
Qualidade e Triagem de Manchester Estudo de Caso Hospital CUF Descobertas

Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional
na Saúde

Catarina Matos Isidoro

Dissertação Submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde
Especialização em Políticas de Administração
e Gestão de Serviços de Saúde



170367

Orientadores:

*Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva
Prof^a. Doutora Margarida Saraiva*



Agradecimentos

A realização desta dissertação seria de todo impossível sem a valiosa colaboração de todos aqueles que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para a realização de mais uma etapa da minha vida.

Agradeço ao Prof. Doutor Carlos Silva. À Professora Margarida Saraiva pela disponibilidade, empenho, força e que desde o início acreditou em mim.

À Administração do Hospital CUF Descobertas por ter permitido que o estudo fosse aplicado. Aos Gestores e colaboradores que desde sempre mostraram interesse e grande colaboração.

Aos amigos que se mantiveram perto, mesmo não estando presentes. Aos grandes amigos que em todas as alturas mostraram disponibilidade, muito obrigado pela vossa amizade, pelas palavras de incentivo e pela boa disposição.

Aos meus pais pelo grande incentivo e compreensão, um obrigada muito especial. Para a minha irmã um beijinho com um carinho muito especial por toda a tolerância.

Resumo

A saúde em Portugal encontra-se no caminho da mudança, rumo à excelência, pois questiona-se o sistema, a sua estrutura, os seus processos e os resultados.

Uma das condições que mais influencia a competitividade entre instituições da saúde é a qualidade. Sendo a sociedade cada vez mais exigente, medi-la e avalia-la é um imperativo da época actual.

O presente estudo teve como objectivo, contribuir para a realização de um diagnóstico de um processo de melhoria implementado num hospital privado de Lisboa – Hospital CUF Descobertas (HCD), no Serviço de Atendimento Permanente (SAP), à luz dos princípios da qualidade total.

O procedimento da Triagem de Manchester é um processo que tem como principal objectivo o estabelecimento de prioridades, ou seja, identificar critérios de gravidade, de forma objectiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o cliente deve ser atendido e o respectivo tempo de espera alvo recomendado até observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos.

Para o efeito, utilizou-se uma abordagem metodológica, suportada pelo modelo de auto-avaliação, designado Modelo *Common Assessment Framework* (CAF). Neste sentido, privilegiando-se a utilização dos critérios de meios deste modelo.

Foi aplicado um questionário aos colaboradores do Serviço de Atendimento Permanente do Hospital CUF Descobertas. O Tratamento de dados estatísticos foi realizado com o apoio do SPSS, versão 16.0 e do Microsoft Excel.

Os resultados deste estudo culminam com a identificação de pontos fortes, pontos fracos e sugestões de melhorias para o serviço em estudo. Neste sentido, este trabalho serviu de diagnóstico para se poder identificar em que ponto se situa e que rumo se deve seguir para se atingir um patamar de excelência relativamente à qualidade.

Palavras-chave: Qualidade, Triagem de Manchester, Modelo *Common Assessment Framework* (CAF)

Abstract

Health in Portugal finds itself on the path toward change, trying to find excellence while challenging the system and its structure, processes, and results. One of the conditions that most influences the competitiveness between the institutes of health is quality because society is becoming more demanding. Measuring and evaluating this change is happening in this current time.

The present study has the objective of contributing and establishing a diagnostic tool relative to the process of improvement. This tool was used in a private hospital in Lisbon, Hospital CUF Descobertas, in the Emergency Room, in looking at the principles of total quality. This process designed through the Manchester Triage System has the main objective of the establishment of priorities through which we want to identify criteria of seriousness in an objective and systematic way that indicate a clinical priority with which the client is attended to in respect to the waiting time, giving a recommended time until medical observation. In this sense, we do not diagnose patients in triage.

For this effect, we used a methodological overview supported by the model of self-evaluation, the Common Assessment Framework (CAF), in which we used the criteria: Leadership, Planning and Strategy, People, Resources and Processes. To arrive at this, a questionnaire was used by the collaborators of the emergency room of Hospital CUF Descobertas. The statistical analysis of the data was performed using SPSS version 16.0 and Microsoft Excel. The results of this study culminated with the identification of strong points, weak points, and suggestions for improvements for the work in study. In this way, with this study, we can identify in where an organization finds itself and the path it should take in order to achieve a high level of quality excellence.

Key Words: Quality, Common Assessment Framework (CAF), Manchester Triage

Índice Geral

| | p. |
|---|-----------|
| Índice de Figuras | i |
| Índice de Quadros | ii |
| Índice de Gráficos | iii |
| Índice de Tabelas | iiii |
| Lista de siglas e abreviaturas | iiiii |
| | |
| Introdução | 1 |
| | |
| Parte I – Enquadramento Conceptual | 7 |
| | |
| Capítulo 1 – Enquadramento Conceptual da Qualidade | 7 |
| | |
| 1.1 Qualidade nas Organizações na Saúde | 7 |
| 1.1.1 Breve Abordagem Histórica do Conceito de Qualidade na Saúde | 10 |
| 1.1.1.1 No Mundo | 10 |
| 1.1.1.1.1 Gurus da Qualidade | 13 |
| 1.1.1.2 Em Portugal | 22 |
| 1.1.2 Qualidade na Saúde | 23 |
| 1.1.2.1 Perspectivas sobre Qualidade na Saúde | 24 |
| 1.1.3 Pertinência da Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde | 25 |
| 1.1.4 Garantia da Qualidade nos Hospitais | 26 |
| 1.1.4.1 Avaliação e Monitorização da Qualidade | 27 |
| | |
| Capítulo 2 – Enquadramento Conceptual do Procedimento de Triagem de Manchester | 32 |
| | |
| 2.1 Evolução Histórica da Triagem | 34 |
| 2.2 Triagem segundo Protocolo de Manchester | 40 |
| 2.3 Implementação do Procedimento da Triagem de Manchester no Serviço de Atendimento Permanente (SAP) Hospital CUF Descobertas | 44 |

| | |
|--|-----------|
| Capítulo 3 – Modelo Teórico de Investigação | 47 |
| 3.1 Modelo <i>Common Assessment Framework</i> (CAF) | 47 |
| 3.1.1 Definição | 47 |
| 3.1.2 Fundamentos | 48 |
| 3.1.3 Flexibilidade da ferramenta | 49 |
| 3.1.4 Principais características | 50 |
| 3.1.5 Conceitos e princípios do Modelo CAF | 51 |
| 3.1.6 Ligações Funcionais do Modelo CAF | 51 |
| 3.1.7 Critérios do Modelo CAF | 52 |
| 3.1.7.1 Critérios e Meios | 52 |
| 3.1.7.2 Critérios de Resultados | 53 |
| 3.1.8 Sistemas de Pontuação de CAF | 54 |
| 3.1.8.1 O Papel do Sistema de Pontuação | 54 |
| 3.1.8.1.1 Sistema de Pontuação Clássico | 55 |
| 3.1.8.1.2 Sistema de Pontuação Avançado | 56 |
| 3.1.9 Linhas de orientação para melhorar as Organizações através do Modelo CAF | 58 |
| 3.1.10 Aplicações internacionais | 60 |
| | |
| Parte II – Estudo Empírico – Hospital CUF Descobertas | 61 |
| | |
| Capítulo 4 – Opções Metodológicas | 61 |
| 4.1 Objectivo do estudo | 61 |
| 4.2 Métodos e Técnicas | 63 |
| 4.3 Caracterização da Organização | 73 |
| 4.3.1 Grupo José de Mello Saúde (áreas de actividade) | 73 |
| 4.3.2 Valores do Grupo José de Mello Saúde | 74 |
| 4.3.3 Hospital CUF Descobertas (HCD) | 74 |
| 4.3.4 Caracterização do Serviço de Atendimento Permanente | 78 |

| | |
|---|-----------|
| Capítulo 5 – Resultados: Aplicação da Metodologia de Investigação | 83 |
| 5.1 Caracterização da População | 83 |
| 5.2 Antes da Implementação do Procedimento da Triagem de Manchester | 89 |
| 5.3 Depois da Implementação do Procedimento da Triagem de Manchester | 102 |
| 5.4 Comparações Antes e Depois da Implementação do Procedimento da Triagem de Manchester | 118 |
| 5.5 Esquematização dos Resultados e Conclusões em tabela segundo os critérios do Modelo <i>Common Assessment Framework</i> (CAF) | 125 |
| Conclusões | 137 |
| Limitações ao Estudo | 145 |
| Propostas de Investigação Futura | 145 |
| Bibliografia | 146 |

| Índice Figuras | p. |
|---|-----------|
| Figura 1.1: Modelo Deming | 14 |
| Figura 1.2: Ciclo de Shewhart /Ciclo de melhoria | 17 |
| Figura 1.3: Trilogia de Juran | 19 |
| Figura 2.1: Triagem de Prioridades | 41 |
| Figura 2.2: Fluxo de Clientes Hospital CUF Descobertas | 44 |
| Figura 3.1: Critérios Modelo CAF | 50 |
| Figura 3.2: Critérios de Meios Modelo CAF | 53 |
| Figura 3.3: Critérios de Resultados Modelo CAF | 54 |
| Figura 4.1: Modelo de Análise | 62 |
| Figura 4.2: Hospital CUF Descobertas, edifício geral e recepção principal | 75 |
| Figura 6: Aplicabilidade do modelo proposto: | 143 |

| Índice Quadros | p. |
|---|-----------|
| Quadro 1.1: Características da Qualidade na Saúde | 8 |
| Quadro 1.2: Os 14 passos recomendados por Deming | 15 |
| Quadro 1.3: Cinco doenças mortais segundo Deming | 16 |
| Quadro 1.4: Características da Qualidade segundo Juran: | 20 |
| Quadro 3.1: Os quatro grandes objectivos do Modelo CAF | 49 |
| Quadro 3.2: Características do Modelo CAF | 51 |
| Quadro 3.3: Os quatro objectivos sistema de pontuação CAF | 55 |
| Quadro 3.4: Quadro de Pontuação dos Meios (SPC) | 56 |
| Quadro 3.5: Quadro de Pontuação dos Resultados (SPC) | 56 |
| Quadro 3.6: Quadro de Pontuação dos Meios (SPA) | 57 |
| Quadro 3.7: Quadro de Pontuação de Resultados (SPA) | 58 |
| Quadro 3.8: 10 Passos para melhorar as organizações com CAF | 59 |

| | |
|---|-----------|
| Índice Gráficos | p. |
| Gráfico 5.1: Caracterização da População por sexo | 84 |
| Gráfico 5.2: Caracterização da População por habilitações literárias | 85 |
| Gráfico 5.3: Caracterização da População por tempo de experiência profissional. | 85 |
| Gráfico 5.4: Caracterização da População por tempo de serviço no Serviço de Atendimento Permanente | 86 |
| Gráfico 5.5: Caracterização da População por regime contratual | 86 |
| Gráfico 5.6: Percentagem de respondentes que pertencem à Comissão de Qualidade | 87 |
| Gráfico 5.7: Caracterização da População por tipo de horário | 87 |
| Gráfico 5.8: caracterização dos respondentes face categoria profissional | 87 |

| | |
|---|-----------|
| Índice Tabelas | p. |
| Tabela 4.1: Matriz do questionário | 66 |
| Tabela 4.2: População e Amostra do serviço de atendimento permanente | 71 |
| Tabela 4.3: Frequências absolutas e relativas referentes aos questionários distribuídos e recolhidos, no SAP do Hospital CUF Descobertas | 72 |
| Tabela 5.1: Caracterização da População por idades | 84 |
| Tabela 5.2: Caracterização dos respondentes face ao procedimento da Triagem de Manchester | 88 |
| Tabela 5.3: Antes da implementação da triagem de Manchester que clientes eram triados? | 89 |
| Tabela 5.4: Foi-lhe transmitida a missão, visão e valores do procedimento da Triagem dos clientes realizada antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester? | 90 |
| Tabela 5.5: Indique, resumidamente, a missão do procedimento da triagem dos clientes realizada antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester | 90 |
| Tabela 5.6: Conhecia a Visão do procedimento da Triagem dos clientes realizada antes da implementação da Triagem de Manchester? | 91 |
| Tabela 5.7: Opinião dos colaboradores sobre a visão do procedimento: | 91 |
| Tabela 5.8: O procedimento da Triagem dos clientes, antes da implementação da Triagem de Manchester servia para: | 92 |
| Tabela 5.9: Teve formação inicial para realizar o procedimento da Triagem antes da implementação do Procedimento de Manchester? | 93 |
| Tabela 5.10: Forma de aquisição de formação: | 94 |
| Tabela 5.11: Considerava que os recursos humanos existentes antes da implementação da Triagem de Manchester se encontravam adequados às necessidades do procedimento da Triagem dos clientes? | 94 |
| Tabela 5.12: Caracterização do espaço físico onde se realizava o procedimento segundo opinião colaboradores: | 95 |
| Tabela 5.13: Opinião dos colaboradores em relação ao circuito de encaminhamento de clientes. | 96 |
| Tabela 5.14: Forma de estabelecimento das prioridades de cada cliente, antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester? | 96 |
| Tabela 5.15: Classificação das parcerias existentes em relação à rapidez de orientação/concretização antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester? | 97 |
| Tabela 5.16: Classificação das instruções de trabalho escritas antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester? | 98 |
| Tabela 5.17: Profissional de saúde a quem se recorre para esclarecimento | |

| | |
|---|-----|
| de dúvidas: | 100 |
| Tabela 5.18: Existiam reuniões periódicas para melhorar e avaliar o procedimento da triagem de clientes antes da implementação do procedimento da triagem de Manchester? | 100 |
| Tabela 5.19: Opinião dos colaboradores sobre clientes triados com Implementação da Triagem de Manchester: | 103 |
| Tabela 5.20: Foi-lhe transmitida a missão, visão e valores do procedimento da Triagem de Manchester? | 103 |
| Tabela 5.21: Opinião dos colaboradores sobre a missão do procedimento: | 104 |
| Tabela 5.22: Conhece a Visão do procedimento da Triagem de Manchester | 104 |
| Tabela 5.23: Qual é a Visão do Procedimento da Triagem de Manchester? | 104 |
| Tabela 5.24: O procedimento da Triagem de Manchester serve para: | 105 |
| Tabela 5.25: Teve formação inicial para realizar o procedimento da Triagem antes de Manchester? | 106 |
| Tabela 5.26: Como considera o tempo de espera entre o procedimento da Triagem de Manchester e o atendimento médico de acordo com a prioridade estabelecida (cor branca, azul, verde, amarelo, laranja, vermelho)? | 107 |
| Tabela 5.27: Qual é a sua opinião quanto ao tempo de espera para a Triagem após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester? | 109 |
| Tabela 5.28: Considera que os RH existentes estão adequados às necessidades do procedimento da Triagem de Manchester | 109 |
| Tabela 5.29: Caracterização do espaço físico onde se realiza o procedimento da Triagem de Manchester | 110 |
| Tabela 5.30: Como considera o circuito de encaminhamento de clientes no procedimento de Manchester | 111 |
| Tabela 5.31: Indique se o nível de prioridade que o protocolo de Manchester sugere para cada cliente, após o procedimento da Triagem de Manchester, é o mais adequado: | 112 |
| Tabela 5.32: Como realiza o estabelecimento das prioridades de cada utente, com o procedimento da Triagem de Manchester? | 112 |
| Tabela 5.33: Classificação das parcerias existentes em relação à rapidez de orientação/concretização no procedimento da Triagem de Manchester? | 113 |
| Tabela 5.34: Classificação das instruções de trabalho escritas do procedimento da Triagem de Manchester: | 114 |
| Tabela 5.35: Profissional de saúde a quem recorre para esclarecimento de dúvidas: | 116 |
| Tabela 5.36: Comparação entre que clientes são triados antes e depois da implementação do procedimento da Triagem de Manchester: | 119 |
| Tabela 5.37: Comparação entre transmissão/comunicação da Missão, Visão e Valores antes e depois do procedimento da Triagem de Manchester: | 120 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 5.38: Comparação dos recursos humanos antes e depois da implementação do procedimento da Triagem de Manchester quanto adequação das necessidades: | 122 |
| Tabela 5.39: Comparação entre o circuito de encaminhamento de clientes. | 123 |
| Tabela 5.40: Comparação entre forma de estabelecimento de prioridades antes e após a implementação do procedimento: | 124 |
| Tabela 5.41: Matriz resultados e conclusões Critério 1 - Liderança | 126 |
| Tabela 5.42: Matriz resultados e conclusões Critério 2 – Planeamento e Estratégia | 128 |
| Tabela 5.43: Matriz resultados e conclusões Critério 3- Pessoas | 130 |
| Tabela 5.44: Matriz resultados e conclusões critério 4- Parcerias e Recursos | 132 |
| Tabela 5.45: resultados e conclusões Critério 5 – Processos | 134 |
| Tabela 5.56: Matriz caracterização dos respondentes | 135 |

Lista de Abreviaturas e Siglas:

AAM - Auxiliares de Acção Médica

AP- Administração Pública

CAF - *Common Assessment Framework*

DGAP- Direcção Geral Administração Publica

EFQM - *European Foundation for Quality Management*

GTP- Grupo Português de Triagem

HCD -Hospital CUF Descobertas

IQS- Instituto Português da Qualidade

OMS- Organização Mundial de Saúde

PDCA - *Plan-Do-Check-Act*

PNC - preço do Não-Cumprimento

SPA- Sistema de Pontuação Avançada

SPC- Sistema de Pontuação Clássica

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SAP - Serviço de Atendimento Permanente

TQM- *Total Quality Management*

UE - União Europeia

Introdução

A qualidade é hoje um termo fulcral, de grande actualidade e universalidade, presente na gestão das organizações e decisivamente influente no desenvolvimento das sociedades, sendo a procura da qualidade, uma característica da época actual.

A qualidade é um tema que vem sendo abordado desde há alguns anos a esta parte por vários autores (e.g. Deming, 1986; Juran, 1962;...). Pode dizer-se que a ideia inicial surgiu nos Estados Unidos da América, durante a Segunda Guerra Mundial. Esta ideia é depois exportada para o Japão, onde adquire outra dimensão, permitindo a reconstituição da indústria japonesa no pós guerra. Na Europa, bem como no resto do mundo, a preocupação com a qualidade dos serviços prestados pelas organizações de saúde é uma realidade (Pomey, 2004).

Rocha (2006) fala de cinco escolas: Deming, Juran, Crosby, Feigenbaum, e Ishikawa, destes são referidos no estudo os três primeiros, todos eles abordam a temática da gestão da Qualidade de uma forma autónoma e diferente.

A humanização não existe sem qualidade. A humanização e a qualidade devem ser para os profissionais de saúde uma preocupação constante. Às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que elevem ao exercício profissional de qualidade.

Melhorar a qualidade dos serviços prestados ao cidadão é, pois, um dos objectivos primordiais de qualquer organização de saúde. A noção de Qualidade está na moda e é um tema mais actual que nunca. Para tal, as organizações de saúde têm que apostar na mudança por meio de renovação de mentalidades, na adopção de novas formas de organização, do desenvolvimento pessoal dos seus profissionais, da sua motivação, porque a obtenção da qualidade não se alcança de forma isolada (Cruz e Carvalho, 1992). A qualidade em saúde

assume-se, assim, como uma forma de desenvolvimento organizacional. Assegurar a qualidade dos cuidados de saúde às populações através de mecanismos eficazes deixou há muito de se limitar uma necessidade identificada pela Organização Mundial de Saúde. Actualmente, o desenvolvimento da área da saúde constitui uma importante estratégia comunitária, nomeadamente na Europa através do Programa de Saúde XXI 2000-2006, inserido no 3º Quadro Comunitário de Apoio, no qual uma das medidas prioritárias se centra na “Certificação e garantia da qualidade” (Pignatelli, 2000).

Na sociedade Portuguesa, envolvida em grandes mudanças na área da saúde, o tema da qualidade é actualmente um dos temas mais presentes e factuais, relacionados com a oferta e a procura de cuidados de saúde, mas cujo enfoque são as questões da qualidade dos serviços prestados.

Os clientes de hoje revelam cada vez mais preocupações relativamente à qualidade dos cuidados que lhes são prestados, mostram-se atentos ao custo-benefício, são cada vez mais exigentes e reclamam quando não estão satisfeitos. Esta constatação mostra uma nova realidade, que exige mudanças constantes por parte das organizações, no sentido de antecipar e satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes (Mezomo, 2001).

Neste contexto de relevância da qualidade na saúde, impõe-se passar da teoria para a implementação de “boas práticas” num processo de melhoria contínua e da procura de elevados níveis de eficiência, como afirma Biscaia (2000), o que só se poderá atingir com sistemas de qualidade aplicados aos serviços de saúde.

A monitorização da qualidade dos cuidados pode realizar-se a vários níveis, no entanto, o programa no qual estão inseridas as unidades de saúde do presente estudo (unidades de saúde CUF) é a versão Portuguesa da Norma NP EN ISO 9001:2000.

A norma ISO 9001:2000 é referente à normalização de um sistema de gestão da qualidade que visa os processos, a garantia da qualidade do produto final, assim como, melhorar o grau de satisfação dos clientes, que se apresenta com alguma

flexibilidade, na medida em que as suas orientações permitem que seja aplicável à especificidade de cada organização, relativamente ao seu tamanho e estrutura, tipo de serviços que presta aos clientes, assim como os seus objectivos específicos.

A organização, neste caso o Hospital CUF Descobertas (HCD), fica envolvida num processo clínico de melhoria contínua da qualidade, que está assente no ciclo de Deming, que visa planear, executar, verificar e actuar.

Na implementação de um Projecto de Melhoria Continua da Qualidade impõe-se uma cultura organizacional orientada para os resultados e para a satisfação do cliente/utente, assim como, uma cultura de equipa, que promova o sentido de missão dos hospital e o espírito de cooperação entre os serviços, pois todos existem para servir melhor quem os procura (Bilhim, 2004).

Ao analisar a abordagem por processos, é importante não só perceber este tipo de dinâmica, mas entendê-la como uma mais-valia para a organização e para os clientes, tendo sido por aqui que se sentiu necessidade de iniciar este estudo, analisando e questionando a existência de pontos críticos.

No início da implementação do processo de melhoria não existia, uma ferramenta objectiva, fiável e devidamente validada para identificar a prioridade clínica de cada cliente no Serviço de Atendimento Permanente. Os clientes eram atendidos por ordem de chegada. Só em situações clínicas de gravidade evidente é que era alterada a sequência de atendimento. Surge, então, a necessidade de implementação de um sistema de triagem de clientes no Serviço de Atendimento Permanente.

O conceito da qualidade abrange múltiplas dimensões, devendo ser abordado numa perspectiva holística, ao invés de se limitar ao olhar específico de um componente. Durante o estudo a implementação e vigilância devem ser considerados. Dado ser necessária objectividade na forma de mensurar o seu sucesso, de manter viva a sua dinâmica e evolução.

Este estudo resulta, sobretudo, de um trabalho de recolha e análise documental e procura tratar de uma forma sistemática e acessível, informação relevante sobre a qualidade numa instituição de saúde, designadamente no Hospital CUF Descobertas, um hospital privado da região de Lisboa.

