até mesmo a impossibilidade de adquirir o computador, ferramenta também ela indispensável.

Já no que respeita à triagem telefónica a aceitação foi mais geral, não deixando também de nomear os contras apesar dos prós. Há facilidade de acesso, na maioria qualquer habitação incluído os membros que nela habitam, têm um telefone, ou pelo menos um telemóvel. Mas, mais uma vez, é um serviço que poderá ser mais facilmente aceite por pessoas mais jovens, o idoso foi educado no hábito de ir ao centro de saúde, conversar na sala de espera sobre as “galinhas” ou “os netinhos que tem na capital” enquanto aguarda pela chamada do médico. E sempre que sai da consulta sem que venha com uma receita ou alguma credencial para efectuar algum exame questiona o profissionalismo do mesmo. Neste sentido podemos ter a percepção de como antigamente tínhamos muito o culto do ter de estar doente. Actualmente são muitos os que entram no médico e dariam tudo para sair sem a notícia menos boa que receberam.

Não podendo esquecer que ambos os sistemas apresentariam provavelmente uma margem de erro muito superior. O ideal seria mesmo combinar ambos os sistemas com um sistema de triagem por prioridades combinando assim o melhor encaminhamento e consequentemente o melhor e mais adequado atendimento.

Apesar do serviço de apoio por telefone, no exemplo da saúde 24, foi identificada como lacuna a falta de formação dos enfermeiros que trabalham na linha. A formação inicial

que todos os elementos recebem incide na aprendizagem para trabalhar com o Sistema Informático usado. O que claramente se vai traduzir num serviço ineficiente pois o “receio de pecar por defeito” é superior levando ao encaminhamento de doentes para o SU desnecessário. A nível de recursos, temos profissionais suficientes e com formação na área adequada, no entanto estas linhas tornam-se um centro de primeiro emprego, sendo aqui admitidos, principalmente, recém-licenciados que não encontram trabalho num hospital, centro de saúde ou outra instituição prestadora de cuidados de saúde.

Já no que respeita a espaços físicos, seria útil o trabalho em conjunto entre os arquitectos que desenvolvem a maquete de construção e um enfermeiro, este acaba por conseguir determinar o que é crucial e onde melhor se situariam as coisas para que o trabalho da equipa prestadora de cuidados fosse desenvolvido mais facilmente e respeitando as condições mínimas de segurança e privacidade, dois exemplos nomeados foras as tomadas de electricidade estarem em balcões distantes das mesas em que se encontram os computadores o que se torna inadequado pela necessidade de ligar um medidor de tensão sem bateria que irá implicar ter um cabo esticado no caminho que deveria ser openspace para fácil circulação dos profissionais e a falta de privacidade, uma vez que as mesas de triagem existentes são separadas por um biombo não salvaguardado a privacidade e sigilo profissional consideradas de extrema importância nos cuidados de saúde.

CONCLUSÃO

O pensamento *Lean* está e estará sempre associado ao sistema de produção industrial. Estando este sistema baseado num conjunto de práticas (técnicas) que focam a maximização do valor para o cliente é de todo o interesse incluir os benefícios da sua utilização no sector da saúde. Este pensamento revela-se particularmente promissor, no sector da saúde, na medida em que visa alcançar objectivos de extrema importância como: a diminuição dos custos, o aumento do rendimento operacional, redução de erros, supressão de desperdícios e como resultado melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a satisfação dos utentes.

Tendo em conta a crise social e económica que vivemos aliada ao aumento na exigência do utente em relação à qualidade da prestação de serviços de saúde torna-se de extrema relevância a aplicação de novas estratégias que permitam usar os recursos existentes no sentido de tirar partido de mais com menos, sendo óbvia a correcta aplicação do Sistema de Gestão *Lean*.

O nosso estudo está de acordo com a perspectiva de Honeycutt e Burke (2000) ao defender que o objectivo principal do Managed Care é reduzir custos sem diminuir a qualidade do acesso e a satisfação do utente.