O presente estudo pretende testemunhar uma reflexão estruturante feita pela equipa, ou seja, colaboradores, em relação à identificação dos problemas, das suas causas e procura de soluções. Descreve e justifica a suas opções. Relata o processo de implementação. Compila os primeiros resultados e procede à sua análise. A conclusão deste trabalho dá início a um novo ciclo de melhoria com os pontos fortes e pontos fracos identificados e sugestões de melhoria.

É um trabalho empírico onde as observações realizadas procuram contribuir, de algum modo, para a compreensão do problema (Hill, 2002) da Qualidade Organizacional dos Serviços de Saúde, tentando assim encontrar explicações para alguns aspectos relacionados com esta problemática, ao nível do Serviço de Atendimento Permanente desta mesma instituição.

O que se pretende avaliar com a realização deste estudo é a existência ou não de diferenças significativas entre as opiniões expressas pelos diversos grupos de profissionais (médicos e enfermeiros) do Serviço de Atendimento Permanente do Hospital CUF Descobertas antes da implementação de um sistema de triagem e após a implementação do sistema de triagem seleccionado, Triagem de Manchester.

Como objectivos específicos pretende-se aferir em que áreas do procedimento se deve investir de forma a que existam melhorias significativas, tendo como objectivo a prestação de melhores cuidados de saúde aos clientes, ou seja, um aumento da Qualidade.

A implementação de um processo de mudança numa organização é, de uma forma geral, uma tarefa difícil. Para que se possa aferir a qualidade de um serviço há que medir/avaliar. Por toda a Europa, a avaliação das organizações é uma realidade.

Foi durante a presidência Austríaca (1998), que os responsáveis das Organizações dos vários estados membros da União Europeia assumiram o compromisso de se desenvolver um projecto no âmbito da Gestão da Qualidade, com o objectivo de criar uma Estrutura Comum de Auto-avaliação ou *Common Assessment Framework (CAF)*.

O modelo de avaliação CAF é uma ferramenta de auto-avaliação simples e fácil de aplicar a qualquer organismo, com resultados práticos bem definidos e úteis. A CAF é, então, uma ferramenta de Gestão pela Qualidade considerada de natureza evolutiva e que tem vindo a ser utilizada de forma crescente nos países da União Europeia.

Optou-se por um estudo de carácter quantitativo e do tipo de estudo de caso.

Após a descrição da visão geral sobre o tema em estudo, englobando os objectivos, assim como, a pertinência e a justificação da realização de um trabalho desta natureza, este trabalho organiza-se em 2 “partes”, cada uma delas dividida em “capítulos”, que seguidamente se apresentam e descrevem resumidamente.

A primeira parte: Parte I- Enquadramento Conceptual - desdobra-se em três capítulos:

No primeiro capítulo, aborda-se o enquadramento conceptual do estudo, alicerçado na literatura consultada conforme indicada, conceitos como Qualidade, Qualidade na Saúde, “Gurus” da qualidade, diferentes abordagens da definição de Qualidade.

No segundo capítulo é feita uma descrição do sistema de Triagem de Manchester, evolução histórica, fase de implementação. A abordagem feita ao sistema de Triagem de Manchester tem como finalidade analisar a importância que um sistema de triagem bem estruturado e funcionante tem, na melhoria dos cuidados prestados aos clientes.

No terceiro capítulo é apresentado o modelo *Common Assessment Framework* (CAF), designadamente a caracterização do modelo, explicar-se-á para que serve, o enquadramento teórico, a metodologia de aplicação, que vai permitir a comparação entre sistemas, produtos, serviços.

A segunda parte: Parte II- Estudo Empírico – Hospital CUF Descobertas desdobra-se em dois capítulos:

O quarto capítulo diz respeito ao estudo empírico, apresenta-se os objectivos e a metodologia para tratamento e análise de dados. É aqui que se aborda o instrumento de colheita de dados, ou seja, o inquérito por questionário à população seleccionada, especialmente no que se refere à concepção do questionário. É realizada uma breve caracterização da instituição onde o estudo teve lugar.

No quinto capítulo são apresentados os resultados relativos aos cinco critérios de meios do modelo *Common Assessment Framework* (CAF) no procedimento de Triagem de Manchester no Serviço de Atendimento Permanente do Hospital CUF Descobertas, ilustrados por gráficos e tabelas de frequências suportados pela interpretação descritiva das mesmas.

A última parte – Conclusões e Propostas de Investigação Futura – desdobra-se em dois capítulos:

No penúltimo capítulo, “conclusões”, sistematizam-se resultados e as conclusões extraídas ao longo do estudo;

No último capítulo, “Propostas de Investigação Futura”, apresentam-se quatro itens para uma futura investigação e limitações ao estudo.

Este trabalho ainda inclui um conjunto de anexos, referenciados ao longo do mesmo, que se encontram no CD em anexo.

PARTE I

Enquadramento Conceptual

No capítulo que se segue abordar-se-á alguns dos conceitos mais relevantes deste estudo. Analogamente efectuar-se-á referência às teorias ou opiniões de peritos, bem como ao estado actual do conhecimento sobre a temática inerente ao nosso problema de investigação.

Capítulo 1 – Enquadramento Conceptual da Qualidade

1.1 - Qualidade nas Organizações na Saúde

A qualidade tem vindo a ser objecto de atenção em diversas áreas, de facto, a necessidade de medir e avaliar a produção de bens e prestação de serviços tornou-se apanágio das sociedades contemporâneas.

Os primeiros conceitos de qualidade foram aplicados à indústria e surgiram no período pós Segunda Grande Guerra, nos anos 40/50. Em 1951, Fiegenbaum definiu qualidade como “a capacidade de um produto corresponder às expectativas para que foi criado e, de preferência, com o menor custo possível” (Green; Katz, 1997). Mais tarde, o conceito de qualidade é também aplicado à área comercial e à prestação de serviços, incluindo a saúde.

Em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS), citada por Kemp e Richardson (1995), definiu qualidade por “(...) a comparação de como o que foi definido com o nível dos cuidados prestados no aqui e agora, se compara com o que foi definido como o nível desejado de cuidados”.

O conceito de qualidade na saúde, está revestido de particularidades inerentes ao facto de ser construída a partir da singularidade da pessoa. Porém, possui características que são comuns às definições da qualidade em geral. Green e Katz (1997) enumeram algumas destas características (cf. Quadro 1.1).

Quadro 1.1: Características da Qualidade na Saúde

A qualidade pode ser definida e medida;

A qualidade é um processo dinâmico;

Qualidade implica competitividade;

Qualidade é fazer as coisas certas da forma mais acertada;

Qualidade implica resultados;

A qualidade é uma responsabilidade de todos;

A qualidade não pode ser separada dos custos;

Qualidade é sinónimo de desempenho adequado

Fonte: Adaptado de Green e Kartz, (1997)

A qualidade não se obtém por imposição, ela é um processo permanente de construção, de evolução e de invenção (Hesbeen, 2001). Este percurso deve, no entanto, ser direccionado. O encaminhamento é feito graças aos indicadores de qualidade. A noção de indicadores de qualidade, também presente no conceito de qualidade geral, é igualmente importante para compreensão e definição da qualidade na saúde. Os indicadores constituem parte da definição de qualidade, logo, não podem ser dissociados desta (Reis, 2005). Os indicadores de qualidade são: eficiência, adequação, aceitação, continuidade, acessibilidade, segurança, ética.

Pode-se afirmar que a qualidade em saúde é um conceito particularmente complexo. Em parte, isto deve-se ao facto desta ser composta por actores (clientes, profissionais e gestores) e diferentes unidades funcionais e, portanto, múltiplas visões. Por exemplo, para os clientes, a maior dificuldade é aceder a uma consulta sempre que necessário; para os profissionais da saúde é essencial a qualidade técnico-científica; e para o director de um hospital a qualidade do seu desempenho depende de uma gestão eficiente. (Ganopa, 2001).

De facto, são os vários "actores" da qualidade que determinam, com as suas escolhas e as suas orientações, quais vão ser as condições necessárias à melhoria dos cuidados oferecidos à população.

Assim, a base do actual conceito de qualidade em saúde é a própria sociedade. A crescente modernização das técnicas e organizações de saúde e a democratização da sociedade, parecem ser factores determinantes no aumento

das expectativas das populações em relação aos serviços prestados (Reis, 2005) e, conseqüentemente, à qualidade reconhecida nestes.

Na origem deste fenómeno parecem estar em alguns factores, descritos por Biscaia (2000) em quatro pontos distintos, que se sintetiza seguidamente:

- ▼ Vivemos na sociedade da informação
- O acesso de todo o tipo de informação é facilitado aos cidadãos pela variedade de meios disponíveis. Ex: televisão, *internet*.
- O desenvolvimento da medicina cria expectativas (por vezes desajustadas) em relação aos serviços prestados, sendo esquecidas as suas limitações.
 - ▼ Vivemos numa sociedade direccionada para os resultados
- São valorizados os direitos dos cidadãos em detrimento dos seus deveres.
- Os resultados com sucesso são valorizados em demasia (principalmente na área da saúde), sendo esquecidas as variações naturais inerentes ao ser humano.
- Os cidadãos vêem os serviços de saúde como sendo obrigatoriamente úteis e de resultados imediatos.
 - ▼ Existe uma crescente exigência de participação
- Pela sua especialização técnico-científica, aos profissionais de saúde é exigido uma participação mais activa no exercício da sua cidadania.
 - ▼ Existe uma forte necessidade de responsabilização
- Aos profissionais é exigido que não façam apenas o seu melhor, mas que acima de tudo, possuam capacidades para fazer melhor.

Para entender e definir a qualidade na saúde, é necessário também contextualizá-la nas políticas de saúde e, conseqüentemente, nos sistemas de saúde adoptados, são também eles um reflexo da sociedade em si e da sua evolução.

Reportando agora à realidade portuguesa, encontram-se nas “grandes opções políticas e nas principais linhas de acção para a Saúde “(2005-2006), um exemplo de como podem ser importantes as políticas de saúde na definição do conceito de qualidade e na aplicação de sistemas de garantia e melhoria da qualidade.

1.1.1. Breve Abordagem Histórica do Conceito de Qualidade na Saúde

1.1.1.1.-No Mundo

É difícil, conhecer os primórdios da qualidade, pois esta é tão remota quanto o próprio Homem. As primeiras preocupações com a qualidade dos produtos e serviços datam do início da existência da humanidade. Já na Idade da Pedra, existia a preocupação em analisar o resultado do trabalho antes de o utilizar. A busca constante do homem primitivo de material mais resistente para construir as suas armas, a procura de métodos para obter as melhores colheitas nas margens do Nilo ou os detalhes que marcaram as edificações da Roma Antiga, retratam momentos distintos de um passado distante, mas que numa análise criteriosa e contextualizada são comuns nas suas preocupações com a qualidade.

A expansão dos aglomerados populacionais e o crescimento do comércio, fizeram surgir necessidades de maior produção, o que originou o aparecimento de oficinas de artesãos. Registe-se que começou aqui a primeira diferenciação das actividades, relacionada com a qualidade a atingir no trabalho.

Também no Antigo Egipto, existia já uma preocupação com a qualidade e durabilidade dos monumentos faraónicos e, por isso, era verificado a perpendicularidade e regularidade dos blocos de pedra.

Os Fenícios inventaram um método de acção correctiva, a partir do método estático, e estavam atentos aos produtos não em conformidade, com a qualidade pretendida.

O Renascimento veio trazer o crescimento agressivo da competição entre produtores, forçando a um retorno às origens. Bastante mais tarde, nos séc. XVIII e XIX durante a Era Industrial a lógica dominante foi a da quantidade, com o menos custo possível. Só os privilegiados tinham acesso aos produtos de qualidade, sofisticados e raros.

Com o Advento do Taylorismo deu-se uma grande revolução na organização e racionalização do trabalho, procurava-se a alta produtividade através do trabalho em série, o que veio provocar a diminuição da qualidade do produto. Um benefício da filosofia da quantidade foi a democratização do consumo. Produzir em série, baixando os preços aos produtos tornando-os acessíveis.

Com a subida do nível de vida e a evolução da sociedade, do ponto de vista sociocultural, as exigências do consumidor aumentaram.

Durante a I Guerra Mundial, foi evidenciado o problema dos riscos do fornecimento de produtos fora das especificações, o que proporcionou uma organização mais formal da função qualidade, tendo conduzido a uma nova classe de profissionais – a dos inspectores.

A qualidade devia ser controlada através da inspecção dos produtos. O controlo da qualidade torna-se corrente, inicialmente feito à posteriori – controlo de conformidade ou de produto final; e depois à priori – controlo de processo.

Com a II Guerra Mundial surge uma lacuna na qualidade. As principais razões estavam relacionadas com a falta de controlo na concepção e com os desvios à normalidade dos processos de fabrico.

Nos finais dos anos 50, princípios dos anos 60, surgiu o conceito de Garantia de Qualidade, como consequência dos grandes investimentos industriais e das exigências dos grandes compradores sobre os fornecedores.

O controlo do processo pareceu insuficiente. Assim, surgiu a necessidade de um sistema integrado de gestão da qualidade, que permitia uma prevenção activa de erros ou defeitos através de fiscalização à priori e de auto controle, a que se deu o nome de Controlo de Qualidade Total, conceito surgido nos anos 70/80.

Nos Estados Unidos da América, a acreditação de estruturas de cuidados já é um processo antigo (Hesbeen, 2001). Em 1991, foi fundado, naquele país, o *Institute for Healthcare Improvement*, uma organização não lucrativa e independente que assumiu a missão de identificar e divulgar inovações que fossem contributos para a qualidade dos cuidados de saúde, não apenas nos Estados Unidos mas também internacionalmente.

Na Europa, porém, a necessidade da criação de um sistema de qualidade em saúde, só foi oficialmente definida (pela primeira vez) em 1985, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na Meta 31 da declaração “Saúde para todos no ano 2000”, onde era aconselhado que “até 1990, todos os estados membros deveriam ter estabelecido mecanismos eficazes de garantia de qualidade de cuidados aos utentes, no quadro dos sistemas de cuidados de saúde” (OMS citada por Almeida, 2001).

Mais tarde, também o Conselho da Europa, na recomendação nº17/97 do Conselho de Ministros, cria directrizes que visam a melhoria da qualidade para as organizações de saúde dos Estados Membros, tendo definido sistema de qualidade por o “conjunto integrado de actividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objectivo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados” (Biscaia, 2000).

Na Grã-Bretanha, foi criado, em 1999, o *National Institute for Clinical Excellence*, organismo que tem por objectivo fornecer informação e aconselhamento, aos profissionais de saúde e aos utentes, na área da qualidade dos serviços de saúde (Pisco, 2000).

Segundo (Garvin, 1992), a evolução da qualidade no Ocidente progrediu (evoluiu) até aos nossos dias especialmente através de quatro Eras, dentro das quais a arte de se obter qualidade assumiu formas distintas: Inspeção; Controle Estatístico da Qualidade; Garantia da Qualidade e Gestão da Qualidade Total.

Segundo (Saraiva, 2003) A Gestão da Qualidade Total, vulgarmente designada de TQM acrónimo do inglês *Total Quality Management*, abrange a garantia da qualidade, preocupando-se ainda com a melhoria dos produtos (bens e serviços), de forma a alcançar e superar as expectativas do cliente. Com o objectivo de incrementar a segurança e a qualidade dos serviços, têm-se implementado metodologias desenvolvidas à luz dos princípios da gestão da qualidade total. Todas as instituições necessitam de processos indicativos de que o serviço que presta seja necessário para o cliente e, simultaneamente, apresentem um nível aceitável de qualidade e de segurança (Sale, 1998).

A palavra *total* indica que a gestão da qualidade total tem como característica fundamental o empenho, envolvimento e a motivação de toda a organização e de todos os cargos, desde os gestores de topo ao pessoal dos níveis hierárquicos mais baixos.

Desenvolvida nos EUA, face as ideias de Deming, Juran tem como objectivo melhorar a qualidade dos serviços prestados e, em simultâneo, reduzir os custos.

1.1.1.1.1. Gurus da Qualidade

Os gurus da qualidade são estudiosos, tidos como mestres e as teorias que defendem são requisitos básicos para compreender e implementar um Sistema de Qualidade nas organizações. Entre alguns dos maiores Gurus da Qualidade estão: Edward Deming, Joseph Juran e Philip Crosby. Embora se encontrem bastantes divergências entre as diferentes teorias defendidas, estas giram sempre em torno dos conceitos de conformidade, adequação ao uso e satisfação do cliente. É desta dinâmica que surge a ideia de Qualidade.

Deming, W. Edwards (1900-1993)

“ Qualidade é aquilo que melhora o produto do ponto de vista do cliente (...) a qualidade deve ter como objectivo as necessidades do cliente presentes futuras (...)” (Deming,1993)

Em 1924, doutorou-se em Física e quatro anos mais tarde doutorou-se em Matemática na Universidade de Yale. Na década de 30, interessou-se pelo chamado controle estatístico dos processos industriais. Em 1950, foi convidado a ensinar qualidade no Japão.

Deming, sem dúvida, é um dos grandes vultos da revolução da qualidade, pôs em causa o mito da qualidade (melhoria da qualidade significa aumento de custos), desafiou o mito até à data dominante, onde a qualidade era desígnio de aumento de custos com reflexos negativos na produtividade.

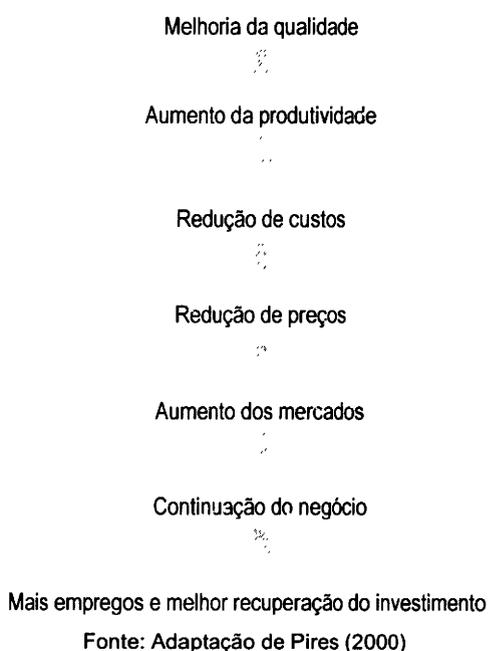
Todavia, essa teoria foi contrariada pela crescente penetração da indústria japonesa no mercado mundial, alicerçada na sua política, na qual é imprescindível desenvolver um fluxo contínuo de melhorias dentro da

organização, com especial atenção às expectativas e às necessidades dos clientes (Pires, 2000).

Para Deming, a qualidade é definida consoante as exigências e as necessidades do consumidor. Como estas estão em permanente mudança, as especificações de qualidade devem ser alteradas constantemente.

Deming diz que os gestores são responsáveis por 94% dos problemas de qualidade na empresa e que o seu papel principal é remover as barreiras na empresa, que impedem a realização de um bom trabalho. A Figura 1.1 apresenta o Modelo de Deming.

Figura 1.1: Modelo Deming



Segundo (Silva, 2004) “A qualidade deve ser orientada para as necessidades presentes e futuras do consumidor.” É desta forma que Deming vê a qualidade.

A sua abordagem assenta na utilização dos métodos estatísticos de controlo da qualidade, de uma visão sistémica da liderança: “Não é suficiente que os gestores de topo se comprometam para a vida com a qualidade e a produtividade. É preciso que conheçam aquilo com que se comprometem, ou seja, aquilo que lhes compete fazer. Estas obrigações não são delegáveis. Não basta apoio: é exigida acção.” (Saraiva, 2003).

Segundo (Mezomo, 2001), para Deming, a qualidade é a redução nas variações como fundamento para a contínua e permanente melhoria, bem como o orgulho do trabalhador, o conhecimento profundo e as habilitações adequadas.

As ideias de Deming surgem resumidas em 14 passos, as cinco doenças mortais da qualidade e tornaram-se uma referência universal no ensino e na prática da qualidade. O Quadro 1.2 apresenta esses 14 passos recomendados por Deming.

Quadro 1.2: Os 14 pontos recomendados por Deming

Crie uma visão consistente para a melhoria de um produto ou serviço objectivando tornar-se competitivo e manter-se em actividade

Adopte a nova filosofia e assuma a sua liderança

Termine com a dependência da inspecção como via para a qualidade

Minimize os custos com a selecção de um fornecedor preferencial

Melhore de uma forma constante e continua cada processo

Promova a aprendizagem no terreno

Encare a liderança como algo que todos podem aprender

Não lidere com base no medo. Evite usar estilo autoritário de gestão

Destrua as barreiras entre os departamentos funcionais

Elimine as campanhas ou slogans com base na imposição de metas

Abandone a gestão por objectivos com base em indicadores quantitativos

Não classifique o desempenho dos trabalhadores ordenando-os por ranking

Crie um ambicioso programa de formação para todos os empregados

Imponha a mudança como sendo uma tarefa de todos os trabalhadores

Fonte: Adaptação de Deming citado por Godinho e Neto (2001)

Deming (1991, citado por Silva, 2004), enuncia ainda cinco doenças mortais da gestão, apresentadas no Quadro 1.3.

Quadro 1.3: Cinco doenças mortais segundo Deming

Falta de constância de objectos, com a consequente insegurança da gestão e dos empregados

Enfase nos proveitos de curto prazo

Avaliação do trabalho pela produção, classificação pelo merito ou revisão anual do desempenho, com efeitos devastadores, por destruir o trabalho em equipa e alimentar a rivalidade;

Mobilidade dos gestores, conduzindo ao não entendimento da empresa onde se trabalha e ao não empreendimento de mudanças de longo prazo que são imprescindíveis para a qualidade e a produtividade

Condução de uma empresa apenas com dados visíveis. Os numeros mais importantes são desconhecidos ou insusceptíveis de ser conhecidos, como é o caso do efeito multiplicador de um cliente satisfeito

Fonte: Adaptação de Deming citado por Silva (2004)

Além dos princípios e das cinco doenças, Deming foi o principal responsável pela popularização do ciclo PDCA. Desenvolvido por Walter Shewart, O ciclo consiste num processo de desenvolvimento de melhorias contínuas. É representado por um círculo onde cada quadrante representa uma actividade de gestão para a busca de melhorias.

O primeiro quadrante representa a actividade de planear (Plan). O segundo a actividade de Fazer (Do); enquanto o terceiro significa verificar (Check) e o quarto representa a acção na correcção de eventuais distorções (Action).