No que respeita ao Sistema já implementado, Sistema de Triagem de Manchester, as opiniões defendem o mesmo pela positiva, apesar dos contras que poderá apresentar, não deixando de todo de parte a necessidade de melhorar a prestação de cuidados neste campo, principalmente na “reestruturação das bases para otimizar o topo, numa perspectiva piramidal”.

Perante os resultados pode considerar-se uma mais-valia a aplicação dos sistemas de triagem em estudo, triagem telefónica e triagem via e-mail, que não obrigam à presença física do utente, aliados a uma triagem de prioridades, no sentido do melhor encaminhamento do utente ao prestador de cuidados mais adequado, e neste encontrar uma resposta mais eficiente.

Os STT e por E-mail poderão ainda ser úteis na programação e organização da admissão do utente no serviço, através do conhecimento antecipado, por parte dos profissionais especializados, sobre informações relevantes e sobre o estado clínico do utente, por

forma a evitar tempos de espera prolongados e efectuar o planeamento dos cuidados a prestar visando a rapidez e eficácia do atendimento.

Tal como comprova o estudo efectuado pelo RCN publicado em 1999, os utentes ou tinham acesso ao serviço normal ou ao serviço de atendimento telefónico por profissionais de saúde, tornando os resultados comparáveis. Os mesmos demonstraram que o serviço com enfermeiros no atendimento levou a:

- Um acesso mais adequado aos cuidados fora-de-horas;
- Que 50% das chamadas fossem geridas apenas com os cuidados e aconselhamento do enfermeiro;
- Reduziu em cerca de 2/5 as visitas dos doentes ao serviço de urgência;
- Diminuiu em metade a carga de trabalho dos prestadores de saúde;
- Mostrou ser seguro e eficaz com menos admissões nas urgências e sem aumentar o número de óbitos.

A difícil aceitação pela classe médica desta ferramenta prende-se com a ideia de que tratar os doentes é uma área exclusivamente médica, apesar de o contacto com o enfermeiro poder pressupor o agendamento de novos contactos no sentido de monitorizar os parâmetros do doente (Houck, 2000).

Em particular, tem-se questionado se a comunicação on-line irá substituir os recursos clínicos como os telefonemas ou visitas, ou se será um acrescento, aumentando a carga de trabalho clínico e os custos. Outra razão prende-se com a preocupação do uso adequado pela comunicação via e-mail na prática clínica e o potencial transtorno na resposta a questões complexas e difíceis. Adicionalmente, apresenta-se a preocupação de alguns pacientes devido à incerteza sobre a resposta atempada (Steven J. Katz et al, 2003). Contudo no estudo desenvolvido por Steven J. Katz et al (2003) apresentaram-se várias formas defendendo que a comunicação electrónica pode ser implementada em vários cenários clínicos por forma a melhorar a comunicação e cuidado do utente.

Adicionalmente o estudo de Victor Patterson, et al (2010) demonstrou claramente que a triagem por e-mail aplicada por neurologistas experientes é provavelmente única na prática clínica, um procedimento seguro que reduz o tempo de espera clínico por menos custos.

De uma forma geral no nosso estudo, grande parte dos motivos mencionados para a dificuldade de aplicação dos métodos de triagem analisados incidem na falta de educação do povo português, no constante exagero dos sintomas com o objectivo de ser atendido mais depressa. Existe uma constante falta de paciência, quer por alguns mais jovens, mas maioritariamente por pessoas mais idosas que não vêm justiça nas prioridades, uma vez que querem sempre ser os primeiros, apesar de muitos verem numa sala de espera uma forma de passar o tempo, ou até mesmo ter acesso a pequenos confortos que não têm acesso nas suas casas.

Entre outros motivos mencionados está também o mau funcionamento do atendimento nos centros de cuidados primários, muitas vezes para uma situação que requer uma intervenção no momento, mas sem se tratar de uma situação urgente, temos de aguardar uma consulta que apenas é possível marcar para a semana ou mês seguinte porque a agenda já está preenchida e não há vagas para a elevada procura.