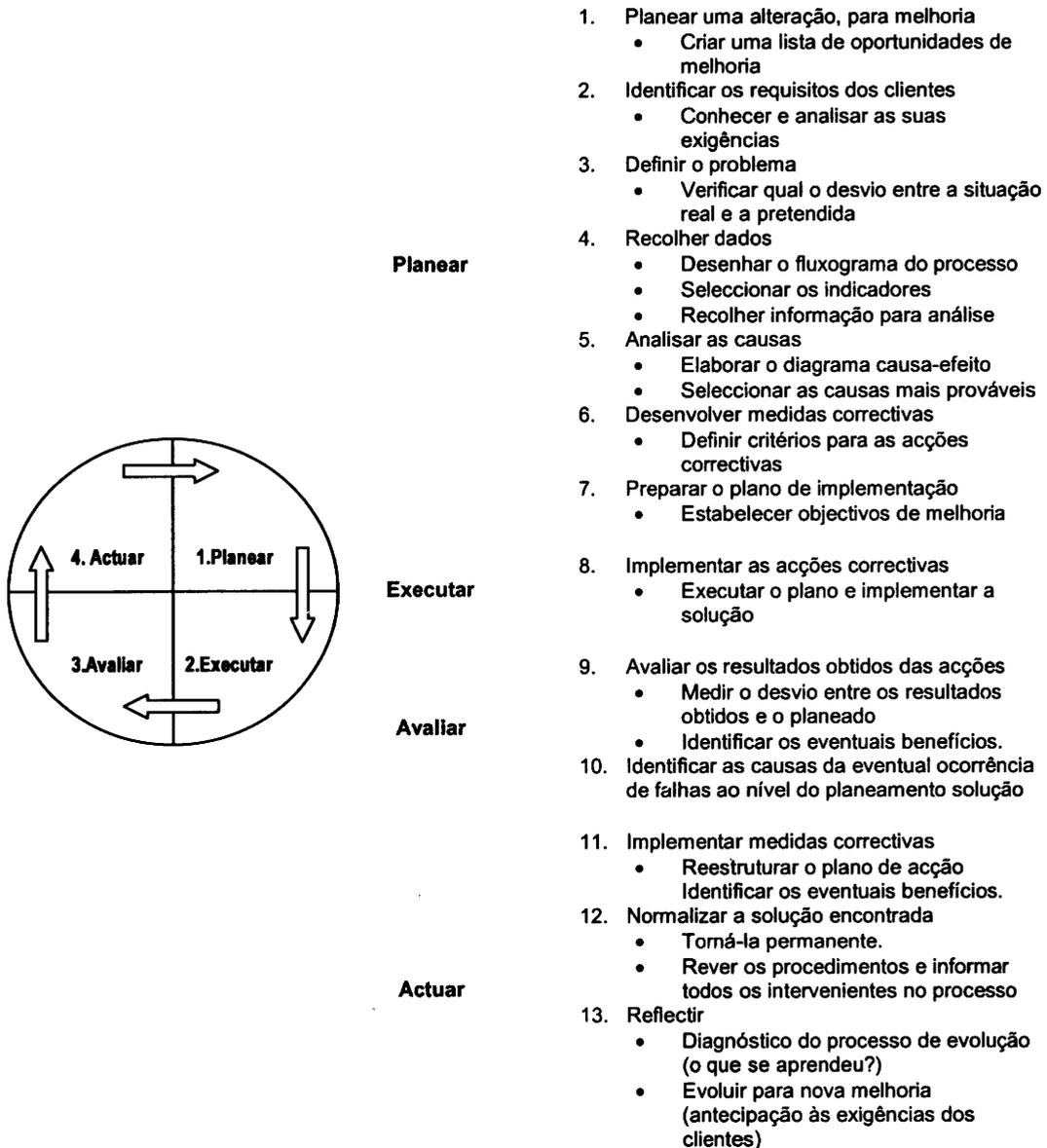
Perante as recomendações de Deming constata-se que a empresa deve estar inserida na nova economia, acordar para os desafios que o mercado impõe, como as novas tecnologias, onde a empresa deve estar adaptada ao ambiente, com o objectivo de se tornar competitiva e de se manter em actividade.

" Qualidade é tudo aquilo que melhora o produto no ponto de vista do cliente" (Deming, 1993).

A empresa deve atender as necessidades e desejos do cliente, para isso deve melhorar de forma contínua os seus processos, de modo a favorecer a qualidade e a produtividade para satisfazer os seus clientes.

Esta concepção é representada pelo ciclo PDCA: As actividades de planear, executar, avaliar e actuar. A Figura 1.2 mostra o ciclo PDCA.

Figura 1.2: Ciclo de Shewhart /Ciclo de melhoria



Fonte: Adaptação de Silva, citado por Costa (2005).

Este ciclo enfatiza o clima organizacional da empresa, onde deixa claro que todos os funcionários (colaboradores) devem participar dos desafios que a empresa enfrenta, destruindo as barreiras entre os departamentos, deve-se trabalhar em equipa, pois a transformação da empresa é competência de todos.

Sendo assim, a empresa deve estar bem estruturada e harmónica para produzir com qualidade.

As organizações necessitam de um planeamento para que possam atingir seus objectivos e redireccionar as suas acções. O planeamento é uma actividade contínua e compete aos gestores planear e avaliar sempre os resultados para, a partir daí, reiniciar as novas actividades da organização, ou seja, compete a estes aplicar o ciclo PDCA. Podemos dizer que este ciclo é uma das bases filosóficas mais fortes de um programa de Qualidade Total, pois é a forma como actuar na melhoria contínua.

Nos serviços de saúde, é frequentemente utilizado o ciclo PDCA como sistema de avaliação. No Modelo Comum de Avaliação (CAF), referido no capítulo 3, um dos seus principais objectivos é passar de uma lógica de “Planear-Fazer” para um ciclo completo e desenvolvido de Planeamento-Execução-Revisão-Ajustamento (PDCA).

Juran, Joseph M. (1904)

“ A qualidade é ausência de deficiências (...) qualidade é adequação ao uso ” (Juran, 1992).

Juran nasceu em 1904 na Roménia, e emigrou para os Estados Unidos, em 1912. Formado em engenharia e com doutorado em direito, começou a sua carreira em 1924 na Western Electric Company. Ao lado de Deming, Juran é considerado o precursor da revolução da qualidade no Japão, onde leccionou e dirigiu acções de formação e consultoria. Juran recebeu 40 prémios internacionais de 12 países.

O essencial da obra: Juran aplicou a estratégia empresarial à qualidade, em vez de ligá-la meramente à estatística ou aos métodos de controlo total da qualidade. Definiu qualidade como "adequação ao uso". Do ponto de vista dos processos básicos pelos quais gerimos a qualidade, Juran divide-os em três (Trilogia de Juran): planeamento da qualidade, controlo da qualidade melhoria da qualidade.

Os processos abaixo descritos, inter-relacionados, são apontados por este autor como medidas chave que a gestão deve implementar, como método de conduzir a organização de forma sequencial, a alcançar um nível aceitável da qualidade, conhecido como *The Juran Trilogy* (cf. Figura 1.3).

Figura 1.3: Trilogia de Juran

| Planeamento da qualidade | Controlo da qualidade | Melhoria da qualidade |
|--|--|--|
| <p>Definição: Corresponde ao desenvolvimento de produtos e processos necessários para satisfazer as necessidades dos clientes, de acordo com as seguintes etapas:</p> | <p>Definição: Avaliar o nível da <i>performance</i> implementada na organização com base nos seguintes critérios:</p> | <p>Definição: A atitude dominante é a de acreditar que o nível actual de desempenho não é o pretendido e que alguma coisa pode ainda ser feita para o melhorar. A ênfase situa-se na melhoria contínua, segundo as seguintes medidas:</p> |
| <p>Identificar os clientes e as suas necessidades.</p> | <p>Recolher dados e comparar o actual desempenho com os objectivos inicialmente traçados.</p> | <p>Estabelecer infra-estrutura adequada para melhorar a qualidade estabelecida.</p> |
| <p>Desenvolver produtos que respondam adequadamente às suas necessidades.</p> | <p>Actuar nas diferenças registadas entre o real e o pretendido</p> | <p>Desenvolver projectos e programas de melhoria da qualidade e identificar as actividades que necessitem de medidas de intervenção correctiva.</p> |
| <p>Desenvolver processos que permitam assegurar as características exigidas dos produtos.</p> | | <p>Constituir equipas de trabalho (multidisciplinar) no desenvolvimento dos projectos e programas de melhoria da qualidade, responsáveis pela condução no sentido de assegurar o êxito.</p> |
| | | <p>Providenciar motivação e formação necessária a fim de capacitar a equipa multidisciplinar a diagnosticar as causas das deficiências. Estimular o desenvolvimento da solução ideal e melhorar num processo contínuo (Juran, 1989).</p> |

Fonte: Elaboração própria

Porém, o sucesso da implementação das medidas acima propostas, nomeadamente no que diz respeito à Melhoria da qualidade, (Juran, 1999) aponta, como factor crítico de sucesso, a capacidade da gestão em desenvolver

a sua estratégia com base nas seguintes recomendações. O Quadro 1.4 apresenta as características da qualidade segundo Juran.

Quadro 1.4: Características da Qualidade segundo Juran:

Manter a consciência da necessidade e oportunidade para melhorar.

Estabelecer metas acessíveis.

Para se atingir metas é necessário que as organizações se reestruturem, criando equipa de trabalho em qualidade, apostando em projectos de melhoria e identificando precocemente os problemas.

Apostar sempre na formação dos profissionais.

Implementar soluções para os problemas atempadamente.

Divulgar os progressos ao grupo de trabalho.

Reconhecer o trabalho efectuado.

Comunicar permanentemente os resultados alcançados.

Manter os resultados alcançados.

Manter o programa anual de qualidade como parte da rotina da organização.

Fonte: Adaptado Sá (2002)

Em síntese, verifica-se uma convergência de ideias quanto à definição de qualidade, onde a satisfação total dos clientes e a sua fidelização, parece ser o objectivo primordial a alcançar. Todavia, não é possível satisfazer esse objectivo se os serviços prestados não forem adequados às necessidades. Importa pois, que sejam desenvolvidas metodologias de intervenção, de forma a responder com eficácia a essas necessidades.

Para Juran, a superioridade japonesa na gestão da qualidade deve-se ao empenho da alta administração; à ênfase na educação e treino para todos os trabalhadores; à participação dos trabalhadores nas decisões; e à adopção de objectivos de qualidade.

Os clientes de hoje revelam cada vez mais preocupações relativamente à qualidade dos cuidados que lhe são prestados, mostram-se atentos ao preço-benefício, são cada vez mais exigentes e reclamam quando não estão satisfeitos. Esta constatação mostra uma nova realidade que exige mudanças constantes por parte das organizações, no sentido de antecipar e satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes.

Neste contexto de relevância da qualidade na saúde, impõe-se passar da teoria para a implementação de "boas praticas" num processo de melhoria continua e da postura de elevados níveis de eficiência, como afirma Biscaia (2000), o que só se poderá conseguir com sistemas de qualidade aplicados aos serviços de saúde.

Crosby, Philip B.(1926)

"Qualidade é o brilho que distingue o melhor do resto (...) qualidade é investimento" (Crosby,1986).

Crosby nasceu em 1926. Em 1952, trabalhou como engenheiro na Crosley Corporation e, em 1957, passou a gestor da qualidade da Martin-Marietta, onde desenvolveu o conceito do "zero-defeito". Em 1965, foi eleito vice-presidente da ITT, onde trabalhou 14 anos. Em 1979, fundou a Philip Crosby Associates e lançou a obra "*Quality is Free*", um clássico do movimento da qualidade.

Segundo (Mezomo, 2001) para Crosby, qualidade significa " conformidade com os requisitos" e não "bondade" ou "elegância", pois estes são conceitos que mais confundem do que esclarecem o conceito.

Para o mesmo, se não houver exigências claras, a qualidade torna-se sem sentido ou algo subjectivo. Se a qualidade só for entendida pelo orador, cada orador pode dar-lhe um sentido diferente, então este não terá uma definição para a organização como um todo. Assim sendo, Crosby relaciona a qualidade a um standard, porque uma vez definido, ele acaba com a confusão e aí sim inicia a produção (ou serviços) de alta qualidade.

O essencial da obra: Crosby está associado aos conceitos de "zero-defeito" (lançado em 1961) e de "fazer certo da primeira vez". Segundo Crosby, as iniciativas na qualidade devem vir de cima para baixo, lideradas através do exemplo. Crosby defende que os responsáveis pela falta de qualidade são os gestores e não os trabalhadores.

Crosby foi autor dos "Princípios Absolutos da Gestão da Qualidade", que mais tarde se tornaram as bases do "*Quality College*".

Os Princípios são:

- A Qualidade é definida como o cumprimento dos requisitos (ISO 9000:2000 utiliza essa definição).
- A Qualidade é o resultado da prevenção (Incluído na ISO 9000:2000).
- A Qualidade tem um padrão de desempenho de Zero Defeitos.
- A Qualidade é medida pelo Preço do Não-Cumprimento (PNC).

O processo Crosby fornece as organizações uma linguagem comum da qualidade e um mapa do caminho a ser seguido para tornar a qualidade parte da rotina diária de todos, todos os dias. Dessa maneira o processo para a melhoria da qualidade além de fazer sentido se torna a prática comum da organização.

1.1.1.2 Em Portugal

Segundo Pisco (2000), é no final dos anos oitenta que são dados os primeiros passos importantes para o desenvolvimento na área da qualidade em saúde, em Portugal. De facto, é nesta altura que é criado o normativo que obriga à criação de Comissões de Qualidade em todos os estabelecimentos de saúde, que começam a ser feitos investimentos de formação nesta área e que surge a Direcção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade (na Direcção Geral da Saúde).

Desde 1992, em Portugal, o Secretariado para a Modernização Administrativa lançou o Programa de Qualidade em serviços públicos. De 1993 até hoje, têm-se lançado anualmente os Prémios de Qualidade em serviços públicos.

A necessidade de implementar Sistemas de Qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional dos Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto de Qualidade em Saúde.

Já no final dos anos 90, a qualidade na saúde é assumida como prioritária na definição de estratégias de saúde pelo Governo português na “Estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)”.

Em consequência, é definida uma política de Qualidade na Saúde integrada na própria Política de Saúde e surge o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

O Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) foi criado em 27 de Abril de 1999, tendo como objectivo a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visam “promover a melhoria contínua do desempenho nos cuidados de saúde”. Pisco (2001) acrescenta ainda que, este organismo tem por função “apoiar os profissionais e as organizações de saúde” na área da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

1.1.2-Qualidade na Saúde

A qualidade na saúde tem algumas características que a diferenciam da qualidade noutras áreas de actividade. Assim sendo, a qualidade na saúde é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais. É também ser proactivo para prevenir e dar resposta, e não só procurar novas oportunidades de mercado.

A qualidade em saúde traduz-se em assegurar a todos os utilizadores, em tempo útil, os melhores serviços com custos adequados.

Pode dizer-se que, os cuidados de saúde são um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação de desempenho, abrangendo todos os níveis, tendo como objectivos a melhoria contínua da qualidade e a duração de vida dos utentes.

A Organização Mundial de Saúde identifica como componentes de cuidados de saúde de qualidade, o elevado grau de excelência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, os riscos mínimos para os doentes, a satisfação para os utilizadores e a obtenção de resultados de saúde.

1.1.2.1- Perspectivas sobre Qualidade na Saúde

Recentemente Alan Gillies (1997) propôs um modelo de classificação da Qualidade, adequado aos cuidados de saúde. Estas diferentes perspectivas são necessariamente estereótipos, já que qualquer modelo representa sempre e apenas uma parte da realidade. Desta forma, de acordo com vários ângulos de observação temos várias perspectivas.

A Perspectiva Transcendente considera a qualidade, com um sentido de excelência ou ideal. Embora, seja de pouca utilidade na análise do problema da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, é incluída, para muitas pessoas, como um conceito fundamental no entendimento do que é a qualidade.

A Perspectiva da Saúde Pública baseia-se na ideia de que a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos se reflecte na "Saúde da Nação". A principal ideia desta perspectiva é que a qualidade de cuidados deve procurar manter e melhorar a saúde, mais do que cuidar da doença. Esta perspectiva deve ser encarada como uma estratégia, na prestação de cuidados de saúde de qualidade.

A Perspectiva baseada nos Recursos tem por base a ideia, de que a qualidade dos cuidados prestados se refere ao máximo de cuidados, que podem ser obtidos de acordo com os recursos existentes destinados a esse fim. Preocupa-se com a efectividade dos cuidados, com a redução do desperdício e a promoção da prestação de cuidados, tendo em vista a avaliação do custo/benefício.

A Perspectiva dos Profissionais valoriza os conhecimentos e os resultados clínicos. Considera um resultado clínico de sucesso como a principal medida de qualidade. Tradicionalmente valoriza o papel central do médico, embora se tenha

vindo a encaminhar para a promoção da perspectiva, baseada no trabalho em equipa.

A Perspectiva dos Utilizadores salienta que o bem-estar e a satisfação dos utilizadores são cruciais. Tende a ser uma perspectiva individual mais do que colectiva, pois as necessidades de cada utilizador podem ser diferentes e mesmo colidir com as necessidades de outros utilizadores, assim como, podem estar em conflito com a perspectiva dos profissionais.

Num mundo ideal, todas estas perspectivas e todos os diferentes pontos de vista poderiam beneficiar de determinada medida.

No mundo real, infelizmente, existem tensões e conflitos, por exemplo entre qualidade e custo, entre a visão dos profissionais e a dos cidadãos. Um público melhor informado é mais exigente, na defesa dos seus direitos e põe em causa a tradicionalmente inquestionável, autoridade dos profissionais.

Estes são alguns dos aspectos que tornam as questões, relacionadas com a qualidade na prestação de cuidados de saúde, difíceis e complexas de abordar, e tornam as discussões sobre este assunto aliciantes. Quando se exprime uma perspectiva deve-se ter em consideração que existem, pelo menos, mais quatro pontos de vista que devem ser tidos em conta.

1.1.3-Pertinência da Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde

A Qualidade na Saúde surge como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde. O aumento das expectativas e o grau de exigência dos cidadãos é determinante na organização e prestação destes cuidados.

A lei de gestão hospitalar nº27/2002, de 8 de Novembro, aprova o novo regime de gestão hospitalar.

Encontra-se no:

- Artigo 4º: Princípios gerais na prestação de cuidados de Saúde: alínea c) “Atendimento de qualidade, com eficácia e em tempo útil aos utentes”;
- Artigo 5º: Princípios específicos da gestão hospitalar: alínea b) “Garantia aos utentes da prestação de cuidados de saúde com um controlo rigoroso dos recursos”;

- ▼ Artigo 6º: Poderes do Estado: alínea b) “Fixar a directriz a que devem obedecer os planos e programas de acção, bem como a avaliação de qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados à população”; alínea c) “Exigir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da actividade dos hospitais”; alínea d) “Determinar auditorias e inspecções ao seu funcionamento, nos termos da legislação aplicável”.

Nos últimos anos, tem-se assistido a importantes modificações na cobertura do país pelos serviços de saúde. A construção de novos hospitais e centros de saúde permite que, hoje, se olhe para os investimentos no sector da saúde, de uma forma bastante diferente daquela que predominava há alguns anos atrás.

Ao elaborar e negociar o Programa Operacional Saúde XXI foi necessário orientar os financiamentos para outras áreas do sistema de saúde, nomeadamente através do desenvolvimento de instrumentos, que promovessem uma profunda modificação organizacional destes serviços. Introduziram-se assim adaptações culturais centradas nas necessidades dos cidadãos, que garantissem a qualidade dos cuidados. É também necessária a responsabilização dos dirigentes e profissionais de saúde na utilização dos recursos da comunidade e uma participação cada vez maior dos indivíduos nas decisões que lhe dizem respeito.

Em Portugal, o empenho do Instituto da Qualidade em Saúde tem permitido uma dinamização constante da mudança, colaborando activamente na orientação dos financiamentos disponibilizados pela Saúde XXI. De entre vários, destaca-se o Projecto de Acreditação de Hospitais pelo *King's Fund/Health Quality Service*, o Manual de Admissão e o do Atendimento dos Doentes.

A evolução da medicina, o aumento da esperança de vida, o aumento das doenças crónicas e o crescimento dos custos com a saúde realiza-se num ambiente determinado pela exigência da qualidade, constituindo factores determinantes da própria evolução.

1.1.4- Garantia da Qualidade nos Hospitais

A avaliação e a garantia da qualidade dos serviços são, hoje, questões prioritárias em Saúde. O conceito de garantia da qualidade tem origem no contexto das empresas americanas, onde surgiu com o intuito de se criarem métodos, capazes de assegurar uma qualidade cada vez maior, dos produtos resultantes da actividade dessas empresas.

Dada a relevância da actividade privada no sistema de saúde americano não é de admirar que o conceito e os métodos de garantia da qualidade tenham sido adaptados e aplicados às actividades desenvolvidas pelos hospitais e outras instituições de saúde. Os objectivos são estabelecer nos hospitais os padrões mínimos obrigatórios para que possam ser acreditados e elaborar métodos fiáveis de identificação e superação de eventuais falhas, na qualidade dos serviços.

A garantia da qualidade diz respeito à responsabilidade do prestador e é o seu único instrumento para obter resultados óptimos, junto ao cliente (Davis, 1994). A qualidade tem sido tradicionalmente uma questão primordial na prestação de cuidados de saúde e os programas de garantia da qualidade tiveram, historicamente, o principal papel no assegurar desta responsabilidade.

Segundo Irvine (1990), a garantia da qualidade “ (...) é um processo, através do qual, é garantida a comparação dos cuidados prestados, com standards predeterminados, de modo a garantir a introdução de medidas correctivas e assegurar-se que estas produzirão as medidas desejadas”. Outra definição, de acordo com Williamson (1978), seria “ (...) garantia da qualidade é a medida do nível actual dos serviços prestados mais os esforços para modificar, sempre que necessário, a prestação desses serviços, tendo em conta os resultados dessa medição”.

1.1.4.1- Avaliação e Monitorização da Qualidade

Embora a qualidade possa ser encarada segundo uma perspectiva que traduz a conformidade com um documento de referência relativo a um produto ou serviço,

importa fundamentalmente uma outra perspectiva, mais vasta e abrangente que diz respeito a todas as organizações e que se refere à gestão da qualidade numa organização, otimizando o consumo de recursos e a procura estratégica da satisfação do utilizador.

A melhoria da qualidade nos serviços de saúde passa pela adopção de um processo estruturado de identificação e solução de problemas, preferencialmente baseados em actividades internas, voluntárias, contínuas e sistemáticas. Sem mudanças de comportamento e sem a cooperação de todos os profissionais, não será possível melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Numa gestão de qualidade, os resultados que se pretendem para os serviços de saúde passam, para além dos ganhos em saúde, pela maior satisfação dos cidadãos e profissionais desta área.

As questões relacionadas com a avaliação da qualidade têm vindo a merecer cada vez mais destaque, no campo dos serviços de saúde. Para tal, contribuem vários factores, nomeadamente de ordem económica, com o intuito de determinar a eficiência dos serviços e identificar as características daqueles que conseguem assegurar cuidados de qualidade, por menores custos. Outro factor diz respeito à crescente sensibilidade da opinião pública, para a importância dos serviços de saúde oferecerem padrões mínimos de qualidade e com a participação cada vez mais activa dos utentes e familiares, na defesa destes padrões.

A avaliação da qualidade tem como função averiguar a relação entre aquilo que existe e a situação que deveria existir, de acordo com os objectivos do serviço. Por conseguinte, a avaliação consiste, fundamentalmente, no conjunto de métodos, que permitem medir qual o grau de realização dos objectivos, previamente estabelecidos.

Avaliar um serviço, envolve sempre a produção de um juízo sobre a actividade por ele desenvolvida, sendo um indispensável instrumento de decisão e um passo essencial, no processo de planeamento.

Segundo a conceptualização de Donabedian, citado por Almeida (1994), podem ser consideradas três dimensões fundamentais, na avaliação:

- ▼ *Estrutura:* Conjunto de características dos prestadores de cuidados; instrumentos e os outros recursos que têm à sua disposição; ambiente físico e organizacional no qual trabalham.
- ▼ *Processo:* Conjunto de actividades referentes à relação prestador/utilizador, nomeadamente, ao modo como os cuidados são prestados, tendo em conta o diagnóstico e a terapêutica.
- ▼ *Resultados:* Efeitos obtidos pelas actividades em curso, de acordo com os objectivos dos cuidados,
- ▼ Identificando as mudanças no estado de saúde, corrente ou futura, dos utilizadores, atribuível a cuidados de saúde prestados.

A melhoria contínua da qualidade é um sistema organizado para melhorar, de uma forma constante, os procedimentos, os resultados e os serviços prestados por qualquer instituição, incluindo hospitais e serviços de saúde.

A Norma ISO 9001:2000, como uma ferramenta para avaliar a Qualidade, é um sistema de gestão da qualidade que visa os processos, a garantia da qualidade do produto final,

assim como, melhorar o grau de satisfação dos clientes, que se apresenta com alguma flexibilidade, na medida em que as suas orientações permitem que seja aplicável à especificidade de cada organização, relativamente ao seu tamanho e estrutura, tipo de serviços que presta aos clientes, assim como aos seus objectivos específicos.

No caso de uma organização que pretenda comprovar a sua competência para oferecer produtos que possam atender às necessidades / requisitos do cliente, a Norma ISO 9001:2000 define os requisitos necessários para a aplicação eficaz de um sistema de gestão da qualidade, cuja finalidade é o aumento da satisfação do cliente.

Apresenta requisitos universais que funcionam como directrizes, que se podem aplicar a qualquer tipo de organização, sendo esta última quem tem as responsabilidades ao nível da identificação de problemas e oportunidades de

melhoria, definição dos processos, elaboração de documentação, implementação de soluções, controle dos resultados, identificação de desvios, sua origem e correcção e, finalmente, na manutenção do sistema.

Estabelece, ainda, os requisitos relativos à documentação do sistema de gestão da qualidade, que englobam documentação referente à política de qualidade e seus objectivos, a elaboração de um manual da qualidade, documentação sobre procedimentos gerais e específicos, incluindo aqueles que permitem à organização, a gestão eficaz dos seus processos.

Mas, se a qualidade significa colocar os clientes no centro de todo o processo, significa também mudança que, conforme se sabe da prática, é sentida por alguns como um desafio estimulante, mas para muitos constitui um obstáculo que se não for ultrapassado pode dificultar grandemente o decorrer de todo o processo. Daí advém a grande necessidade de uma promoção efectiva da participação e envolvimento de todos os actores no processo, pois são as pessoas que fazem a mudança acontecer.

Ao pretender implementar um sistema de gestão da qualidade, há princípios orientadores a seguir, sendo a abordagem por processos uma das directrizes prevista na Norma ISO 9001:2000, que define processo, como um conjunto de actividades que transformam entradas (*inputs*) em saídas (*outputs*), sendo habitual a saída de um processo constituir a entrada de outro, como já foi referido anteriormente. Está presente a noção de que os processos são transversais a toda a organização, sendo estes que orientam e permitem o controlo da sua actividade em cada passo e encontrando-se inter-relacionados, com outros processos e sub-processos.

Numa perspectiva macro, pode-se aferir que a visão da organização como um conjunto de processos, facilita o trabalho e permite uma maior satisfação do cliente.

Para que tal aconteça é necessária a definição dos chamados processos centrais, que definem o processo principal (o corpo), assim como, os que dele decorrem ou interagem, ou seja, os sub-processos.

Segundo Saraiva (2003), o termo “Qualidade” está na moda no mundo da gestão, em geral, e no das organizações em particular. Está na moda desde pelo menos há cinquenta anos. Mas, uma moda tão duradoura não é moda, é uma constante da vida económica. A noção de Qualidade é mais actual que nunca, mas este termo de uso corrente e banal encerra muitos ardis. Todos julgam saber o que é a qualidade, mas muito poucos são capazes de a definir correctamente.

Com a globalização dos mercados assiste-se ao aparecimento de inúmeras organizações que repetem ideias e produtos. Quando uma organização quer adaptar-se à mudança, nem sempre é necessário reinventar tudo e começar do zero. Por vezes, a melhor atitude é fazer pequenas melhorias recorrendo a uma aposta na qualidade.

No capítulo seguinte aborda-se, então, uma proposta de melhoria com a implementação de um procedimento (Procedimento da Triagem de Manchester), que está relacionado com a melhoria de serviços prestados pela organização em estudo.

Capítulo 2- Enquadramento Conceptual do Procedimento de Triagem de Manchester

A qualidade dos serviços prestados deixou de ser uma opção e passou a ser uma finalidade para todas as organizações e serviços, dado que o mercado está cada vez mais competitivo.

Sem essa qualidade as organizações não têm clientes, não têm mercado e, por isso, deixarão de ter legitimidade social.

À semelhança do que acontece nas organizações, também as instituições de saúde lutam pela garantia de uma qualidade de excelência, na prestação de cuidados aos utentes, nunca esquecendo a sua missão.

Nas instituições hospitalares, a excessiva procura dos serviços de urgência é uma realidade de muitos países e Portugal não é excepção. Pelo facto de os doentes terem a garantia de serem observados clinicamente, a qualquer hora do dia ou da noite, num sistema universal, tendencialmente gratuito, verificam-se assim situações de verdadeira ruptura ao nível dos serviços de saúde.

De acordo com Torres (2002), o cliente que recorre ao serviço de urgência, espera ser atendido com a máxima prontidão, que lhe prestem cuidados, que lhe preservem a vida, num ambiente calmo, seguro e de grande competência técnico-científica e humana.

Qualquer que seja o problema de saúde que leve o indivíduo a procurar o serviço de urgência, ele considera-o como o mais urgente, quanto mais não seja, porque é o seu e é o que o está a preocupar. Por vezes, o cliente/família apresentam um elevado estado de ansiedade, exigindo atenção imediata, pois é a sua sobrevivência e/ou dos seus familiares, que pode estar em causa.

Se a afluência de clientes é reduzida, estes podem ser atendidos à medida que chegam, mas caso contrário, quando a afluência é excessiva surge a necessidade de estabelecer prioridades de acordo com a gravidade do utente.

Perante esta realidade, urge encontrar as soluções adequadas para que o atendimento nos serviços de urgência se torne mais eficaz e eficiente, sendo neste contexto a triagem uma solução possível.

Este processo poderá ser realizado e desenvolvido pelo médico ou pelo enfermeiro, mas é o enfermeiro, o profissional de saúde, indicado para o fazer com as técnicas inerentes ao processo de triagem.

A este propósito Torres (2002), afirma que a triagem é “a mais avançada prática de enfermagem de urgência, pois assegura uma abordagem científica, para todos os clientes que recorrem ao serviço de urgência, proporcionando condições para uma actuação de alto nível”.

Mas, para que o profissional de saúde dê uma resposta cabal, eficiente e eficaz torna-se vital que se familiarize com as técnicas inerentes ao processo de triar.

A triagem tem como principal objectivo fazer a categorização dos clientes, estabelecendo prioridades de atendimento, mas outros se revelam importantes, como acolher e encaminhar de forma humanizada e individualizada, garantindo um atendimento rápido dos utentes, pelo pessoal apropriado na área clínica adequada.

A implementação da triagem num serviço de urgência geral é um processo complexo, que implica a existência de critérios predefinidos e universais que pautem o desempenho dos profissionais. A forma mais fidedigna, de cumprir estes critérios, será a adopção e adaptação de um sistema de triagem que os garanta.

Foi à luz destes princípios que um dos hospitais privados da região de Lisboa, Hospital CUF Descobertas, adoptou o sistema de triagem, segundo o protocolo de Manchester, composto por discriminadores específicos e gerais, que descrever-se-á mais em pormenor noutra parte deste capítulo. No entanto, o uso deste protocolo não deve inibir o parecer ou a intuição do profissional de saúde que faz triagem.

Ao trabalhar num serviço de Urgência Geral que utilize esse protocolo, pode-se deparar também com esta actividade e algumas dificuldades parecem existir na consecução da mesma, que não se restringe apenas à atribuição de prioridades.

Reflectindo um pouco sobre as vivências dos profissionais deste serviço, parece importante proceder a esta identificação.

2.1-Evolução Histórica da Triagem:

A palavra “triagem” segundo Cardoso (1993), citado por Cordeiro (2002), é epistemologicamente originária do termo francês: *triage*, que se traduz como “escolha, acção de escolher, acção de separar”. No Dicionário de Sinónimos (1995), triagem significa simplesmente seleccionar, escolher.

Muitas definições seriam possíveis de enunciar, contudo o conceito defendido por Cardoso (1993), citado por Cordeiro (2002), é que a triagem se traduz “...basicamente por uma observação e avaliação do cliente com a finalidade de estabelecer prioridades de atendimento, de modo a reduzir o tempo de espera no serviço e assegurar que os utilizadores recebam tratamento adequado à situação.”

Os registos da primeira utilização do conceito de triagem, e segundo Cordeiro (2002), remontam ao início do século XX, para uso exclusivo de práticas militares, durante a II Guerra Mundial. Devido ao grande número de feridos a necessitarem de cuidados urgentes, a triagem tinha como objectivo avaliar os cuidados necessários aos mesmos e determinar qual a área específica para onde deveriam ser enviados.

A triagem começou progressivamente a ser utilizada noutras áreas: primeiramente em situações de catástrofe ou de grandes acidentes e só posteriormente foi introduzida em Instituições Hospitalares, mais especificamente nos serviços de urgência.

Em 1964, no Hospital de Nova Iorque iniciou-se o sistema de triagem efectuado por enfermeiros, no que foi rapidamente seguido por outros Hospitais dos EUA. Em Portugal, a triagem realizada por enfermeiros como actividade nos serviços de urgência é ainda uma prática pontual, mas que tende a tornar-se cada vez mais comum.

O superpovoamento dos serviços de urgência nos dias de hoje, muitas das vezes com grande número de casos não urgentes, faz correr o risco de não se reconhecer os casos graves de doença se não houver uma triagem inicial.

Com os métodos tradicionais de atendimento não só se corre o risco dos casos mais graves esperarem demasiado, como não se presta um bom serviço aos com menor gravidade.

A filosofia de esperar pela sua vez, ou seja, pela ordem de inscrição, era o princípio aplicado, contudo, apesar de haver doentes que tolerassem este sistema, outros necessitavam de cuidados mais urgentes.

A abordagem actual, e tal como acontece na instituição hospitalar onde o estudo se desenvolveu, a triagem é realizada maioritariamente por profissionais de enfermagem.

Estes elementos dessa classe profissional dispõem de competências para realizar as mesmas do mesmo modo que os elementos da classe profissional dos enfermeiros, tendo como principais objectivos:

↳ Avaliar precocemente todos os clientes de forma a assegurar-lhes a prioridade de acesso aos cuidados necessários, de acordo com a gravidade da sua condição (Cordeiro, 2002, citando Nelson, 1972);

↳ Descongestionar as áreas de tratamento / observação que melhor se adequam à situação do utente;

↳ Antecipar exames radiológicos e electrocardiográficos, caso seja necessário, (Cordeiro, 2002, citando Nelson, 1972);

↳ Conhecer antecedentes pessoais e outras informações relevantes, antes dos clientes serem atendidos pelo médico.

Durante vários anos, a triagem dos clientes que ocorriam ao serviço de urgência era efectuada por pessoal administrativo, sem qualificação para o efeito. No entanto, apesar da experiência, eficiência e vontade dos recepcionistas, os clientes eram triados por pessoal não qualificado.

Apesar disto, e fazendo uso da sua experiência, eficiência e vontade, o encaminhamento dos clientes tinha por base a percepção do administrativo sobre a maior ou menor gravidade da situação de saúde dos mesmos.

Para Thayre (1985), citado por Blythin (1989), este sistema de triagem é classificado com o seguinte pensamento:

“ O paciente geralmente relembra uma cena de sala de espera como horas de espera sem fim, aparentemente esquecido, sentado em cadeiras desconfortáveis, talvez zangado, frustrado ou receoso, desconhecendo o que vai acontecer ou o que aconteceu.”

Para que esta imagem seja alterada, há que fazer a triagem na verdadeira acepção da palavra, sendo o profissional de enfermagem apontado “...como o profissional de saúde de excelência para a realização desta actividade...” (Cordeiro, 2002, citando os estudos de Yates, 1987, e Mallet, 1990).

Também Cabral (1999), citado pelo mesmo Cabral, (2002), refere que

“os enfermeiros são considerados os profissionais que reúnem as condições necessárias para a triagem, uma vez que usam uma linguagem clínica orientada para os sintomas, e não para os diagnósticos, e conseguem estabelecer uma boa relação com o cliente.”

A tendência actual nos hospitais portugueses é para a utilização de um método de triagem feito por pessoal qualificado para o efeito – o enfermeiro, estabelecendo um sistema de abordagem aos pacientes, mais seguro do que os métodos tradicionais.

É através do envolvimento directo e imediato, que o enfermeiro faz a triagem ao cliente que recorre ao serviço de urgência e o tranquiliza, enquanto aguarda pela observação médica, pois a sua situação foi averiguada por alguém qualificado.

Em termos práticos, cabe ao enfermeiro fazer uma avaliação cuidada ao cliente, no sentido de determinar a sua prioridade de atendimento, pelo que aos profissionais de Enfermagem que realizam esta actividade, de acordo Vieira (2002), “...é exigido dinamismo, agilidade mental, estabilidade emocional, facilidade de relação, capacidade de priorizar, capacidade de síntese, capacidade de trabalhar em equipa e experiência profissional.”

Este conjunto de atributos leva a que os profissionais de enfermagem, que queiram integrar numa equipa de triagem, sejam submetidos a um processo de selecção e formação.

Estes profissionais são candidatos a efectuar um curso de triagem, segundo o Protocolo de Manchester, que será abordado mais adiante. O profissional que realiza triagem deve ter muita atenção e seguir com rigor o referido protocolo, pois pode cair num erro comum: fazer diagnósticos. Para minimizar este risco, este pode e deve ter capacidade de recorrer ao profissional com mais experiência e ao corpo médico, se houver alguma dificuldade na decisão de triar.

Para além do referido e de acordo com Blythin (1989), o enfermeiro deverá ainda supervisionar os clientes que se encontram à espera de observação, para lhes transmitir segurança, para os reavaliar, para confirmar os dados iniciais e, ao mesmo tempo, dar lhes a certeza que não se encontram esquecidos e que dispõem da atenção necessária.

O profissional ao efectuar a primeira avaliação inicial – triagem, não deve ultrapassar os três minutos, pois caso contrário correr-se-á o risco de inverter todo o processo pretendido.

É importante lembrar que os familiares ou acompanhantes do cliente devem ser envolvidos no processo de triagem, afim de se obterem informações adicionais. Esta interacção ajuda a detectar preocupações e necessidades de apoio.

As instituições de saúde, nomeadamente as hospitalares, pretendem que os profissionais sejam mais rentáveis e ao mesmo tempo humanos. Todavia, a política de contenção de despesas, leva à redução do número de recursos humanos, o que torna muito difícil a resposta a tais exigências.

Mesmo assim, os profissionais conseguem ter tempo para proporcionarem àqueles que confiam e esperam tudo deles – os doentes, o melhor atendimento, contrariando a ideia de um acolhimento frio e impessoal, para que os clientes não digam mais: “pouco ou nada fomos informados”.

Ao agir desta forma, os profissionais colocam em prática o que afirma Diochon, citado por Felix (1994), "...acolher significa comportar-se de determinada maneira com certa pessoa; receber favoravelmente alguém através das palavras, ideias e sentimentos, facilitar a comunicação, reduzir a ansiedade, escutar, aceitar o outro."

Nos dias de hoje, cada vez mais, os clientes estão informados acerca dos possíveis cuidados de que poderão beneficiar e exigem cuidados de qualidade e centrados nas suas necessidades de saúde.

É no momento da admissão do cliente e família no serviço de urgência que começa a boa prática de cuidados prestados, ajudando o mesmo a desenvolver o seu sentido de sociabilidade e orientação dentro do novo ambiente em que acaba de se inserir, uma vez que de acordo com Rebelo (1987), citada por Felix (1994), "...os primeiros contactos com a unidade são determinantes para reforçar ou modificar a imagem."

Parafraseando Chauchard (1973), todos gostam de acolher, de ser acolhidos, mas nem sempre se tem o desejo de acolher ou de ser acolhidos. Como profissionais de saúde, e indivíduos que são, por vezes, estas situações são comuns, quer pela fadiga, preocupações, meio envolvente stressante e até incompatibilidades de carácter.

Porém, sendo o momento de admissão tão crucial, em que o cliente se sente mais desprotegido e inseguro, devem fazer-se os maiores esforços no sentido de exteriorizar interesse, simpatia e compreensão, pois as primeiras impressões são, por vezes, as que mais perduram.

O comportamento dos profissionais de saúde, em especial a dos de enfermagem, por serem eles os responsáveis pelo acolhimento no serviço de urgência, é decisivo, para a segurança do indivíduo e para o grau de confiança que ele irá ter em relação às pessoas e à instituição. Por isso, o acolhimento que lhe é feito poderá marcar positiva ou negativamente, a relação entre ele e os profissionais de saúde e o próprio hospital.

Elhart (1983), citado por Felix (1994), refere que a estranheza do local e das pessoas podem contribuir para o agravamento da insegurança. A doença ou o acidente súbito afasta o indivíduo do seu meio ambiente, atirando-o para um mundo completamente desconhecido: o hospital.

No processo de acolhimento, a comunicação assume também um papel importante e as relações humanas estabelecem-se através de uma comunicação eficaz.

Katz e Kahn (1988), citado por Felix (1994), sugerem que:

“...a comunicação é a troca de informações e transmissão de significados. É a própria essência de um sistema social, ou de uma organização”. Para o mesmo autor (1994) a “...comunicação é o meio pelo qual o comportamento é modificado, leva à produção de informação, à mudança e ao alcance de metas.”

Neste sentido, comunicar é relacionar-se.

O Despacho nº 19 124/2005, de 17 de Agosto de 2005, do Sr. Ministro da Saúde, veio determinar a obrigatoriedade da implementação de um protocolo de triagem de prioridades para as Urgências Hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, com vista a garantir ao cidadão cuidados mais adequados e de maior qualidade assegurando maior prioridade aos casos mais graves e tendo como fim último salvar vidas humanas.

A Direcção Geral de Saúde, através da sua circular informativa, de 4 de Outubro de 2005, veio recomendar a uniformização de procedimentos entre os profissionais de equipas multidisciplinares, que prestem cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar, nomeadamente pela adopção de protocolos de triagem de prioridades, de que é exemplo o protocolo de triagem de Manchester.

Os serviços de urgência são confrontados diariamente com um grande número de doentes, que apresentam um vasto tipo de problemas.

A sobrecarga de trabalho nos mesmos não é constante nem programável, varia de dia para dia e de hora para hora, e depende do número de clientes que aí recorrem e do estado que apresentam.

É absolutamente fundamental que exista um sistema de triagem implementado para assegurar que estes clientes sejam observados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada. Ou seja, dispor de um sistema de triagem inicial que, de forma objectiva, reprodutível, passível de auditora, promova o atendimento médico em função de critério clínico e não do administrativo ou da simples ordem de chegada.

Em função da experiência internacional e nacional, onde, na prática, em Portugal, o Sistema de Triagem de Manchester já constitui a norma nacional em função do número significativo de hospitais onde se encontra implementado, existe interesse em promover a sua crescente divulgação e consolidação.

O Grupo de Triagem de Manchester foi formado em Novembro de 1994, com o objectivo expresso de estabelecer consenso entre médicos, enfermeiros do serviço de urgência, com vista a formação de normas de triagem. Segundo o Grupo Português de Triagem desde cedo foram óbvios os objectivos do grupo:

- ▼ Desenvolvimento de uma nomenclatura comum;
- ▼ Desenvolvimento de definições comuns;
- ▼ Desenvolvimento de uma sólida metodologia de triagem;
- ▼ Desenvolvimento de um programa de formação;
- ▼ Desenvolvimento de um guia de auditoria para a triagem.

2.2- Triagem segundo protocolo de Manchester:

O Sistema de Prioridades de Manchester cumpre todos os requisitos anteriormente descritos, permitindo a identificação da prioridade clínica e definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do serviço de urgência quer em situações de catástrofe.

O Grupo de Triagem de Manchester foi formado em Novembro de 1994, com o objectivo expresso de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do serviço de urgência, com vista à criação de normas de triagem.

Esta metodologia começou por ser implementada em Manchester, em 1997, e amplamente divulgada no Reino Unido, estando em curso a sua aplicação noutros países como Holanda, Suécia, Portugal entre outros.

Os autores Britânicos – Grupo de Triagem de Manchester - autorizaram a utilização do sistema de Triagem de Manchester em Portugal. Neste sentido, com o apoio do grupo de Manchester, foram formados formadores e ministrados cursos a pessoal médico e de enfermagem, de acordo com as normas e critérios seguidos no Reino Unido.

Possuindo a necessária de credenciação e autorização dos autores, na sequência do Hospital Fernando da Fonseca e do Hospital Santo António, em 2000, vários hospitais nacionais aderiram ao projecto. Esta unidade hospitalar em estudo aderiu ao procedimento em Dezembro de 2006.

Em 2001, foi criado o Grupo Português de Triagem (GPT), entidade reconhecida pelo Grupo de Manchester e pelo Ministério da Saúde, que representa os interesses dos autores do sistema e promove a implementação do sistema em Portugal.

O objectivo é fazer triagem de prioridades, ou seja, identificar critérios de gravidade, de forma objectiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado, até a observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos.

Foram atribuídos a cada uma das categorias um número, uma cor e um nome, e cada uma delas foi definida em termos de tempo aceitável até ao primeiro contacto com o médico de serviço. Realizaram-se reuniões a nível nacional com os representantes da Enfermagem nos serviços de urgência e do Corpo Clínico dos serviços de urgência, para a discussão de uma escala nacional de triagem baseada em conceitos idênticos: conseguiu-se um consenso, foi então elaborada a seguinte escala, que a Figura 2.1 apresenta.

Figura 2.1: Triagem de Prioridades

Hospitais SA
Triagem de Prioridades
Grupo de Manchester - 1997/Grupo Português de Triagem - 2001

| Número | Cor | Nome | Tempo Alvo |
|----------|----------|---------------|------------|
| Primeiro | Vermelho | Emergente | 0 |
| Segundo | Laranja | Muito urgente | 10 |
| Terceiro | Amarelo | Urgente | 30 |
| Quarto | Verde | Pouco Urgente | 45 |
| Quinto | Azul | Não urgente | 60 |

Fonte: Grupo Português de Triagem (2001)

Sendo esta tabela padrão o modelo de Manchester, tendo em conta uma escala de prioridades, relativamente ao tempo de espera máximo, a equipa de profissionais do serviço sugeriu algumas alterações tendo em conta a realidade com que se depara diariamente. Assim, os tempos de espera passam a ser, respectivamente, 0, 10, 30, 45, 60 minutos.

De forma geral, um método de triagem pode tentar fornecer ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica. Esta decisão baseou-se em três grandes princípios, que seguidamente se apresenta.

O primeiro é que o objectivo da “observação” de triagem num serviço de urgência, é facilitar a gestão clínica de doentes e, ao mesmo tempo, facilitar a gestão do serviço. A melhor forma disto ser alcançado é através da atribuição exacta de uma prioridade clínica.

O segundo é que se o tempo da observação de triagem, visar a obtenção de um diagnóstico exacto este está condenado ao fracasso.