Situações como o pedido de receitas médicas que poderia facilmente tratar-se via sistema informático. Se um doente faz, por exemplo, um medicamento de toma diária e cuja caixa contém 60 comprimidos não seria complicado programar um alerta no sistema para no 57º dia, por exemplo, ser emitida uma nova receita que poderia ser enviada por e-mail ou carta (correio azul) para o doente, ou até mesmo para a farmácia da área de residência do doente. Desta forma evitava-se o tempo de espera em que um médico deixa de atender um doente para passar receitas. Convenhamos que uma receita não tem muito impacto no dia-a-dia de um médico, mas e se não for apenas uma e forem seis? Será que não facilitaria mais o trabalho do médico libertando-o para o atendimento em que realmente é necessário?

A consciência da população portuguesa necessita ser mudada, há necessidade urgente de ensinar os utentes a respeitar o sistema de saúde e o seu funcionamento. Se cada um contribuísse com um pouco de calma e respeito seria um passo no caminho para a perfeição. Não digo que o sistema funcione bem, mas parte do seu mau funcionamento deve-se à própria população. Os utilizadores dos serviços de saúde ainda funcionam muito na base do medo, nomeie-se como exemplo o surto de gripe A, muitos doentes evitaram os serviços de urgência com receio de ser contaminado quando as queixas não eram severas e fora do âmbito das constipações. Acredito que a linha criada para o

apoio a esclarecimentos de dúvidas e sintomas da gripe A tenha sido bastante requisitada.

Quanto ao facto de ambos os sistemas em estudo serem sistemas não presenciais, ou seja, o profissional de saúde não está a ver o doente, faz com que a aceitação não seja total. Os profissionais de saúde consideram ainda demasiado impessoal o atendimento sem que profissional e doente estejam no mesmo espaço e a verem-se mutuamente. Uma sugestão para este entrave talvez passasse pelo atendimento via telefone por videochamada ou através da internet via "skype" ou algo semelhante. Havia desta forma a possibilidade de ver o doente, determinar se a queixa que apresenta é real e não está a ser sobrevalorizada, ou se pelo contrário, de forma a evitar uma ida à urgência o doente está a esconder algum sintoma mais importante. Um dos exemplos dado por um dos profissionais foi o de um doente que foi à urgência com fortes dores de cabeça e falta de ar, no momento da triagem o doente apenas apresentou estes dois sintomas, no entanto durante todo o atendimento mantinha uma mão no peito sinal de dor, o enfermeiro questionou o doente nesse sentido e de facto o doente tinha uma dor aguda no peito, mas que não valorizou por não ser insuportável como os outros sintomas referidos. Isto permitiu ao enfermeiro detectar um possível enfarte, que foi o caso, tendo sido o doente assistido atempadamente diminuindo os danos que um enfarte do miocárdio pode causar.

A triagem é, assim, apenas uma parte da chave para melhorar os cuidados de saúde no futuro e um grande tema para futuros trabalhos, precisa de ser transportada para fora no acesso aos cuidados, conselhos via telefone, uso apropriado dos sistemas de triagem nos serviços de ambulâncias e integração de todos os componentes do sistema de saúde através de uma rede logística de uso simples e suportada por todos os parceiros, serviços de ambulância, hospitais e cuidados primários. (Ian Robertson-Steel, 2006)

BIBLIOGRAFIA

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

Advanced Life Support Group (2002) - Major incident management and medical support: the practical approach, BMJ Publishing Group.

Aurelia, Marek, “Quality on the Line: Perspectives on Infrastructure, Performance, and Value”, *Directory of Medical Call Centers. A Comprehensive Resource Guide To Medical Call Centers: Players, Implementation, and Strategies*. Faulkner & Gray, New York, 2000, 147-157pp.