E, finalmente, é evidente que o diagnóstico não está precisamente ligado à prioridade clínica. A prioridade reflecte um número de aspectos de uma condição particular apresentada por um cliente e também o diagnóstico, por exemplo, um doente com um diagnóstico final de entorse do tornozelo pode apresentar-se com dores agudas, moderadas ou sem dor e a sua prioridade clínica deve reflectir este aspecto.

O método de triagem requer que os profissionais seleccionem uma das condições apresentadas pelo cliente e procurem, posteriormente, um número limitado de sinais e sintomas.

O principal sinal ou sintoma apresentado pelo cliente ou identificado pelo profissional de saúde leva à selecção de um fluxograma adequado, que identifica os discriminadores e permite a determinação da prioridade clínica.

No Manifesto para a Medicina de Emergência na Europa (1997), refere a gestão do cliente Urgente/Emergente:

The province of Emergency Medicine is early diagnosis and treatment of all life, organ or limb-threatening conditions. Timely and well-coordinated care limits both immediate and late mortality and reduces the duration and severity of morbidity from sudden illness and injury. The relief of suffering is also of paramount importance...

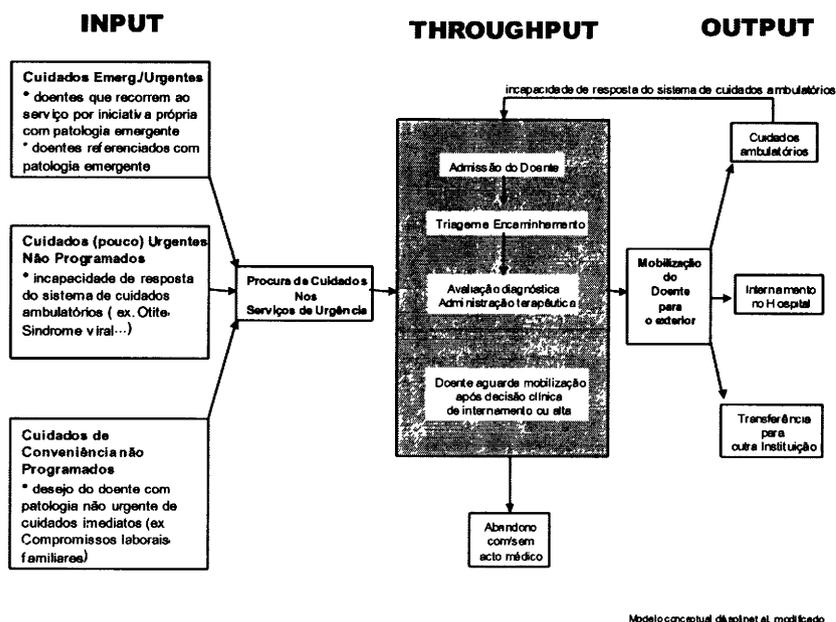
O Cliente Urgente/Emergente que ocorre aos Serviços de Urgência/ Emergência é aquele que se encontra com insuficiência ou falência de função ou órgão e / ou risco de vida ou perda de membro (Sousa, 2004).

Tem sido a preocupação dos profissionais do Serviço de Atendimento Permanente de Adultos, da sua coordenação médica e de enfermagem, tal como da Direcção Clínica e da Administração do HCD, garantir a estes clientes uma abordagem atempada e qualificada, de acordo com as boas práticas, por forma a reduzir mortalidade e morbilidade.

O resultado final de uma situação de Emergência/ Urgência depende da capacidade de instituir, em tempo oportuno, os procedimentos recomendados.

Na análise do fluxo de clientes no Serviço de Atendimento Permanente utilizando o modelo conceptual modificado de Asplin (2003), que a Figura 2.2 apresenta, em que divide o fluxo em *input*, admissões, uma variável não controlável pelo próprio serviço, na medida em que os cuidados nunca podem ser negados ao cliente por razões éticas. *Throughput*, que descreve o fluxo no interior do serviço, influenciável, até ao limite absoluto da sua capacidade, pela boa ou má organização dos processos internos e o *output*, fluxo também dependente, em parte dos casos, de terceiros (gestão de enfermaria, bloco operatório, transporte inter-hospitalar etc.).

Figura 2.2: Fluxo de Clientes Hospital CUF Descobertas



Fonte - Adaptação Modelo conceptual de Asplin (2003)

2.3- Implementação do Procedimento da Triagem de Manchester no Serviço de Atendimento Permanente (SAP) Hospital CUF Descobertas:

No Hospital CUF Descobertas (HCD) não existia, no início do processo de melhoria, uma ferramenta objectiva, fiável e devidamente validada para identificar a prioridade clínica de cada cliente que recorria ao SAP. Os clientes eram atendidos por ordem de chegada. Só em situações clínicas de gravidade evidentemente é que era alterada a sequência de atendimento.

Foi reconhecido por parte dos profissionais, médicos e enfermeiros, pela Direcção da Qualidade e pela Administração do Hospital CUF Descobertas, como verdadeira prioridade, a implementação de um sistema de triagem de clientes no SAP.

A nível internacional existem vários sistemas de triagem por prioridade clínica validados. Todos eles são semelhantes na medida em que estabelecem uma escala de gravidade com 5 graus de prioridade e determinam tempos máximos, clinicamente aceitáveis, para o início da observação do cliente, de modo a garantir a observação do cliente emergente ou urgente em tempo seguro, como

o sistema de triagem Canadiano que classifica as prioridades por níveis de 1 a 5, o sistema de triagem Australiano que classifica por categorias. (cf. Anexo 1)

Como já foi referido anteriormente, o sistema de triagem mais divulgado e implementado na Europa, e em particular em Portugal, é o sistema elaborado pelo Grupo de Triagem de Manchester, em 1996. Trata-se de um sistema repetidamente testado, validado e comprovadamente eficaz. Garante a uniformidade de critérios com as diversas equipas técnicas de serviço (objectividade e reprodutibilidade). É seguro para o cliente e para a instituição e é auditável.

Foi proposto, pela coordenação do SAP à Administração do Hospital CUF Descobertas, a implementação do Sistema de Triagem, segundo o Protocolo de Manchester, nas 24 horas de cada dia.

Seguidamente apresentar-se-á a cronologia de Implementação deste procedimento:

1. Foi celebrado o Protocolo entre o Hospital CUF Descobertas e o Grupo Português de Triagem de Prioridades na Urgência (GPT);
2. O GPT efectuou uma sessão de divulgação do Sistema de Triagem segundo o Protocolo de Manchester, para todos os colaboradores do HCD;
3. Frequentaram o Curso de Formação em Triagem 27 enfermeiros e 10 médicos;
4. Foram nomeados como responsáveis para a triagem dois médicos e dois enfermeiros do staff do SAP;
5. Os médicos e enfermeiros responsáveis visitaram o Serviço de Urgência do Hospital Fernando da Fonseca, onde o sistema se encontra implementado;
6. Foi designado o espaço para a triagem, de forma a preservar o fluxo dos clientes (gabinete imediatamente após balcão de admissão) e respeitando critérios de privacidade. Foi necessário criar uma barreira visual no gabinete envidraçado;
7. O espaço foi equipado com aparelhos para pulsoximetria, determinação de glicemia, temperatura timpânica e tensão arterial;

8. Foi adquirido o Pacote de Serviço com o Manual “Como Implementar o Sistema de Triagem de Manchester “ e o Manual de Serviço (fluxograma para uso na Urgência) – 5 exemplares;
9. Em 05.12.2006, iniciou-se a Triagem por Prioridades Clínicas segundo o Protocolo de Manchester;
10. Frequentaram o Curso de Formação de Formadores e Auditores um médico e um enfermeiro, de forma a garantir as auditorias internas;
11. Procedeu-se à primeira auditoria externa pelo GPT, após o primeiro mês de funcionamento;
12. Transição para a triagem em suporte informático, em Março de 2007, de forma a eliminar erros no seguimento dos fluxogramas de decisão e de recolha obrigatória de parâmetros e a garantir os registos.

Constituindo no presente uma preocupação para uns e uma motivação para outros, a Acreditação das Unidades de Saúde, constitui o “meio por excelência de monitorização da melhoria contínua, sendo que a sua crescente popularidade tem resultado da consciencialização geral das questões da avaliação e melhoria da qualidade na área da saúde” (Boavista, 2000).

Desta forma, no capítulo seguinte far-se-á referência ao modelo de avaliação utilizado no estudo, ou seja, *Common Assessment Framework (CAF)*.

Capítulo 3 – O Modelo Teórico de Investigação

A utilização do modelo CAF (*Common Assessment Framework*), em qualquer das perspectivas, tem por base uma vontade de promover, de forma voluntária, a melhoria contínua das organizações. Mais do que imposta por decreto, a melhoria de desempenho de ser um acto espontâneo e sistemático dos serviços, feito com o empenho dos dirigentes e com o envolvimento dos colaboradores. Inspirada na filosofia de Gestão pela Qualidade Total e no modelo de Excelência da EFQM (*European Foundation for Quality Management*), a CAF tem como principais valores a focalização no cliente, a liderança o envolvimento, a orientação por processo, a medição e a melhoria contínua.

3.1- O Modelo *Common Assessment Framework* (CAF)

“ A CAF é um modelo holístico que possui todos os elementos de análise necessários para se conhecer uma organização, orientada por dois tipos de critérios - os critérios dos meios e dos resultados” (Evaristo, 2004).

3.1.1-Definição

A Estrutura Comum de Avaliação (*Common Assessment Framework* ou CAF) é uma ferramenta da Gestão da Qualidade Total inspirada no Modelo de Gestão da Qualidade *European Foundation for Quality Management* (EFQM) e no modelo da *Speyer*, Universidade Alemã de Ciências Administrativas.

O objectivo geral deste e de outros instrumentos metodológicos é o de contribuir para uma Administração mais eficiente e moderna, orientada para as necessidades dos clientes e para o que são as exigências da sociedade, com lideranças mais efectivas, numa orientação para o cumprimento de objectivos resultantes de planeamento participado e com posterior avaliação rigorosa, das organizações e das pessoas, numa visão de efectiva responsabilização.

A CAF baseia-se na premissa de que as organizações alcançam resultados excelentes ao nível do desempenho, bem como na perspectiva dos cidadãos/clientes, colaboradores e sociedade quando têm lideranças que levam a estratégia, o planeamento, os recursos e os processos, pelo que este modelo analisa a organização simultaneamente por diferentes ângulos, promovendo uma análise holística do desempenho da organização.

A Estrutura Comum de Avaliação resultou da cooperação desenvolvida entre os Ministros da União Europeia (UE) responsáveis pela Administração Pública (AP). Foi desenvolvida em conjunto sob o comando do Grupo dos Serviços Públicos Inovadores, um grupo de trabalho de peritos nacionais criado pelos Directores-Gerais com o objectivo de promover permutas e cooperação onde existam formas de governação e de prestação de serviços públicos modernas e inovadoras nos estados membros da UE.

A versão piloto da CAF foi apresentada em Maio de 2000 e, em 2002, foi apresentada a primeira versão revista. Foi criado no Instituto Europeu de administração Pública, em Maastricht, de acordo com uma decisão dos Directores-Gerais responsáveis pela AP.

Entre 2000 e 2005, cerca de 900 serviços públicos utilizaram a CAF para melhorar o seu desempenho.

3.1.2-Fundamentos

A CAF foi criada como uma ferramenta fácil de utilizar para ajudar as organizações públicas da UE a melhorar o desempenho pela utilização de técnicas de gestão da qualidade. Baseia-se numa estrutura de auto-avaliação conceptualmente semelhante aos principais modelos de Gestão de Qualidade Total, particularmente o da EFQM. Existem 4 grandes objectivos do modelo CAF, apresentados no Quadro 3.1

Quadro 3.1: Os quatro grandes objectivos do Modelo CAF

-Introduzir na administração pública os princípios de gestão da qualidade total e orientá-la progressivamente, através da utilização e compreensão da auto-avaliação, da actual sequência de actividades “planear-Executar” para um ciclo completo e desenvolvido “PDCA” Planear (fase do projecto); Executar (fase execução); Rever (fase avaliação) e Ajustar (fase da acção, adaptação e correcção).

-Facilitar a auto-avaliação das organizações com o intuito de obter um diagnóstico e um plano de acções de melhoria;

-Servir de ponte entre os vários modelos utilizados na gestão da qualidade;

-Facilitar o “*Bench learning*” entre organizações.

Fonte: Adatação CAF- Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (2007)

A CAF foi concebida para ser utilizada em todos os sectores da administração pública, nomeadamente como parte de um programa de reforma sistemático, ou como forma de alcançar melhorias.

3.1.3-Flexibilidade da ferramenta

Esta ferramenta, que deve ser utilizada de forma flexível mas respeitando os seus elementos básicos, inclui 9 critérios, divididos em 28 subcritérios e um sistema de pontuação.

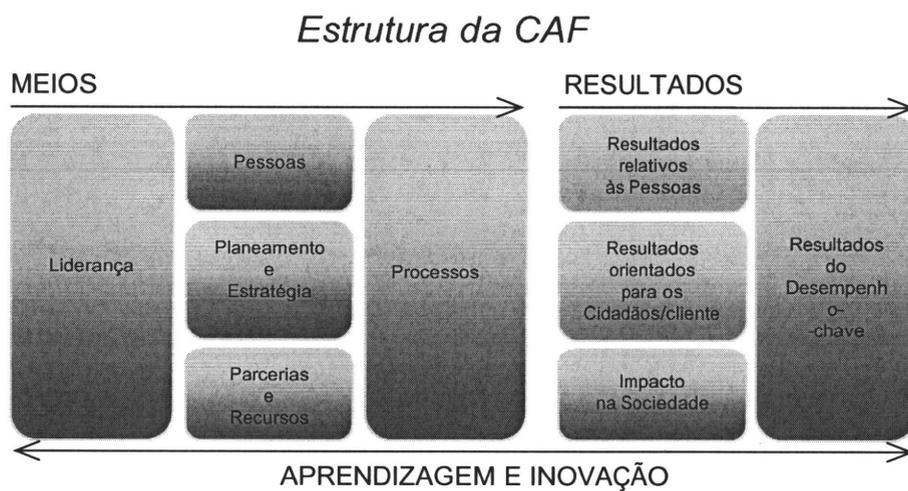
Os critérios de 1 a 5 dizem respeito aos meios próprios de uma organização e determinam o que a organização faz e como realiza as suas actividades para alcançar os resultados esperados.

Os critérios 6 a 9 são referentes os resultados alcançados ao nível dos cidadãos/clientes, pessoas, sociedade e desempenho-chave e são avaliados através de medidas de percepção e indicadores internos.

Cada critério está decomposto num conjunto de subcritérios, que identificam as principais questões a considerar, aquando da avaliação de uma organização. Estes, por seu lado, são ilustrados com exemplos que descrevem o conteúdo

dos mesmos e sugerem possíveis áreas de abordagem, tendo como objectivo explorar a forma como a gestão das organizações responde às exigências expressas nos subcritérios. A Figura 3.1 apresenta a estrutura da CAF.

Figura 3.1: Critérios Modelo CAF



Fonte: Adaptação CAF- Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (2007)

3.1.4-Principais características

A utilização deste modelo proporciona à organização uma poderosa ferramenta de trabalho para iniciar um processo de melhoria contínua. O Quadro 3.2 mostra as características do modelo CAF.

Quadro 3.2: Características do Modelo CAF

Permite uma avaliação baseada em evidências através de um conjunto de critérios;

Cria oportunidades para identificar o progresso e os níveis de realização alcançados;

Constitui um meio para alcançar consistência de direcção e consenso no que é necessário ser feito para melhorar a organização;

Proporciona uma ligação entre os diferentes resultados a serem alcançados e as práticas ou meios que os suportam;

Constitui um meio para criar entusiasmo entre os colaboradores através do envolvimento dos mesmos no processo de melhoria;

Cria oportunidades para promover e partilhar boas práticas entre diferentes sectores de uma organização e com outras organizações;

Constitui uma forma de medição do progresso ao longo do tempo através de auto-avaliações regulares.

Fonte: Adatação CAF- Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (2007)

3.1.5-Conceitos e princípios do Modelo CAF

Enquanto ferramenta de Gestão da Qualidade Total, a CAF subscreve os conceitos fundamentais da excelência tal como são definidos pela EFQM: orientação por resultados, focalização no cliente, liderança e constância de objectivos, gestão por processos e factos, envolvimento de pessoas, melhoria contínua e inovação, parceria com benefícios mútuos e responsabilidade social corporativa. Este modelo visa melhorar o desempenho das organizações públicas com base nestes conceitos.

3.1.6-Ligações funcionais no modelo CAF

A abordagem holística da “*Total Quality Management*” (TQM) e da CAF não significa apenas que todos os aspectos respeitantes ao funcionamento de uma organização sejam cuidadosamente avaliados, significa também que todos os elementos que a compõem têm um impacto recíproco.

As ligações entre os critérios de meios e resultados consiste na relação de causa-efeito entre os meios (causa) e os resultados (efeitos), assim como, na informação de retorno (*feedback*) dos últimos sobre os primeiros.

A verificação das ligações causa-efeito adquire fundamental importância na auto-avaliação, durante a qual o avaliador deverá sempre verificar a consistência entre um resultado apresentado e as evidências recolhidas, relativamente aos critérios e subcritérios de meios relevantes. Porém, tal consistências são por vezes difíceis de verificar, dado que, em razão da natureza holística da organização, as diferentes causas (meios) interagem mutuamente quando produzem resultados.

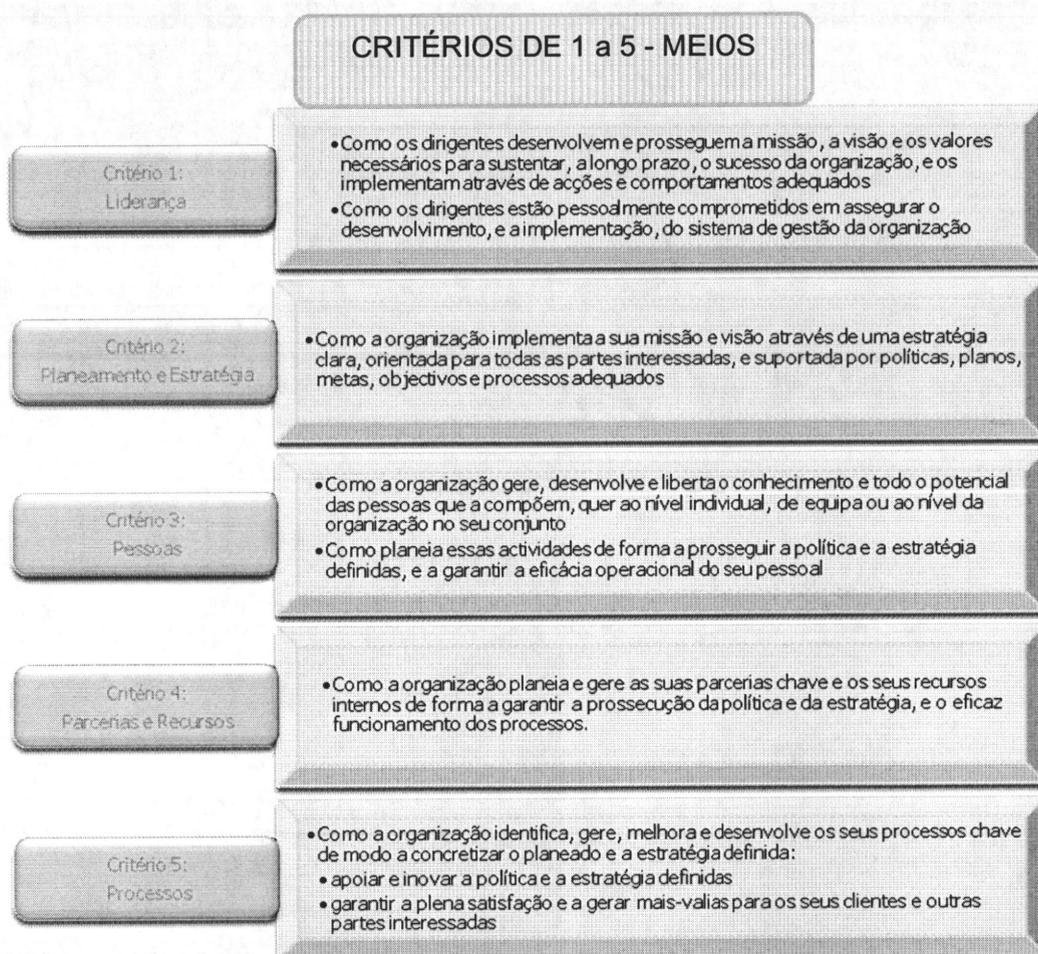
Como a qualidade dos resultados é, em grande medida, determinada pelo tipo e intensidade das relações existentes entre os meios, este tipo de relação tem de ser explorada na auto-avaliação. Realmente a sua intensidade difere de organização para organização e a sua natureza determina, em larga medida, a qualidade de uma organização.

3.1.7- Critérios do Modelo CAF

3.1.7.1-Critérios de Meios

Os critérios de 1 a 5 referem-se aos meios da organização. Estes determinam o que a organização faz e como realiza as suas actividades para obter os resultados. A avaliação das acções está relacionada com os meios e deverá ser baseada no quadro de pontuação dos meios (*cf.* Figura 3.2).

Figura 3.2: Critérios de Meios Modelo CAF

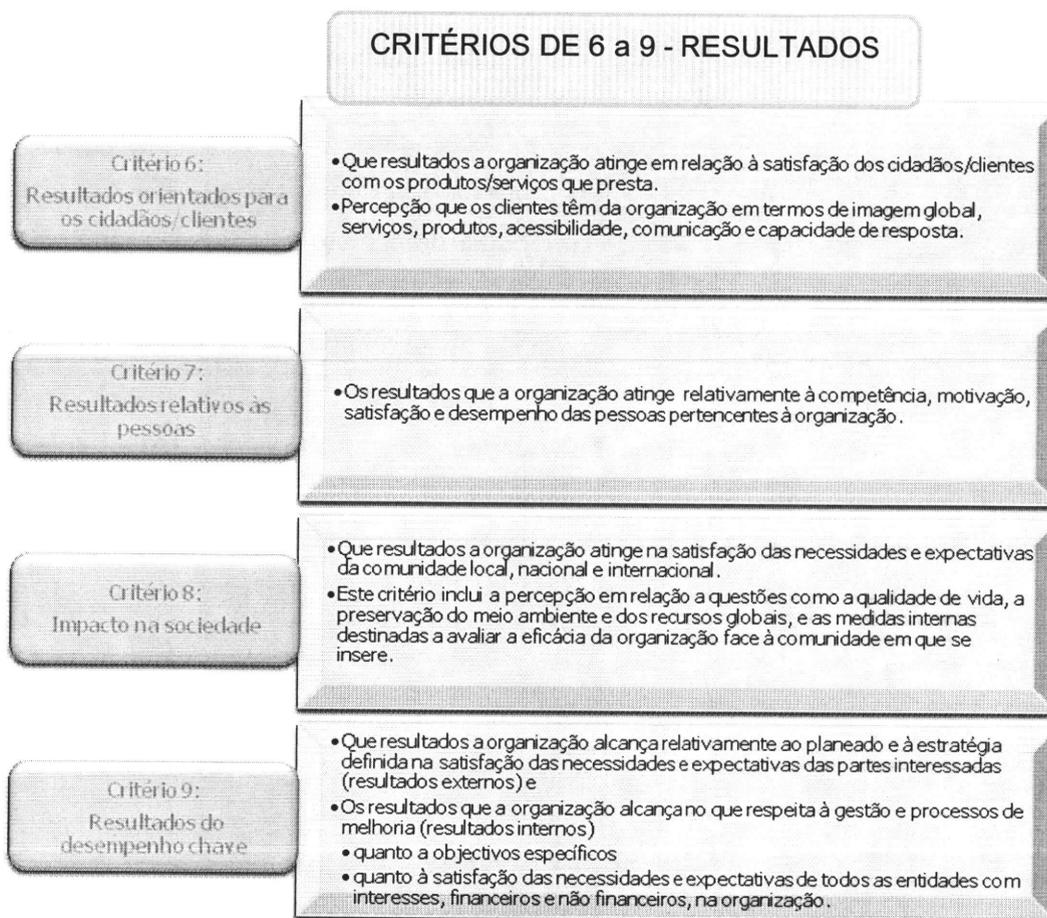


Fonte: Adaptação CAF- Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (2007)

3.1.7.2-Critérios de Resultados

A partir do critério 6 até ao 9, o enfoque da avaliação desloca-se dos meios para os resultados. Nos critérios dos resultados medem-se as percepções, ou seja, o que os colaboradores, clientes e sociedade pensam da organização. A avaliação dos resultados exige um conjunto de respostas diferente. Assim, a partir deste ponto, a avaliação do diagnóstico será baseada no Quadro de Pontuação dos Resultados (cf. Figura 3.3).

Figura 3.3: Critérios de Resultados Modelo CAF



Fonte: Adaptação CAF- Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (2007)

3.1.8-Sistema de Pontuação de CAF

3.1.8.1-O papel do sistema de pontuação

Um dos elementos obrigatórios da CAF é o sistema de pontuação. Embora os pontos fortes e áreas de melhoria identificadas e as consequentes acções de melhoria sejam os resultados mais importantes da auto-avaliação, as organizações, por vezes, focam a sua atenção em demasia nas pontuações. A atribuição de uma pontuação a cada subcritério e critério do modelo CAF tem 4 objectivos fundamentais, que o Quadro 3.3 refere.

Quadro3.3: Os quatro objectivos sistema de pontuação CAF

Dar uma indicação sobre a orientação a seguir para as acções de melhoria;

Medir o progresso da organização

Identificar boas práticas tal como indicado pela pontuação elevada nos critérios de meios e resultados;

Ajudar a encontrar parceiros validos com quem aprender.

Fonte: Adatação CAF- Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (2007)

Actualmente, e com a revisão da CAF introduzida em 2006, existem duas formas de pontuar:

-Através do “*classical CAF scoring*”, traduzido para “sistema de pontuação clássico”;

-Com o “*fine-tuned scoring*”, adaptado para “sistema de pontuação avançado.

Relativamente à CAF 2002, em que a escala variava de 0 e 5, a versão 2006 prevê um intervalo de 0 a 100, por ser um intervalo mais utilizado e aceite a nível internacional e semelhante ao modelo EFQM.

3.1.8.1.1- Sistema de pontuação clássico (SPC)

A existência de duas modalidades de pontuação permite que as organizações se familiarizem mais facilmente com o ciclo de PDCA, direccionando as organizações, de forma gradual, para uma abordagem de gestão da qualidade.

Os níveis de pontuação, tal como apresentados na CAF 2002, encontram-se expressos na coluna “CAF2002” do Quadro 3.4.

No quadro de pontuação dos meios, do sistema de pontuação clássico, a fase PDCA (91-100) apenas é concretizada quando acções de *benchlearning* integram o ciclo de melhoria contínua.

Quadro 3.4: Quadro de Pontuação dos Meios (SPC)

| FASE | QUADRO DE PONTUAÇÃO DOS MEIOS | PONTUAÇÃO | CAF 2002 |
|-----------------|---|-----------|----------|
| | Não temos acções nesta área. Não temos informação ou esta não tem expressão. | 0-10 | 0 |
| PLAN Planear | Existem acções planeadas nesta área. | 11-30 | 1 |
| DO Executar | Existem acções em curso ou estão a ser implementadas. | 31-50 | 2 |
| CHECK Rever | Revimos/avaliámos se fizemos o acertado de forma correcta. | 51-70 | 3 |
| ACT Ajustar | Com base na revisão/avaliação fizemos os necessários ajustamentos. | 71-90 | 4 |
| PDCA | Tudo o que fizemos nesta área é planeado, implementado, revisto e ajustado regularmente e aprendemos com outras organizações. Estamos num ciclo de melhoria contínua nesta matéria. | 91-100 | 5 |

Fonte: CAF- Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (2007)

No quadro de pontuação dos resultados deste sistema é feita uma distinção entre a tendência dos resultados alcançados e a concretização das metas (*cf.* Quadro 3.5).

Quadro 3.5: Quadro de Pontuação dos Resultados (SPC)

| QUADRO DE PONTUAÇÃO DOS RESULTADOS | PONTUAÇÃO | CAF 2002 |
|---|-----------|----------|
| Não há resultados e/ou não há informação disponível | 0-10 | 0 |
| Os resultados estão avaliados e demonstram uma tendência negativa e/ou não foram alcançadas metas relevantes. | 11-30 | 1 |
| Os resultados demonstram uma tendência estável e/ou algumas metas relevantes foram alcançadas. | 31-50 | 2 |
| Os resultados demonstram uma tendência de melhoria e/ou a maior parte das metas relevantes foram alcançadas. | 51-70 | 3 |
| Os resultados demonstram um progresso substancial e/ou todas as metas relevantes foram alcançadas. | 71-90 | 4 |
| Foram alcançados resultados excelentes e sustentáveis. Todas as metas relevantes foram alcançadas. Foram feitas comparações sobre os resultados-chave com outras organizações relevantes. | 91-100 | 5 |

Fonte: CAF- Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (2007)

3.1.8.1.2-Sistema de pontuação avançado (SPA)

O sistema de pontuação avançado constitui um sistema de pontuar mais próximo da realidade, dado que avalia situações em que, por exemplo, as organizações

estão a implementar acções (Do), necessitando, por vezes, de suficiente planeamento (Plan).

No quadro de pontuação dos meios sobressai a importância do ciclo de PDCA. Neste contexto, o ciclo de melhorias de uma acção pode ser representado como uma espiral onde, em cada curva deste ciclo, podem ser encontradas todas as fases: Plan, Do, Check, Act. Esta forma de pontuar proporciona mais informação sobre as áreas onde as melhorias são mais necessárias. O Quadro 3.6 apresenta a pontuação dos meios, com indicação das áreas de melhoria.

Quadro 3.6: Quadro de Pontuação dos Meios (SPA)

| | | QUADRO DE PONTUAÇÃO DOS MEIOS | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|---|--|
| ESCALA | | 0-10 | 11-30 | 31-50 | 51-70 | 71-90 | 91-100 |
| Fase | Evidências | Não há acções ou existem apenas algumas ideias | Acções pouco importantes sobre algumas áreas | Acções importantes sobre algumas áreas | Acções importantes sobre a maior parte das áreas | Acções muito importantes sobre todas as áreas | Acções excelentes, comparadas com outras organizações, relacionadas com todas as áreas |
| PLAN Planear | O planeamento é baseado nas necessidades e expectativas das partes interessadas. O planeamento é realizado, de forma regular, por todas as partes interessadas relevantes* da organização. Pontuação | | | | | | |
| DO Executar | A execução das acções é feita com base em processos e responsabilidades definidas. Existe divulgação das acções, de forma regular, junto das partes interessadas relevantes* da organização Pontuação | | | | | | |
| CHECK Rever | Os processos definidos são monitorizados com base em indicadores e são revistos, de forma regular, com a colaboração das partes interessadas relevantes* da organização. Pontuação | | | | | | |
| ACT Ajustar | As acções correctivas e de melhoria são tomadas de acordo com os resultados apurados na revisão feita junto das partes interessadas relevantes* da organização. Pontuação | | | | | | |
| | | | | | | | Total/400 |
| | | | | | | | Pontuação/100 |

Fonte: CAF- Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (2007)

O Quadro de pontuação dos resultados indica se é necessário que a organização invista primordialmente na tendência revelada pelos resultados, ou se é mais importante investir no alcance das metas (cf. Quadro 3.7).

Quadro 3.7: Quadro de Pontuação de Resultados (SPA)

| QUADRO DE PONTUAÇÃO DOS RESULTADOS | | | | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|--|---|---|--|
| Escala | 0-10 | 11-30 | 31-50 | 51-70 | 71-90 | 91-100 |
| TENDÊNCIA | Não há resultados avaliados | Tendência negativa | Tendência estável ou progresso pouco significativo | Progresso sustentável | Progresso considerável | Comparações positivas sobre todos os resultados com outras organizações relevantes |
| Pontuação | | | | | | |
| METAS | Não há resultados avaliados e/ou não há informação disponível | Os resultados não alcançaram as metas | Algumas metas foram alcançadas | Algumas metas relevantes foram alcançadas | A maior parte das metas relevantes foram alcançadas | Todas as metas relevantes foram alcançadas |
| Pontuação | | | | | | |
| | | | | | | Total/200 |
| | | | | | | Pontuação/100 |

Fonte: CAF- Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (2007)

3.1.9- Linhas de orientação para melhorar as organizações através do Modelo CAF

Um processo de melhoria contínua pode ser planeado e levado a cabo de inúmeras formas. A dimensão da organização, a cultura e a experiência com ferramentas de gestão da qualidade total constituem alguns parâmetros que ajudam a determinar a forma mais apropriada para introduzir um processo de TQM (*Total Quality Management*) na organização.

Existem 10 passos do processo de melhoria contínua com CAF, que podem ser considerados relevantes para a maioria das organizações (cf. Quadro 3.8).

A metodologia proposta pela Direcção Geral da Administração pública abrange não só a aplicação de CAF como ferramenta de diagnóstico, mas também o planeamento e implementação das acções de melhoria.

Quadro 3.8: 10 Passos para melhorar as organizações com CAF

| 10 PASSOS PARA MELHORAR AS ORGANIZAÇÕES COM A CAF | |
|--|--|
| <i>Fase 1 – O início da caminhada CAF</i> | |
| <p>1.º Passo: Decidir como organizar e Planear a auto-avaliação (AA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assegurar a existência de uma decisão clara por parte da gestão na sequência de um processo de consulta à organização; - Definir o âmbito e a metodologia da AA; - Escolher o sistema de pontuação; - Designar um líder do projecto. | <ul style="list-style-type: none"> - Definir as partes relevantes, os produtos e serviços que são prestados e os processos-chave. |
| <p>2.º Passo: Divulgar o projecto de auto-avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir e implementar um plano de comunicação; - Estimular o envolvimento da organização na AA; - Comunicar durante as várias fases com todas as partes interessadas. | <p>5.º Passo: Realizar a auto-avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar a avaliação individual; - Obter o consenso de grupo; - Pontuar. |
| <p><i>Fase 2 – O processo da auto-avaliação</i></p> <p>3.º Passo: Criar uma ou mais equipas de auto-avaliação (EAA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decidir o número de equipas de auto-avaliação; - Criar uma EAA que seja relevante para toda a organização, respeitando um conjunto de critérios; - Escolher o líder da equipa; - Decidir se o gestor deve ou não fazer parte da EAA. | <p>6.º Passo: Elaborar um relatório que descreva os resultados da AA</p> <p><i>Fase 3 – Plano de melhorias / priorização</i></p> <p>7.º Passo: Elaborar o plano de melhorias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Priorizar as acções de melhoria; - Planear as acções no tempo de forma realista; - Integrar o plano de melhorias no planeamento estratégico; |
| <p>4.º Passo: Organizar a formação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organizar a informação e a formação para os gestores; - Organizar a informação e a formação para a EAA; - O gestor do projecto deve fornecer à EAA os documentos relevantes da organização ; | <p>8.º Passo: Divulgar o plano de melhorias</p> <p>9.º Passo: Implementar o plano de melhorias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir uma metodologia consistente para monitorizar e avaliar as acções de melhoria, com base no ciclo Plan-Do-Check-Act; - Designar uma pessoa responsável por cada acção; - Implementar as ferramentas de gestão mais apropriadas de forma permanente. |
| | <p>10.º Passo: Planear a auto-avaliação seguinte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as acções de melhoria através de uma nova auto-avaliação. |

Fonte: CAF- Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (2007)

A auto-avaliação segundo o modelo CAF oferece à organização a oportunidade de aprender mais acerca de si mesma.

A CAF apresenta a vantagem de ser compatível com esses modelos e, por conseguinte, ser um primeiro passo para uma organização que deseje avançar para a gestão da qualidade.

O benefício mais relevante da CAF para a organização é a clara identificação de pontos fortes e áreas para melhoria na organização, permitindo identificar as acções de melhoria relevantes a introduzir.

3.1.10- Aplicações Práticas do Modelo CAF:

A existência de um modelo de avaliação sem capacidade para ser implementado não faria sentido. Como tal acha-se pertinente mencionar alguns exemplos de aplicações nacionais e internacionais do modelo: CAF no âmbito do projecto desenvolvido pela Câmara Municipal de Vila do Conde, o qual incidiu no sistema de informação/arquivo da autarquia, enquanto instituição administrativa; CAF aplicado ao ensino na Escola Secundária Manuel da Fonseca com o objectivo de melhorar a qualidade do seu serviço enquanto instituição educativa; Na área da saúde este modelo é ainda pouco utilizado. Foi encontrado uma aplicação CAF no âmbito da saúde estudo este aplicado a uma instituição internacional, *The Pirkanmaa Hospital District*, hospital Filandês. (cf. Anexo 2).

Para as organizações que iniciaram o seu percurso na Qualidade e que necessitavam de planear e implementar processos de monitorização, de medição, de análise e de melhoria a CAF era, e continua a ser, uma ferramenta de auto-avaliação muito completa e com um formato simples e acessível, ajudando à compreensão e utilização das técnicas de gestão da Qualidade, uma perspectiva de melhoria contínua, possibilitando a comparação com serviços e organizações congéneres.

Capítulo 4- Opções Metodológicas

Neste capítulo apresentar-se-á de forma sistematizada os procedimentos adoptados durante as várias etapas do estudo, para que este tenha validade e interesse científico, iniciando-se por referir os objectivos, a caracterização da organização e a metodologia aplicada.

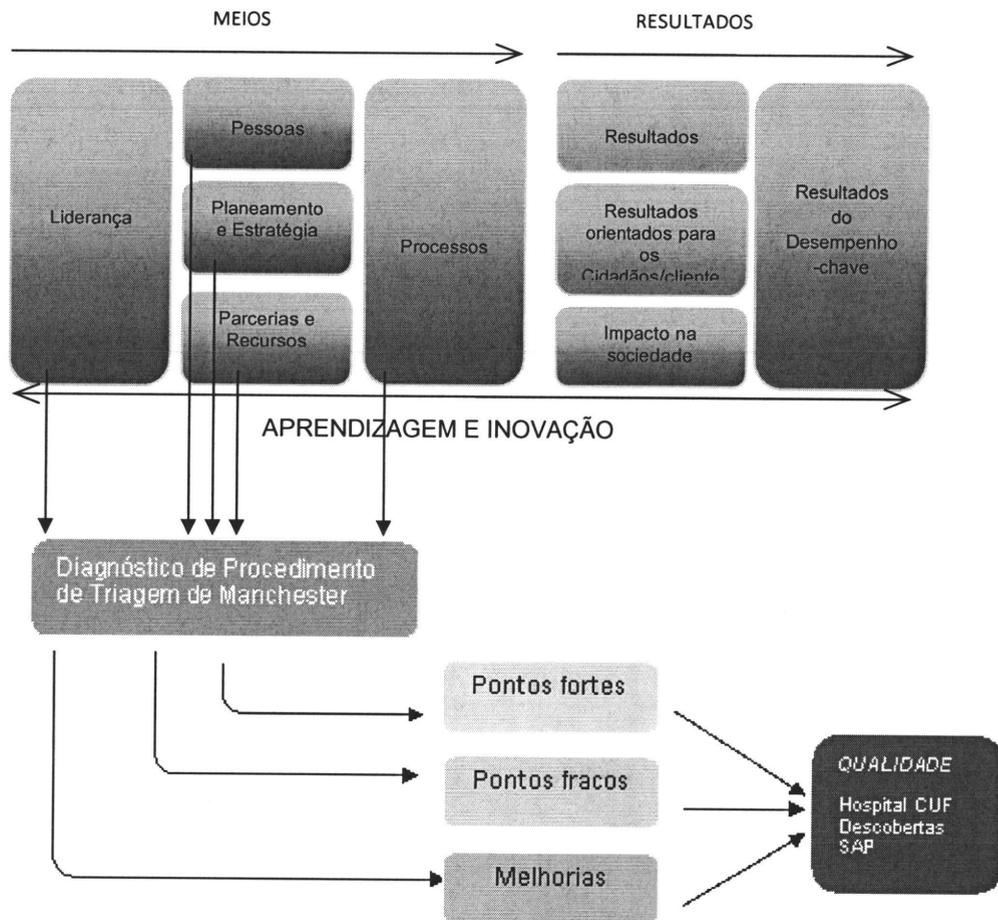
4.1-Objectivo do estudo

Este estudo científico procura averiguar a evolução da implementação de um procedimento -Triagem de Manchester - no Serviço de Atendimento Permanente (SAP) do Hospital Cufdescobertas. Assim, pretende-se **investigar o tempo de espera para observação dos clientes antes e depois da implementação do procedimento; inquirir a opinião dos colaboradores** (enfermeiros e médicos), de modo a definir a missão, visão e valores deste procedimento; **verificar como era realizada a triagem de clientes antes/depois da sua implementação; e como foi efectuada a formação inicial** desse procedimento.

A investigadora escolheu o serviço de atendimento permanente do hospital Cufdescobertas para a aplicação deste estudo, dado que exerce funções de enfermeira há cerca de 4 anos, trabalhando diariamente com este tipo de procedimento.

Neste sentido, foi aplicado um inquérito por questionário junto dos colaboradores, que se encontravam a exercer funções no serviço de Atendimento Permanente do Hospital Cufdescobertas, com base nos questionários disponíveis pela Direcção Geral da Administração Pública (cf. Anexo 3). Para tal, procedeu-se à aplicação de alguns critérios do instrumento de autoavaliação da qualidade referente à Estrutura Comum de Avaliação (CAF), designadamente os cinco critérios dos meios: liderança, planeamento e estratégia, pessoas, parcerias e recursos e processos, conforme a Figura 4.1.

Figura 4.1 – Modelo de Análise



Fonte: Adaptação Nogueiro (2008)

Por a CAF ser uma metodologia de autoavaliação da qualidade, aplicável a qualquer instituição, e de se pretender que os estudos sejam comparáveis, o método de recolha de informação será feita através da aplicação dos já referidos questionários. No manual de apoio da Estrutura Comum de Avaliação (CAF, 2006) é sugerida a utilização de questionário, sendo que, os modelos por estes proporcionados podem ser adaptados consoante a realidade da organização.

Seguidamente, apresentam-se os métodos e as técnicas estatísticas utilizadas nas diferentes fases do estudo, com base no questionário utilizado.

4.2- Métodos e Técnicas

O presente trabalho é um estudo de caso e como refere Yin (1988), citado por Carmo e Ferreira (1998), o estudo de caso constitui a estratégia preferida quando se pretende responder a questões de “como” e “porque”. O investigador não pode exercer controlo sobre os acontecimentos e o estudo focaliza-se na investigação de um fenómeno actual no seu próprio contexto.

Porém, como se sabe, tradicionalmente os estudos de caso são enquadrados como estratégias metodológicas das abordagens qualitativas. Na verdade, é também “uma oportunidade para estudar, de forma mais ou menos aprofundada, um determinado aspecto de um problema em pouco tempo” (Bell, 1997). Uma vantagem em desenvolver este estudo é que permite “a possibilidade de se concentrar num caso específico ou situação e de identificar, ou tentar identificar, os diversos processos interactivos em curso” (Bell, 1997). No caso da presente investigação que assenta sobretudo na metodologia de estudo de caso justifica-se, sobretudo, pelos objectivos de estudo e pelas tipologias de informação recolhidas, embora mais quantitativas são consubstanciadas com os processos qualitativos de observação *in loco*, permitem analisar e estudar com intensidade a dinâmica e a envolvente do processo de triagem de clientes antes/após da sua implementação. Por conseguinte, a intenção é apenas estudar o “CASO” concreto deste processo do Hospital CUF Descobertas.

Segundo Silvério (2003), existem duas metodologias para recolha de dados.

Os dois métodos são a comunicação e a observação. No método da comunicação é colocado um conjunto de questões a um indivíduo através de um questionário, enquanto que, no método da observação em que não se regista qualquer contacto pessoal com o indivíduo, apenas se faz a recolha de informação relativa aos comportamentos dos indivíduos referentes a uma situação, objecto, evento, etc.

Qualquer um destes métodos apresenta grande variedade de formas e técnicas de apresentação.

Face ao referido, para este estudo é utilizado o método da comunicação, utilizando a administração de questionários.

Para aplicação do modelo CAF a qualquer organismo, a Direcção Geral da Administração Pública (DGAP), sugere a utilização de questionários. Foram estas directrizes que serviram de base à elaboração dos questionários aplicados nesta investigação. É de salientar que foram realizadas adaptações importantes e necessárias nestes questionários (*cf.* Anexo 3).

Em termos de técnicas de recolha de informação, o instrumento de recolha de dados seleccionado foi o questionário estruturado. Por apresentar algumas vantagens, esta técnica é mais rápida e versátil, implicando geralmente menos custos na sua utilização, correndo o risco de devolução tardia ou impossibilidade de ajudar o respondente, obtendo-se através dele, a grande maioria dos dados pretendidos. Para além deste facto, foram efectuados registos das observações sobre dinâmica do processo de triagem no local, tendo recolhido informações, ainda que de forma não estruturada.

Segundo Silvério (2003), num processo de recolha de informação foi fácil perceber que o questionário é uma fonte privilegiada de informação e que não deixa de ser, por isso, um bom processo de recolha da mesma. Desta forma, cria-se a informação necessária colocando questões aos respondentes, motiva-se e estimula-se a cooperação do inquirido na entrevista e, minimizam-se os erros de resposta.

Segundo Fortin (2000), como para a maioria dos autores consultados, o questionário constitui uma importante técnica de obtenção de dados em pesquisa social, pois as suas questões, apresentadas por escrito aos respondentes, permitem recolher informações de forma organizada, standardizada e controlada, o que aumenta o seu rigor e controlo dos enviesamentos.

Vicente, Reis e Ferrão (2001), consideram que na concepção de um questionário assume grande importância a “Definição do conteúdo e da forma do questionário”, o “Pré-teste”, e a “Elaboração da versão definitiva”.

O questionário é constituído por oito páginas, sendo que a primeira página apresenta o símbolo das escolas, o título do questionário, a população a que se

destina, o objectivo da aplicação. As restantes páginas apresentam uma estrutura do questionário baseada nos questionários da Direcção Geral da administração Pública e adaptada à realidade em estudo, fechando-se a quase totalidade das questões, para maior facilidade da análise e interpretação dos resultados, adaptando-se por vezes escalas diferentes das propostas, consideradas mais convenientes. A última página do questionário apresenta a caracterização dos respondentes (*cf.* Apêndice 1).