Australasian College for Emergency Medicine (2012) - Literature Review on the Australasian Triage Scale (ATS) - http://www.acem.org.au/media/media_releases/2012_-_ACEM_Triage_Literature_Review.pdf

Bandeira R (1990) - Curso Pós Graduado em Medicina de Catástrofe, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Bardin, L. (1991) – Análise de Conteúdo. Lisboa, Edições 70

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

Beveridge, R., Clarke, B., Janes, L et al (2012) - Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department & Acuity Scale - <http://caep.ca/resources/ctas/implementation-guidelines>

Boudon, R. et al (1990) – Dicionário de Sociologia. Lisboa, Publicações D. Quixote

Bracken, J. (2001). Triagem. In S. Sheehy (Eds.), *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática* (4.ª ed.). Loures: Lusociência.

Briggs, Julie (2000) - “The Impact of the Call Center On Health Care”, *Directory of Medical Call Centers. A Comprehensive Resource Guide To Medical Call Centers: Players, Implementation, and Strategies*. Faulkner & Gray, New York, 3-8pp.

Briggs S ed. (2003) – Triage, in *Advanced Disaster Medical Response Manual for Providers*, Harvard Medical International, Boston.

Burkle F et al (1994) – Emergency Medicine in the Persian Gulf War. Triage methodology and lessons learned. *Annals of Emergency Medicine*, Vol. 23, Nº 4, páginas 748-754.

Cabral, A. & Galvão, P. (1999). O Enfermeiro e a Triagem Telefónica. In *Sinais Vitais*, 48-50.

Champion H et al (1988) The effect of medical direction on trauma triage, *Journal of Trauma*, Vol. 28, páginas 235-239.

Chi C et al (2001) Emergency Medical Technicians Disaster Training by Tabletop Exercise, *American Journal of Emergency Medicine*, Vol. 19, Nº 5, páginas 433-436.

Comité do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians & Comité de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões (2004). *Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado* (5.ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier.

Comunidade Lean Thinking (2012) - www.leanthinkingcommunity.org

Cronin, J. (2003) – The introduction of the Manchester Triage Scale to an emergency department in the Republic of Ireland. In *Accident and Emergency Nursing*, 121-125.

Deshaies, B. (1997) – *Metodologias da Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa, Instituto Piaget

Eiseman B (1967) – Combat casualty management in Vietnam, *Journal of Trauma*, Vol. 7 Nº 1, páginas 53-63.

Eric K et al (2005) - Public Health issues in disaster, In *Critical Care Medicine for Disasters, Terrorism and Military Conflict*, *Critical Care Medicine*, Vol. 33, Nº 1, páginas 29-33.

European Emergency Data Project (2004) - EMS Data-based Health Surveillance System, European Commission. <http://www.eed-project.de>.

Frederick M et al (2005) - Integrating International responses to complex emergencies, unconventional war, and terrorism, In *Critical Care Medicine for Disasters, Terrorism and Military Conflict*, *Critical Care Medicine*, Vol. 33, Nº 1, páginas 7-12.

Guiglione, R.; Matalon, B. (1993) - «*O Inquérito – Teoria e Prática*». Lisboa, Celta Editora

Grossman, V (ND) (2012) - Telephone Triage Course. http://www.rnceus.com/course_frame.asp?exam_id=20&directory=triage

Grupo de Trabalho de Urgências (2006) – O Serviço de Urgência – Recomendações para organização dos cuidados urgentes e emergentes. Hospitais SA, páginas 14-17.

Grupo Português de Triagem (2011) - Manual de Triagem de Manchester.

Hodgetts T et al (1999) - Triage, in *Pre-Hospital Medicine*, Arnold Publishers, London.

Hogan D et al (1999) - Emergency department impact of the Oklahoma City terrorist bombing, *Annals of Emergency Medicine*, Vol.34, Nº 2, 160-167.

Honeycutt and Burke (2000) - “Why A Call Center? And Why Now?”, *Directory of Medical Call Centers. A Comprehensive Resource Guide To Medical Call Centers: Players, Implementation, and Strategies*. Faulkner & Gray, New York, 9-17pp.

Houck, Suzanne (2000) - “The nuts and Bolts Of Triage Call Centers”, *Directory of Medical Call Centers. A Comprehensive Resource Guide To Medical Call Centers: Players, Implementation, and Strategies*. Faulkner & Gray, New York, 47-50pp.

Ian Robertson-Steel (2006) - Evolution of triage systems. *Emerg Med J*; 23: 154-155.

INEM (2012) - Ligue 112.

http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28186

Jay A et al (2005) - Disaster Preparedness: It's all about me, In *Critical Care Medicine for Disasters, Terrorism and Military Conflict*, *Critical Care Medicine*, Vol. 33, Nº 1, páginas 22-28.

Jelink, G. (2001) - Towards an International Triage Scale. In *European Journal of Emergency Medicine*, 1-2.

J Roukema et al (2006) – Validity of the Manchester Triage System in pediatric emergency care. *Emerg Med J*. 2006; 23(12): 906-910

Kennedy et al (1996) – Triage Techniques and Applications in Decision-making, *Annals of Emergency Medicine*, Vol. 28, Nº 2, páginas 136-144.

Lean Enterprise Institute (2011) - What is Lean?, <http://www.lean.org/WhatsLean/>

Lin JY, Anderson-Shaw L (2009) - Rationing of resources: Ethical issues in disasters and epidemic situations. *Prehospital Disast Med*;24(3):215–221.

Malhotra, Naresh K (2004) – *Pesquisa de Marketing – Uma orientação aplicada*. 4ª Edição. Bookman; 11:II:326

Manual de Intervenção Avançada Grupo de Trauma e Emergência (2012) - www.forma-te.com

Médis (2012) – História, <http://www.medis.pt>

Michael Christ et al (2010) – Modern Triage in Emergency Department. *Dtsch Arztebl Int*; 107(50): 892-8

Millennium BCP (2012) - Visão Geral – História, www.millenniumbcp.pt

Okumura T et al (1998) - The Tokyo Subway Sarin attack: Disaster management. Part 1: Community Emergency Response. *Academy of Emergency Medicine*, Vol. 5 N° 6, páginas 613-617.

Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. (1992) – Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa, Edições Gradiva

Paschen H et al (2000) Triage in Mass Casualty Incidents, *International Trauma and Critical Care Society*, Spring / Summer 2000, páginas 13-15.

Pamela Mazzocato, Carl Savage, Mats Brommels, et al (2010) - Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Qual Saf Health Care* 19:376-382.

Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1995) – Fundamentos de Pesquisa de Enfermagem. 3ª Edição. Artes Médicas, Porto Alegre

Prescott, Molly (2000) - “A Friendly Voice in the Night”, *Directory of Medical Call Centers. A Comprehensive Resource Guide To Medical Call Centers: Players, Implementation, and Strategies*. Faulkner & Gray, New York, 51-56

Rambam Medical Centre (2005) - Preparedness of Health Systems: Guidelines for Mass Casualty Situations, NATO Advanced Research Workshop, Haifa.

Moraes, Roque (1999) - Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32.

Royal College of Nursing (RCN) (1999) - “Nurse Téléphone Consultation“, *Nursing*, Londres

Saúde 24 (2012) – www.saude24.pt

Silva, A. S.; Pinto, M. J. (1989) – Metodologia das Ciências Sociais. Bibliotecas das Ciências do Homem, Edições Afrontamento

Silva F et al (1986) - Manual de Medicina de Catástrofes, Instituto Nacional de Emergência Médica.