As questões aplicadas no questionário foram de três tipos: abertas, fechadas e mistas. As mesmas foram colocadas de forma objectiva e clara.

No primeiro tipo de perguntas os respondentes foram solicitados a expressarem a sua própria opinião sobre a missão a visão e os valores e as sugestões de melhorias. Em relação ao segundo tipo de perguntas, é solicitado ao respondente que escolha de entre as opções apresentadas aquela que consideravam mais apropriada. No último tipo, foram utilizadas formulações dicotómicas (respostas do tipo sim/não), de escolha múltipla (várias opções para um determinado item) e de escala (utilização de uma escala que assinale várias opções, que podem expressar a opinião do respondente) (Silvério 2003).

Quando se elabora um questionário tem de se ter sempre presente o que se pretende medir.

A utilização de escalas é de grande importância, avaliar qual se adequa e é mais correcta. Para Reis, Moreira (1993) e Malhotra (1999) é uma forma de medir atitudes, percepções, preferências entre outras. Segundo Bugada (1974), as escalas tem que ser seguras. Essa segurança absoluta apenas se pode obter em teoria. Pode-se dar-lhe o nome de segurança (confiança, precisão) de uma escala, à medida que após ser aplicada várias vezes a uma mesma situação proporciona resultados idênticos ou muito aproximados.

Segundo Silvério (2003) existem 4 tipos de escalas, nomeadamente a ordinal, a nominal, o intervalo e a da razão. No questionário foram utilizadas as seguintes escalas:

- Escala ordinal – categorização de objectos através da sua posição relativa, segundo um processo de comparação (Silvério, 2003).

- ↪ Escala nominal – categorização de respostas qualitativamente diferentes e mutuamente exclusivas; realiza-se uma contagem e não uma ordenação (Fernandes, 2007)

Nos questionários aplicados no estudo utilizou-se por exemplo a seguinte questão para a escala nominal: “Existem reuniões periódicas para melhorar e avaliar o procedimento da Triagem de Manchester?” com a opção de resposta de 1- sim e 2-não. Para a escala ordinal apresenta-se o exemplo da questão: “No seu entender, o procedimento da Triagem dos utentes, antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester seria para? com as seguintes opções: 1-discordo totalmente; 2- discordo; 3- concordo; 4-concordo totalmente; 5- indeciso).

A Tabela 4.1 apresenta as questões e objectivos do questionário, a sua matriz.

Tabela 4.1: Matriz do questionário

| Categoria | Questões | Objectivos |
|--------------------------|--|--|
| A Liderança - Critério 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Foi-lhe transmitida/comunicada a visão, valores e visão do procedimento da triagem dos utentes realizada antes/após da implementação do procedimento da Triagem de Manchester; - Indique resumidamente, a missão do procedimento da triagem antes/após a implementação do procedimento Triagem de Manchester; - Conhecia a visão do procedimento da triagem dos clientes realizada antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester; -Enumere alguns valores definidos pelo departamento onde desempenha funções, antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester; - Contribuiu de alguma forma para a construção da missão e da visão do procedimento da triagem de utentes antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester; | <p>Pretende-se avaliar como os colaboradores descrevem a missão, a visão e os valores necessários para sustentar, a longo prazo, o sucesso do procedimento da Triagem de Manchester e o implementam através de acções e comportamentos adequados e se estão realmente comprometidos em assegurar a implementação e desenvolvimento do procedimento da Triagem de Manchester.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Planeamento e Estratégia - Critério 2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - No seu entender, o procedimento da triagem dos clientes antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester servia para; - Como realizava o estabelecimento das prioridades de cada cliente, antes /após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester; - Quanto ao grau de adequação, como considera o tempo de espera entre o procedimento de Triagem de Manchester e o atendimento médico, de acordo com a prioridade estabelecida (cor branco, azul, verde, amarelo, laranja, vermelho); - Indique se o nível de prioridade que o procedimento da Triagem de Manchester sugere para cada cliente, após o procedimento da Triagem de Manchester, é o mais adequado; | <p>Pretende-se avaliar como a organização implementa a sua missão e visão através de uma estratégia clara orientada para as partes interessadas, suportada por objectivos e processos adequados.</p> |
| <p>Pessoas - Critério 3</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Considerava que os recursos humanos existentes, antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester se encontravam adequados as necessidades do procedimento da triagem dos clientes; | <p>Pretende-se avaliar o que a organização faz para identificar, planear, desenvolver, melhorar e usar as competências dos colaboradores em articulação com os objectivos e metas organizacionais, individuais e de grupo, e se existe uma correcta gestão dos recursos humanos</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Pessoas - Critério 3 (cont.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Indique se já se encontrava a exercer funções como colaborador no serviço de Atendimento Permanente do Hospital Cufdescobertas antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester; - Antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester que clientes eram triados; - Teve formação inicial para realizar o procedimento da triagem, antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester; - A quem recorria em caso de duvidas durante o procedimento de triagem de clientes, antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester; | <p>Pretende-se avaliar o que foi feito pela organização para desenvolver e implementar um sistema de gestão (procedimento de Triagem de Manchester)</p> |
| <p>Parcerias e recursos - Critério 4</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Relativamente aos seguintes indicadores, indique como considerava o espaço físico onde se realizava o procedimento da triagem antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester; -Relativamente aos seguintes indicadores, como considerava o procedimento da triagem quanto á existência de instruções de trabalho escritas antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester; -Considera que tinha á sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho no procedimento da triagem de clientes, antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester; | <p>Pretende-se avaliar como a organização planeia e gere as parcerias e os recursos internos de forma a garantir o eficaz funcionamento do procedimento da Triagem de Manchester</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Critério 4 (Cont.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester, indique a sua opinião em relação ao circuito de encaminhamento de clientes; - Realizava o pedido de exames complementares de diagnóstico, durante o procedimento de triagem de utentes antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester; - Como classificava as parcerias existentes no processo de triagem de clientes, em relação à rapidez de orientação/concretização antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester; | <p>Pretende-se avaliar como a organização planeia e gere as parcerias e os recursos internos de forma a garantir o eficaz funcionamento do procedimento da Triagem de Manchester</p> |
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Processos – Critério 5</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Existiam reuniões periódicas para melhorar e avaliar o procedimento da Triagem antes/após da implementação do procedimento da Triagem de Manchester; - Após a implementação procedimento da Triagem de Manchester foram realizadas auditorias internas e /ou externas, para avaliação dos resultados; - Considerava que disponha de informação necessária para o bom desempenho das suas funções antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester - Existiam canais internos para a difusão da informação, antes/após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester; - Por favor, use o espaço seguinte para manifestar a sua opinião relativamente à triagem de clientes <p>Realizada no serviço de AP dos Hospital Cufdescobertas, antes/após a implementação do procedimento da triagem de Manchester;</p> | <p>Pretende-se avaliar como a organização concebe, gere e melhora os seus processos de forma apoiar e inovar estratégias definidas</p> |
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Caracterização do respondente</p> | <p>Sexo Idade Habilitações literárias</p> | <p>Pretende-se caracterizar a população respondente relativamente à idade ao género e às habilitações literárias</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | Tempo de experiência profissional Regime contratual Tempo de trabalho no serviço de atendimento permanente Horário Tipo de horário Categoria profissional | Pretende-se caracterizar a população respondente relativamente à sua categoria profissional, tempo na função, função que desempenha, regime contratual que sustenta e a sua permanência no Atendimento Permanente. |
|--|--|--|

Fonte: elaboração própria

A apresentação de um questionário é o passo que se segue após a definição do conteúdo e a redacção das questões. Muitas vezes, a sequência das questões e o *layout* do questionário, são determinantes para o sucesso da investigação. Os questionários, atractivos, bem elaborados e bem impressos incentivam a resposta (Silvério, 2003)

Para que se realizasse este estudo foi solicitado, por carta, ao conselho de administração que concedesse a autorização para implementação do inquérito. Esse pedido realizou-se a 25 de Setembro de 2007 (*cf.* Apêndice 2).

Redigidos os questionários e concedida a autorização para a sua execução, procedeu-se ao seu pré-teste no serviço de urgência do Hospital Fernando da Fonseca, com o objectivo de serem detectadas algumas falhas, tais como: complexidade e ambiguidade das questões. Modificou-se a redacção de algumas questões e corrigiram-se erros ortográficos.

Para a elaboração população, sobre a qual foi seleccionada a amostra que se estudou.

Segundo Fortin (1999):

“uma população do presente estudo sentiu-se necessidade de caracterizar uma
é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios, e ainda de acordo com a mesma, que considera amostra como um subconjunto de uma população ou de um grupo de elementos que fazem parte da mesma população (...) uma réplica em miniatura da população alvo.”

Deste modo, seleccionou-se como amostra, um grupo de profissionais de saúde, entre os quais 9 médicos e 28 enfermeiros a exercerem funções na organização em estudo. Esses elementos foram seleccionados porque respondiam aos critérios pré-estabelecidas pela investigadora, designadamente:

- Todos os enfermeiros que se encontravam a exercerem funções no serviço de Atendimento Permanente, excepto os que se encontravam de férias;
- Todos os médicos que realizaram o curso de Triagem de Manchester.

A Tabela 4.2 apresenta a população e amostra do serviço de atendimento permanente do respectivo estudo.

Tabela 4.2: População e Amostra do serviço de atendimento permanente

| | População | Amostra | % |
|---------------------------|-----------|---------|-----|
| Colaboradores Médicos | 33 | 9 | 27% |
| Colaboradores Enfermeiros | 34 | 28 | 82% |
| TOTAL | 67 | 37 | 55% |

Fonte: Elaboração própria

No Serviço de Atendimento Permanente (SAP) do Hospital CUF Descobertas no colaboram 33 médicos e 34 enfermeiros. Porém, neste estudo somente 9 médicos reuniram os critérios de inclusão e foram considerados como amostra para o estudo, o que significa que apenas 27% da população de colaboradores médicos, ao realizar o curso de Triagem de Manchester, poderia responder ao questionário. Relativamente à população de colaboradores enfermeiros, 82% (28) cumpriram os critérios para pertencerem a amostra. Significa que 55% do total dos colaboradores (médicos e enfermeiros) do SAP do Hospital CUF Descobertas foram incluídos no processo de amostragem.

A escolha da amostra é do tipo não probabilístico, por selecção racional, na medida em que se seleccionou intencionalmente os colaboradores que fazem parte da amostra.

Como refere Fortin (1999), “amostragem não probabilística, é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra”.

A recolha de dados foi efectuada através da aplicação de um inquérito por questionário junto dos colaboradores que se encontravam a exercer funções no Serviço de Atendimento Permanente do Hospital CUF Descobertas, com competências para realizar o Procedimento da Triagem de Manchester, no período entre 29 de Outubro a 19 de Novembro de 2007.

A recolha dos questionários foi efectuada de duas formas, a primeira entregue em mão ao investigador quando foram respondidos enquanto este se encontrava no local. A segunda colocados numa pasta no Serviço de Atendimento Permanente no gabinete da chefia, que pareceu ser bastante eficaz como se pode observar na Tabela 4.3 em relação à taxa de resposta.

A Tabela 4.3 mostra as frequências absolutas e relativas referentes aos questionários distribuídos e recolhidos no serviço de atendimento permanente do Hospital CUF Descobertas.

Tabela 4.3: Frequências absolutas e relativas referentes aos questionários distribuídos e recolhidos, no SAP do Hospital CUF Descobertas

| | CUF Descobertas | | | | Total |
|----------------------------|-----------------|-------|---------|-------|-------|
| | Enfermeiros | | Médicos | | |
| Questionários distribuídos | 28 | 75.7% | 9 | 24.3% | 37 |
| Questionários recolhidos | 28 | 77.8% | 8 | 22.2% | 36 |
| Taxa de resposta | 100% | | 88.9% | | 97.3% |

Fonte: elaboração própria

Foram distribuídos um total de 37 questionários, 28 dos quais a colaboradores enfermeiros e 9 a colaboradores médicos. Foram recolhidos 36 questionários que é equivalente a uma taxa de resposta de 97.3%.

4.3- Caracterização da Organização

4.3.1- Grupo José de Mello Saúde (áreas de actividade)

A José de Mello Saúde é a holding do Grupo José de Mello para a saúde. Foi constituída em 1998 para gerir e desenvolver as capacidades e competências do Grupo nesta área de actividade. Actualmente, a José de Mello Saúde detém a maioria ou a totalidade do capital de organizações com posições de liderança na área da saúde em Portugal.

A José de Mello Saúde desenvolve a sua actividade em três áreas de actuação:

- Hospitais públicos: prestação de cuidados de saúde através de unidades hospitalares com gestão privada, integradas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde Hospital Fernando Fonseca (Amadora Sintra).
- Saúdecuf: prestações de cuidados de saúde através de unidades hospitalares e de ambulatório de âmbito privado (Hospitalcuf Infante Santo, Hospital CUF Descobertas, Clínica Santa Maria de Belém, Clínica Alvalade).
- Outras áreas: áreas complementares de actividade como medicina e higiene no trabalho, tratamento termal e consultadoria na área da saúde.

A José de Mello Saúde está fortemente empenhada no desenvolvimento e promoção da Qualidade nas unidades do Grupo. Nesse âmbito, a José de Mello Saúde dispõe de um Comité da Qualidade liderado por um administrador, que tem por missão identificar áreas relevantes, preparar e reformular propostas de políticas, orientações e directivas no âmbito da Qualidade, que submeterá ao Conselho de Administração da José de Mello para aprovação.

Os principais objectivos deste Comité são os de contribuir para a melhoria da gestão do Grupo e promover internamente os níveis de Qualidade assumidas pela José de Mello Saúde.

A política de Qualidade na José de Mello Saúde é entendida como um valor fundamental como a prestação de cuidados de uma forma efectiva e eficiente, de acordo com o estado da arte a nível técnico-científico e indo ao encontro das necessidades e expectativas dos seus clientes.

O Grupo está empenhado em garantir a melhoria contínua da Qualidade, pelo que todas as unidades definem os níveis de serviço da sua prestação e realizam a respectiva avaliação, através de mecanismos adequados.

Os processos são sistematizados em procedimentos e traduzidos em fluxos de trabalho para todas as áreas de actividade assistencial de suporte, identificando todos os processos críticos e os respectivos procedimentos de gestão do risco. O controlo é efectuado através de auditorias regulares dos processos.

Estas orientações reflectem-se no Plano e Orçamento de todas as suas unidades do Grupo, através de planos de Desenvolvimento Organizacional de Qualidade e as suas unidades comprometem-se em implementar práticas sistemáticas de gestão que conduzem à satisfação dos seus clientes, financiadores, colaboradores e accionistas, dando particular atenção à melhoria contínua dos processos organizacionais.

4.3.2- Valores do Grupo José de Mello Saúde

A cultura e os valores que partilham o Grupo José de Mello Saúde, constituem o padrão de comportamento de que devem respeitar e expressar na gestão das actividades.

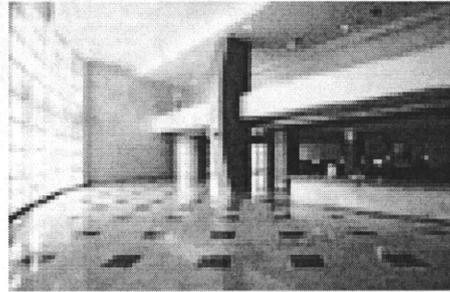
Os colaboradores do grupo têm responsabilidades acrescidas na consolidação destas identidades, através da afirmação e transmissão, pelo exemplo, dos seus valores: o respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa, o desenvolvimento humano, a competência e a inovação.

4.3.3-Hospital CUF Descobertas (HCD)

O Hospital CUF Descobertas é uma unidade de saúde privada da José de Mello Saúde.

Situado no Parque das nações, mais especificamente na Rua Mário Botas. O Hospital Cufdescobertas, constitui a mais recente unidade da José de Mello Saúde. Construído de raiz em 2001, tornando-o um dos mais recentes Hospitais do país. A Figura 4.2 apresenta algumas imagens do hospital em estudo.

Figura 4.2: Hospital Cufdescobertas, edifício geral e recepção principal



Fonte: <http://www.josedemellosaude.pt>

Iniciou a sua actividade no dia 25 de Junho de 2002, e é considerada a mais moderna unidade hospitalar privada, em Portugal, distinguindo-se pelos elevados padrões de excelência técnica, médica e hoteleira.

O Hospital Cufdescobertas tem tido uma procura crescente dos seus serviços de cuidados de saúde, a actividade do hospital tem vindo a superar claramente as suas expectativas, tem uma série de serviços a iniciar a sua actividade.

Segundo o Manual de Acolhimento do Hospital, a José de Mello Saúde reforça o compromisso de promover a prestação de serviços de saúde, de acordo com os mais elevados níveis de conhecimento e de serviço, numa busca permanente da qualidade e da excelência.

Missão do HCD

A missão do hospital é prestar cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, recorrendo às mais avançadas técnicas de diagnóstico e tratamento, de acordo com os objectivos de eficiência e efectividade definidos para os hospitais do grupo a que pertence e com o qual funciona em rede integrada.

Para o cumprimento desta Missão, foram definidos como «Objectivos Chave»:

- Qualidade – Promover a melhoria continua da qualidade na prestação de cuidados de saúde
- Satisfação dos clientes – Garantir elevados níveis de satisfação pela excelência dos serviços e da organização

-
- ✦ Rentabilidade - Garantir níveis de rentabilidade em linha com as melhores práticas internacionais
 - ✦ Formação e Inovação – Promover a formação dos profissionais de forma a garantir elevadas competências técnicas e relacionais e assegurar a actualização tecnológica do Hospital
 - ✦ Organização – Garantir o desenvolvimento organizacional, de modo a corresponder às expectativas dos clientes e dos colaboradores
 - ✦ Comunicação – Garantir a implementação de um plano de comunicação que promova a co-responsabilidade pela melhoria contínua e performance do Hospital

Valores do Hospital CUF Descobertas (HCD)

A actuação do hospital é orientada pelos seguintes valores:

- ✦ Desenvolvimento Humano – no respeito pela relação interpessoal e profissional entre todos os colaboradores e sobretudo entre estes e aqueles a quem o Hospital Cufdescobertas mais deseja servir, e são a sua razão de ser principal – os Doentes.
- ✦ Competência – de quem nele trabalha, e que se deseja promover activamente, através da elevada e continua qualificação dos seus profissionais.
- ✦ Inovação – através de uma saudável relação de abertura ao mundo global, que deseja não procure o progresso apenas pelo progresso, mas por tudo quanto possa efectivamente servir e promover a vida humana, respeitando-a integralmente desde a concepção até à morte natural.
- ✦ Respeito pela Dignidade e Bem-estar da Pessoa – nunca esquecendo que a pessoa pelo facto de estar doente e carecer de ajuda, não perde nenhum dos direitos que configuram a sua dignidade.

O Hospital serve uma população muito diversificada, que na sua grande maioria pertence aos diversos subsistemas ou são detentoras de seguros de saúde, Medis, Multicare, Advance car, com os quais o hospital celebrou acordos com o objectivo de criar condições vantajosas de acesso aos seus beneficiários, incrementando assim a sua carteira de clientes.

No Hospital Cufdescobertas, a família é entendida como elemento fundamental no decorrer do internamento e como elemento transmissor de segurança e apoio emocional ao cliente internado. Por essa razão, o horário de visita é alargado.

Estrutura Física e Organização do HCD

Relativamente à estrutura física do Hospital Cufdescobertas, a mesma é dotada de excelentes instalações, com um elevado grau de qualidade. No que diz respeito à organização da Unidade Hospitalar em questão, a mesma está sectorizada em Unidades Funcionais, que representam um conceito muito aberto e de interligação de «serviços» que é muito mais estanque.

Serviços Clínicos que dispõe o HCD

- ▼ Internamento Geral - Localizado nos pisos 3 a 6, dispõe de 125 quartos individuais e 10 quartos duplos, para internamento médico e cirúrgico (adultos e pediátricos).

- ▼ Unidade de cuidados intensivos Polivalente equipada para a prestação de cuidados especiais, com 9 camas sendo 2 em quartos de isolamento. Dispõem de:
 - Bloco Operatório
 - 5 salas para cirurgia convencional
 - 2 salas para cirurgia ambulatória

- ▼ Maternidade - Localizada no piso 2, dispõe de:
 - 13 quartos individuais e 2 quartos duplos,
 - 2 salas de partos,
 - 1 sala de cuidados pós-parto,
 - Berçário
 - Unidade de cuidados especiais ao recém-nascido (UCERN) equipada com 5 incubadoras, sendo 2 com ventilação de alta frequência e equipamento de fototerapia.

- Especialidades. O Hospital CUF Descobertas dispõe de 50 gabinetes de consultas para as especialidades médicas e cirúrgicas.
- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. Dispõe de meios complementares de diagnóstico e terapêutica abrangendo várias especialidades e recorrendo à mais avançada tecnologia.
- Hospital de Dia de Oncologia. Unidade equipada de forma a disponibilizar um elevado nível de atendimento e de comodidade aos doentes crónicos em ambulatório (quimioterapia).
- Unidade de Cirurgia Ambulatória. Para as intervenções cirúrgicas que não requerem internamento, o Hospital Cufdescobertas dispõe de uma unidade de cirurgia ambulatória autónoma com 2 salas de operações e uma grande área de cuidados pós-anestesia.

- Recursos Humanos e Unidades Funcionais do Hospital Cufdescobertas

O Hospital Cufdescobertas, conta com a colaboração de 415 Médicos, 152 Enfermeiros, 56 Técnicos, 89 Administrativos. Dispõe de 159 camas, 7 salas de cirurgia, 2 salas de partos, 50 gabinetes de consulta, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Unidade de Cuidados Especiais a Recém Nascidos, Serviço de Atendimento Permanente (Geral, Pediatria e Ginecologia/ Obstetrícia)

4.3.4- Caracterização do Serviço de Atendimento Permanente

O Atendimento Permanente é um serviço disponível 24 horas por dia, 365 dias por ano, e tem como objectivo dar uma resposta rápida as necessidades sentidas pelos clientes, tendo como base uma avaliação rápida do seu estado de saúde. O Atendimento Permanente articula-se com as outras Unidades Funcionais do hospital para que o cliente tenha um serviço de excelência.

A Unidade Funcional Atendimento Permanente Geral é um serviço que teve início em 2001, com uma afluência dimensionada para 30 a 40 atendimentos dia.

Esta afluência tem vindo a ser superada ao longo dos últimos anos. Actualmente, a média de atendimentos é de 150 dia nas 24 horas, mas existem dias em que este número ultrapassa os 200 atendimentos, esta variação deve-se ao facto deste serviço ser de uma actividade não programada.

- Estrutura Física do Serviço de Atendimento Permanente

O Atendimento Permanente é composto pela Recepção do Atendimento Permanente; Sala de Espera; Gabinete do Gestor de Cliente (Triagem); Sala de Sub-Espera; 5 Gabinetes Médicos; S.O com 4 camas; 1 Sala de Emergência/ Pequena Cirurgia; 1 Sala de Cuidados/ Tratamentos; 1Gabinete do Enfermeiro-Chefe; 1Sala de Arrumos; 1 Sala de Sujos; 1 Sala de Isolamento; 2 Casas de Banho (funcionários e clientes)

- Recursos Humanos no Serviço de Atendimento Permanente

A nível de recursos humanos o Atendimento Permanente Geral é composto por:

▼ Médicos:

- O Serviço de Atendimento Permanente é coordenado por uma Directora, com a categoria de Chefe de Serviço, sendo este elemento especialista em Urgência. O restante pessoal médico que presta serviço de urgência encontra-se efectivo a este Serviço.
- Actualmente, prestam serviço na área da urgência 33 médicos
- O serviço tem o apoio de todos os Serviços de Especialidade por sistema de chamada dentro do horário normal de funcionamento (09H00 às 21H00). Após este horário as especialidades estão de prevenção, isto é, há um médico de prevenção para cada especialidade.