Silva Soares et al (2006) – Efectividade do sistema de triagem telefónica Saúde 24 Pediatria num serviço de urgência pediátrica. Ver Port Clin Geral; 22: 433-442

Steven J. Katz et al (2003) – Effect of a Triage-based E-mail System on Clinic Resource Use and Patient and Physician Satisfaction in Primary Care. J Gen Intern Med; 18:736-744

Tanabe, P. et al. (2004) - The Emergency Severity Index (version 3) 5-Level Triage System Scores Predict ED resource Consumption. In Journal Emergency Nursing, 22-29.

The Lancet (2001) – Nurse telephone-triage. The Lancet, Vol. 357 No. 9253 Pag. 323

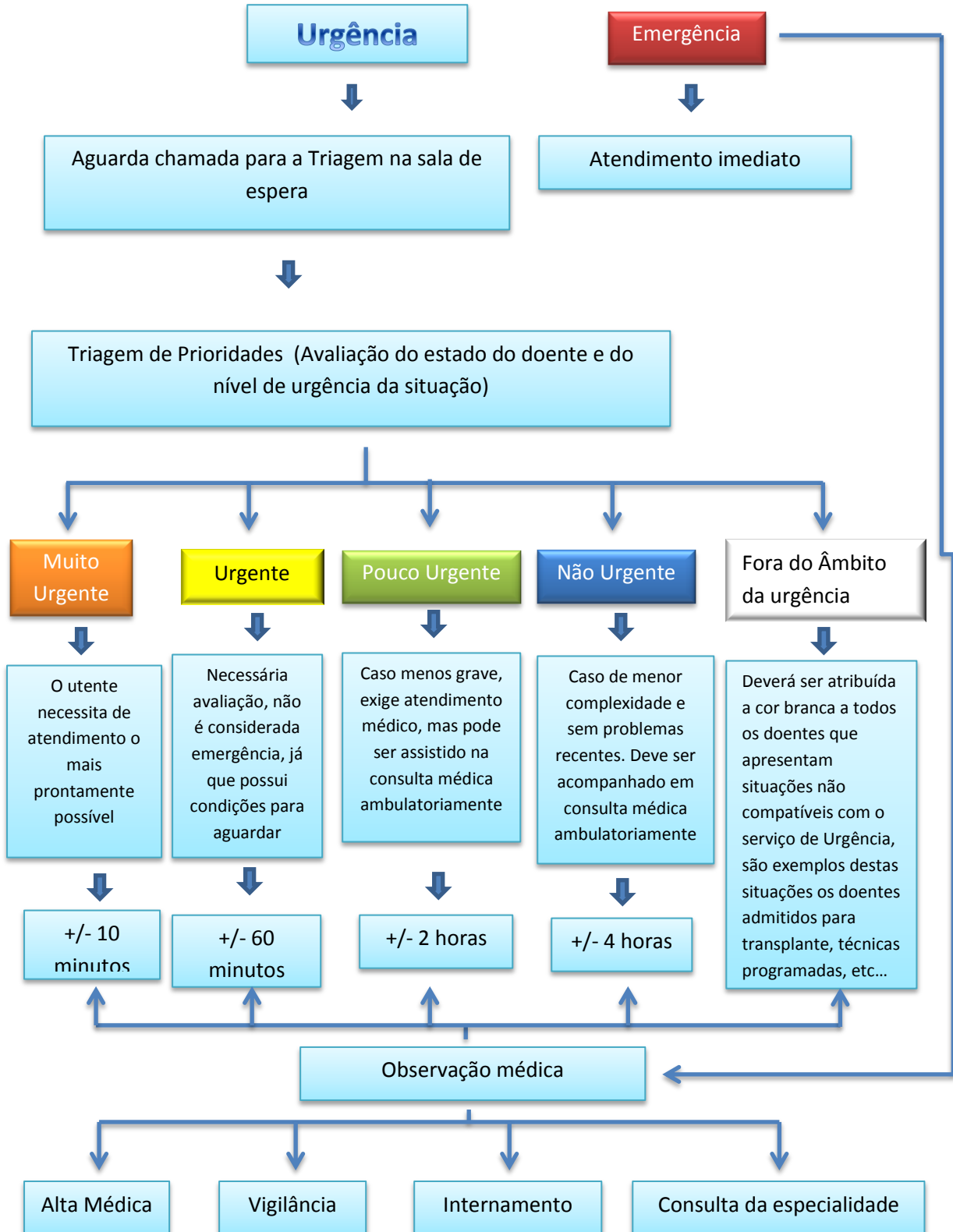
Victor Patterson, Jenny Humphreys, Mark Henderson, Grainne Crealey (2010) – Email triage is an effective, efficient and safe way of managing new referrals to a neurologist. Qual Saf Health Care; 19:e51

Wolcott, Barry (1996) - “Clinical Pathways for Ambulatory Care Case Management”, *Putting Clinical Pathways to Work: Using Algorithms*. Aspen Publishers, Gaithersburg, 1-7pp.

Wolcott, Barry; Johnson, David; Phillips, Jill S.; White, Sandra D. (1995) - “Telephone Triage Safely Lessens Demand for Acutcare Pediatric Service”, *Managed Care*, pp. 22-25.

Anexo

1. Observando o fluxograma que representa o processo de atendimento no SU com as respectivas actividades desenvolvidas (desde a chegada ao serviço até a sua alta), qual(ais) a(s) actividade(s) que considera imprescindíveis (geram valor) e quais as que considera prescindíveis/dispensáveis (não geram valor). Justifique.



2. Considera o Sistema de Triagem implementado no serviço - Triagem por prioridades - eficaz e eficiente? Justifique.
3. Quando o utente tem algum problema considera necessária, numa primeira abordagem, a presença física do mesmo? Justifique.
4. Relativamente à questão anterior baseou a sua resposta na vertente clínica (assistência directa ao doente) ou em termos processuais/gestão de recursos? Porquê?

Apresentam-se os 4 tipos de triagem em estudo

- ☺ **Triagem via e-mail** - Consiste no preenchimento de um formulário via internet, por parte do doente, que conduz a um diagnóstico prévio, fornecendo indicações/recomendações a seguir. Se houver necessidade de o doente se deslocar ao serviço, terá a equipa a sua espera.
 - ☺ **Triagem Telefónica** - Através de uma linha directa, o doente contacta um enfermeiro que avalia a sua situação clínica fornecendo indicações/recomendações a seguir. Se houver necessidade de se deslocar ao serviço, terá a equipa a sua espera.
 - ☺ **Triagem por Prioridades** - Após chegar ao serviço o doente é triado por um enfermeiro que faz uma avaliação generalizada atribuindo-lhe uma cor de acordo com o grau de prioridade, posteriormente aguarda na sala de espera pela chamada para a observação médica.
 - ☺ **Triagem por ordem de chegada** - Após fazer a inscrição no serviço, o doente terá que aguardar na sala de espera pela chamada, baseada na ordem de chegada, para ser triado por um enfermeiro seguido da observação médica. Não há avaliação da urgência de atendimento, o primeiro a chegar é o primeiro a ser atendido, seguindo apenas a ordem de chegada de utentes.
5. Hierarquize estes 4 tipos de triagem do mais preferido para o menos preferido justificando para cada um deles a respectiva posição, através das desvantagens/vantagens, críticas e dificuldades de implementação.
 6. Dos Sistemas de Triagem apresentados, hierarquize-os de acordo com o que julga ser mais interessante para o menos interessante na perspectiva do utente/doente. Justifique cada uma das posições, tendo em atenção o que julga serem as vantagens e as desvantagens para o doente.
 7. Dos Sistemas de triagem apresentados, quais as condições necessárias em termos de recursos e em termos de competências, para a sua implementação?
 8. Perante o cenário actual, considera que existem ausências identificadas ao nível de recursos e/ou competências para implementar cada um dos sistemas de triagem atrás identificados?
 - a. Se respondeu sim, a nível de recursos qual a mais premente?
 - b. E a nível de competências?