- ▼ Enfermeiros:
 - Os recursos humanos de enfermagem neste serviço são compostos por 34 enfermeiros.
 - Aos cuidados indirectos estão dedicados dois enfermeiros: 1 Enfermeira Chefe, 1 Enfermeiro Responsável
 - Os enfermeiros entregues aos cuidados directos encontram-se em simultâneo envolvidos em diversas actividades, como por exemplo, elaboração dos conteúdos a integrar em futuras formações e elaboração da estatística do serviço.
- ▼ Auxiliares de Acção Médica (AAM):
 - O serviço de apoio geral é prestado por 7 AAM, com o horário semanal de 35 horas e em “roulement”, estando definida a necessidade de pelo menos 2AAM por turno, para dar resposta às necessidades de organização e funcionamento do serviço.
- ▼ Administrativos:
 - Os apoios administrativos são assegurados rotativamente por seis profissionais de carreira administrativa, com o horário semanal de 35 horas. O trabalho é assegurado por 3 turnos diários, com 3 elementos diurnos e um elemento nocturno.
 - A actividade do pessoal é coordenada pela chefe de secção do serviço de gestão dos administrativos.

Após a chegada do cliente ao Atendimento Permanente é efectuado todo o serviço administrativo, o doente aguarda na sala de espera pela sua vez, por ordem de chegada e não por prioridade clínica.

A realização de uma pré-avaliação clínica por um profissional de saúde, só era realizada quando o tempo de espera fosse superior a 30 minutos, o que se traduz num grave risco para o serviço, tendo a noção que a afluência tem vindo sempre a aumentar.

Este serviço com estrutura física reduzida e uma grande afluência sentiu necessidade de mudança quer a nível da estrutura física do serviço, organização

do serviço, desenvolvendo-se assim protocolos clínicos, circuito dos clientes e implementação da Triagem de Manchester.

Estas mudanças implantadas foram pensadas sempre na qualidade e segurança clínica do cliente.

Com a estrutura física remodelada em Setembro de 2006, foram criados mais gabinetes médicos, mais camas no serviço de observação e uma sala de tratamentos com um maior número de cadeirões, que contribui para um serviço mais rápido e eficiente na prestação dos cuidados de saúde.

Na sequência do processo de certificação da qualidade do serviço pela Norma ISO 9001:2000, considerada como uma porta aberta para um vasto número de oportunidades de melhoria no serviço, criaram-se circuitos do doentes no serviço para uma melhor articulação com os serviços de apoio e otimização de tempo no percurso do cliente e profissionais de saúde, assim como, organização do mesmo.

Implementaram-se Instruções de Trabalho, para definir todos os procedimentos de trabalho uniforme e o seu cumprimento possibilita atingir um nível de excelência de forma a garantir a eficiência no processo, para uma melhor prestação de cuidados. Criou-se um conjunto de indicadores de qualidade, que permitem avaliar a qualidade do serviço prestado e tomar medidas preventivas que admitem ir ao encontro das expectativas do cliente.

O desenvolvimento de protocolos Clínicos facilitou uma intervenção clínica mais rápida, uniformizada que facilita a prestação de cuidados melhorando a qualidade e eficiência técnica.

Sentiu-se a necessidade da implementação da Triagem de Manchester. Esta medida visa aumentar a segurança clínica do Atendimento Permanente, garantindo a intervenção atempada nas situações graves.

Visa identificar precocemente doentes de risco e estabelecer circuitos pós-triagem para tornar os fluxos dentro do serviço mais eficientes.

Todos os doentes que acedem ao serviço são triados por um enfermeiro devidamente formado. A sequência da observação médica deixa de ser a ordem

de inscrição e passa a ser a prioridade estabelecida na triagem, assumindo o compromisso de ser feita uma reavaliação do cliente quando este o solicitar. Com o acesso a toda esta informação monitorizada, pode-se desenvolver medidas preventivas no âmbito de melhorar e otimizar o processo actual.

A monitorização é o meio de garantia de que os compromissos assumidos são controlados, são medidos e sempre que necessário, são sujeitos a acções correctivas de melhoria, alargando muito mais os pontos de medição e controlo, permitindo objectivar de forma muito mais rigorosa aquilo que se faz.

Todo este processo, desde criação de procedimentos, a sua sistematização e normalização e sua monitorização, contribui para a forma como se quer prestar os cuidados de saúde neste serviço.

Cada dia tornou-se num dia para mudar e melhorar qualquer aspecto pensando sempre no cliente e na qualidade de atendimento prestado, um serviço de excelência.

A organização, neste caso o Hospital Cufdescobertas, fica envolvida num processo cíclico de melhoria contínua da qualidade, que visa planear, executar, verificar, actuar e de novo planear.

Após apresentação e caracterização de todos os serviços/processos no Hospital em estudo, apresentar-se-á seguidamente os resultados obtidos e as principais conclusões desta investigação. Os dados foram tratados utilizando o suporte informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), habitualmente utilizado para análise estatística nas ciências sociais.

Devido ao facto de não se ter encontrado um questionário já publicado e que fosse possível utilizar, construiu-se um com base no sistema de auto-avaliação o modelo *Common Assessment Framework (CAF)*, descrito anteriormente. Não foram efectuados testes à normalidade nem qualquer inferência estatística uma vez que a aplicação do método da CAF não pressupõe análises mais profundas. Far-se-á, por isso, uma análise descritiva a cada variável e ainda analisar-se-á a eventual correlação entre algumas dessas variáveis.

Capítulo 5 - Resultados:

Aplicação da Metodologia de Investigação

Neste capítulo abordar-se-á a aplicação da metodologia da investigação e dos resultados obtidos, resultantes da aplicação do questionário elaborado e realizado junto dos colaboradores do serviço de atendimento Permanente do Hospital CUF Descobertas, efectuando-se primeiramente uma caracterização da população, seguida de uma apresentação dos dados obtidos antes da aplicação do procedimento. Posteriormente relatar-se-á os resultados obtidos após a implementação do procedimento e, por último, serão apresentadas as eventuais correlações entre o antes e o depois da implementação do procedimento da Triagem de Manchester.

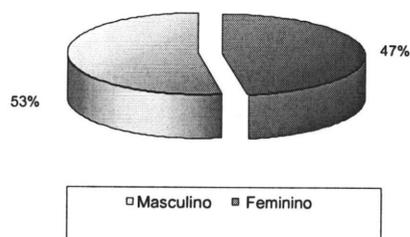
5.1- Caracterização da população

Neste ponto apresentam-se os resultados obtidos e respectivas conclusões quanto à caracterização dos colaboradores, nomeadamente no que se refere ao sexo, idade, habilitações literárias, tempo de experiência profissional, regime contratual, tempo de trabalho no serviço de atendimento permanente, tipo de horário, categoria profissional.

A amostra é constituída por 36 respondentes, colaboradores do Hospital CUF Descobertas, 28 dos quais encontravam-se antes e a totalidade da amostra ou seja 36 depois da aplicação da Triagem de Manchester. Entre os colaboradores que preenchem os critérios de inclusão já mencionados, 19 (53%) eram do sexo feminino e 17 eram do sexo masculino, representando 47% da amostra, como se pode observar no Gráfico 5.1.

Pode-se afirmar que apenas existem apenas mais 6% (2) respondentes do sexo feminino, sendo então este o predominante. Estes valores estão de acordo com algumas teorias que defendem que as profissões da saúde se caracterizam por possuírem maior número de profissionais do sexo feminino, como é o caso das profissões médica e de enfermagem.

Gráfico 5.1: Caracterização da População por sexo



Os respondentes tinham idades compreendidas entre 25 e os 54 anos, como se pode observar na Tabela 5.1:

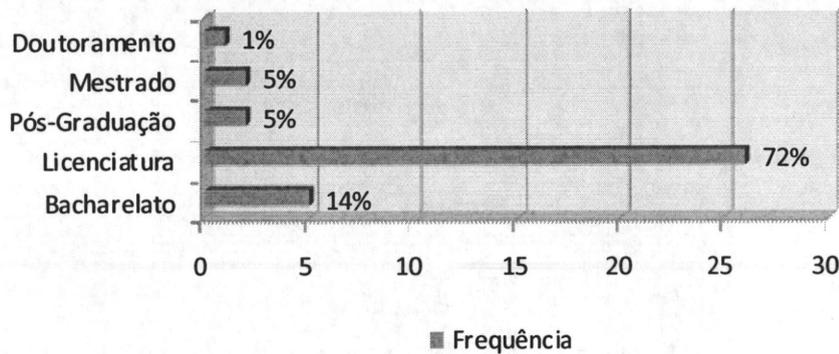
Tabela 5.1: Caracterização da População por idades

| Idade | Número | Percentagem (%) |
|-------|--------|-----------------|
| 25-30 | 10 | 28 |
| 31-35 | 11 | 31 |
| 36-40 | 9 | 25 |
| 41-50 | 4 | 11 |
| 51-55 | 2 | 6 |
| Total | 36 | 100.0 |

O grupo que detém maior percentagem de respondentes é o grupo dos 31 aos 35 anos (grupo modal) com 31% dos respondentes, 42% dos restantes encontra-se acima deste grupo etário e apenas 28% abaixo dos mesmos, pode-se então considerar que se trata de uma população com algum grau de maturidade.

A amostra é formada essencialmente por 72% de licenciados (26 em 36) e em menor número por 14% de Bacharéis (5 em 36). Dos restantes respondentes, 5% referiram ter pós-graduação e, em igual número, o mestrado e apenas 3% (1) referiu ter o doutoramento (cf. Gráfico 5.2)

Gráfico 5.2 – Caracterização da População por habilitações literárias



Para análise da distribuição dos respondentes por tempo de experiência profissional, esta variável foi categorizada em cinco grupos como mostra o Gráfico 5.3.

A análise do Gráfico 5.3 permite observar que o grupo que detém a frequência mais elevada é o grupo dos respondentes que se encontram entre os 6 a 15 anos de experiência com 67% dos respondentes. Verifica-se ainda que 45% dos respondentes têm menos de 10 anos de experiência profissional, na área onde exercem a sua actividade. Pode-se afirmar que é uma equipa consistente já com muito tempo de conhecimentos e vivências.

Gráfico 5.3: Caracterização da População por tempo de experiência profissional.

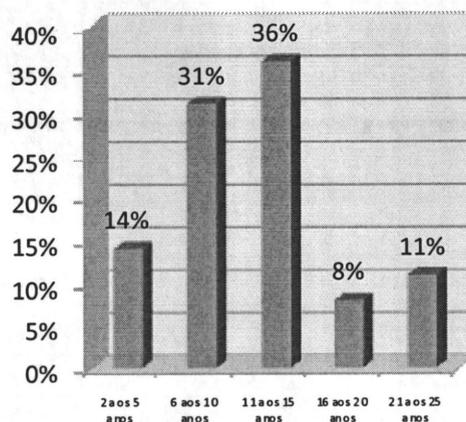
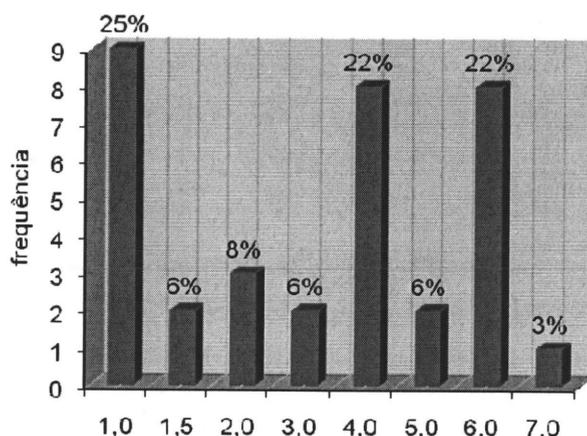
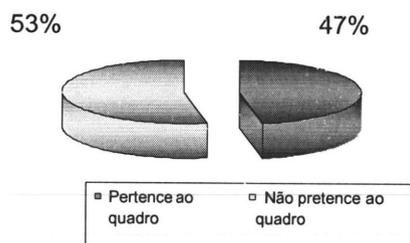


Gráfico nº5.4: Caracterização da População por tempo de serviço no Serviço de Atendimento Permanente



O tempo de serviço dos respondentes no Serviço de Atendimento Permanente (cf. gráfico nº 5.4) é variável. Verifica-se que 25% da amostra tem 1 ano de serviço e 22% com 4 anos e 6 anos, apenas 3% se encontram desde a abertura da instituição.

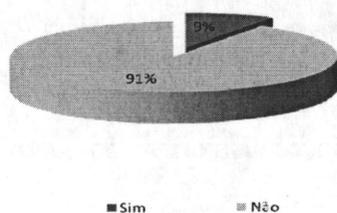
Gráfico 5.5: Caracterização da População por regime contratual



Os dados do Gráfico 5.5 revelam que a grande maioria dos respondentes (53%) não pertencem ao quadro da organização e que apenas 47% tem vínculo jurídico definitivo com a organização onde prestam serviços, o que por certo não deixará de ser relevante para a estabilidade das equipas de trabalho.

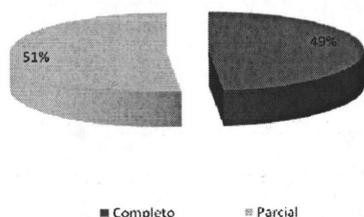
Aproximadamente cerca de metade dos respondentes (47%) pertencem ao quadro da Instituição (cf. Gráfico nº5.5) mas apenas 9% (3) pertence à Comissão de Qualidade (cf. Gráfico nº 5.6).

Gráfico 5.6: Percentagem de respondentes que pertencem à Comissão de Qualidade



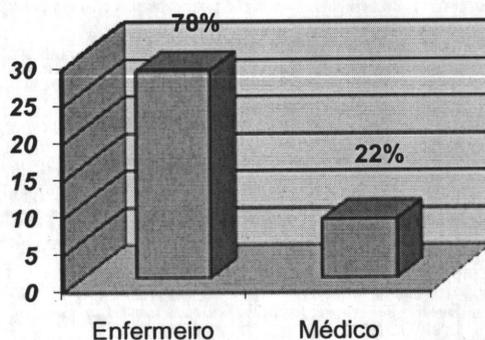
Observa-se pelo Gráfico 5.7 que cerca de metade dos respondentes (51%) tem horário completo.

Gráfico 5.7: Caracterização da População por tipo de horário



Em relação às categorias profissionais observa-se que a maior parte é da classe profissional de enfermagem com 78% dos respondentes, restantes 22% pertencem classe profissional médica, tal como mostra o Gráfico 5.8.

Gráfico 5.8 – Caracterização dos respondentes face categoria profissional



Síntese:

De acordo com as informações recolhidas pela análise descritiva da caracterização do respondente, ou seja, o perfil da população, pode-se concluir que se trata de uma população em que a média de idades se encontra nos 35 anos e que 59% desta população se encontra abaixo dos mesmos. Pode-se

ainda afirmar que é um grupo jovem com todas as potencialidades que daí podem advir.

A maioria dos profissionais é do sexo feminino (53%). Estes valores estão de acordo com algumas teorias que defendem que as profissões da saúde se caracterizam por possuírem maior número de profissionais do sexo feminino como é o caso das profissões médica e de enfermagem.

Da amostra, 72% é detentor de uma licenciatura, 67% desta mesma amostra tem entre 6 e 15 anos de experiência profissional. O tempo de exercício de actividades na instituição é de em 25% dos casos de 1 ano, podendo-se afirmar que existe uma grande rotatividade de elementos. A proporção de profissionais é de 78% para os enfermeiros e 22% para os médicos.

A maior percentagem dos respondentes não mantém com a instituição onde trabalha uma relação jurídica definitiva, pois 53% dos respondentes não pertence ao quadro da instituição, dos mesmos 51% refere ter um horário parcial e mais de metade refere ter horário rotativo.

Tabela 5.2 – Caracterização dos respondentes face ao procedimento da Triage de Manchester

| | Enfermeiros | | Médicos | | Total |
|--|-------------|-------------|---------|-------------|-------|
| | Número | Percentagem | Número | Percentagem | |
| Antes da implementação do procedimento | 22 | 78,5% | 6 | 21,5% | 28 |
| Depois da implementação do procedimento | 28 | 77,8% | 8 | 22,2% | 36 |

Como se pode observar na Tabela 5.2 referido, o número de respondentes aumentou após a implementação do procedimento de 28 para 36 indivíduos. De acordo com os resultados, pode-se afirmar que nas duas fases do procedimento a percentagem de enfermeiros é superior à percentagem de médicos.

De seguida proceder-se-á a caracterização do processo de triagem antes da implementação do procedimento em estudo.

5.2 Antes da implementação do Procedimento da Triagem de Manchester

Como já foi referido anteriormente, dos 36 respondentes apenas 8 não se encontravam a exercer funções como colaboradores antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester. Assim, esta primeira parte do questionário vai ser avaliada pelas respostas de 28 respondentes (22 enfermeiros e 6 médicos).

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas para todas as perguntas fechadas. A Tabela 5.3 mostra o resultado obtido na primeira pergunta.

Tabela 5.3: Antes da implementação da triagem de Manchester que clientes eram triados?

| | Número | Percentagem (%) |
|---|--------|-----------------|
| Todos | 5 | 17.9 |
| Os utentes que estavam em muito tempo de espera | 14 | 50.0 |
| Os utentes mais urgentes | 10 | 35.7 |
| Outro (s). Qual (is) | 2 | 7.1 |
| Total: | 31 | 110.7 |

Nota: Respondentes assinalaram mais de que uma questão

Segundo a Tabela 5.3 apresentada, observa-se que antes da implementação da Triagem de Manchester 18% dos colaboradores referem que todos os clientes eram triados, 50% refere que os clientes apenas eram triados quando estava muito tempo de espera e 36% refere ainda que só os clientes mais urgentes eram triados.

De seguida serão abordadas as respostas dos colaboradores referentes ao critério 1- Liderança do modelo *Common Assessment Framework* (CAF) é aplicado no estudo.

Tabela 5.4: Foi-lhe transmitida a missão, visão e valores do procedimento da Triagem dos clientes realizada antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester?

| | Contagem | Percentagem (%) |
|-------|----------|-----------------|
| Sim | 18 | 64.3 |
| Não | 10 | 35.7 |
| Total | 28 | 100.0 |

No conjunto das respostas, a grande maioria 64% dos respondentes referem ter conhecimento da missão, visão e valores do procedimento.

Foi pedido aos respondentes que indicassem qual a **Missão** do procedimento da Triagem dos clientes realizada antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester. Foram obtidas 23 respostas apesar de apenas 18 respondentes referirem que lhes tinha sido transferida a missão do procedimento de triagem. A Tabela 5.5 apresenta essas respostas.

Tabela 5.5: Indique, resumidamente, a missão do procedimento da triagem dos clientes realizada antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester

| Indicadores | Número de respostas | Percentagem (em 28) |
|-----------------|---------------------|---------------------|
| Prioridade | 15 | 53.5% |
| Tempo | 8 | 28.5% |
| Não responderam | 5 | 18.0% |
| Total respostas | 28 | 100% |

Os dados da Tabela 5.5 mostram que 53% dos respondentes refere que a missão do procedimento era estabelecer a prioridade dos clientes. Também é referido por 28% dos respondentes que a triagem tem como missão reduzir o tempo de espera. Como se pode concluir pela observação das respostas na pergunta anterior a principal missão da triagem antes do procedimento de Manchester era estabelecer prioridades de atendimento, de acordo com a gravidade clínica dos clientes.

Foi solicitado aos colaboradores que referissem se tinham conhecimento da visão do procedimento da triagem antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester e que expressassem as suas opiniões. Estas respostas encontram-se nas Tabelas 5.6 e 5.7.

Tabela 5.6: Conhecia a Visão do procedimento da Triagem dos clientes realizada antes da implementação da Triagem de Manchester?

| | Contagem | Percentagem |
|-----------------|----------|-------------|
| Sim | 8 | 28.6% |
| Não | 18 | 64.3% |
| Não responderam | 2 | 7.1% |
| Total | 28 | 100% |

Antes da implementação do procedimento de Triagem de Manchester, 64% dos respondentes referem que não tinham conhecimento da visão do procedimento. Apesar desta mesma percentagem referir que esta lhe foi transmitida como se pode observar na tabela 5.4, 29% dos respondentes que responderam Sim à questão anterior, e apenas 7 indicaram qual era a *Visão* do Procedimento da Triagem de clientes: a prioridade (cf. Tabela 5.7).

Tabela 5.7: Opinião dos colaboradores sobre a visão do procedimento:

| Indicadores | Número de respostas | Percentagem (em 28) |
|-------------------|---------------------|---------------------|
| <i>Prioridade</i> | 6 | 21% |

Todas as justificações excepto uma indicam que a visão do procedimento de triagem é estabelecer prioridades no atendimento.

Foi perguntado aos respondentes se tiveram parte activa na construção da missão e da visão do procedimento da Triagem dos clientes, antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester e de que forma. Apenas 11% referiram que sim e que tinham participado em reuniões onde foi definido a missão e a visão, aquando da elaboração do plano de actividades (cf. Tabela 1 Apêndice 3).

Nas questões onde era pedido ao respondente que indicasse um valor nas escalas: Discordo Totalmente ao Concordo totalmente ou Nada adequado ao

Muito Adequado, fora calculadas as frequências absolutas para cada valor da escala e, posteriormente, serão calculadas algumas estatísticas descritivas.

A pergunta “ no seu entender, o procedimento da triagem do clientes, antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester servia para:” enquadra-se no critério 2- Planeamento e Estratégia do modelo CAF. Os dados estão apresentados na Tabela 5.8.

Tabela 5.8: O procedimento da Triagem dos clientes, antes da implementação da Triagem de Manchester servia para:

| | Discordo Totalmente | Discordo | Concordo | Concordo Totalmente | Indeciso |
|--|------------------------|----------|----------|------------------------|----------|
| Realizar diagnóstico | 18% | 0% | 21% | 0% | 11% |
| Rapidez de atendimento ao cliente | 4% | 18% | 50% | 21% | 4% |
| Estab. Grau de prioridade do cliente | 0% | 0% | 50% | 50% | 0% |
| Melhor encaminhamento do cliente | 0% | 7% | 54% | 32% | 4% |
| Caract. Pop. que recorre AP em função das queixas | 25% | 36% | 14% | 7% | 7% |
| Outro | 0% | 4% | 7% | 0% | 11% |

Numa análise aos dados representados na Tabela 5.8, no que diz respeito para que servia a triagem antes da implementação do procedimento de Triagem de Manchester, constata-se a seguinte situação relativamente ao indicador:

- ↪ **Realizar diagnóstico:** 21% dos respondentes concorda, 18% discorda totalmente existindo ainda 11% dos respondentes que se designa como indecisos.
- ↪ **Rapidez de atendimento ao cliente:** 50% dos respondentes concorda que esta seja a missão do procedimento, 21% concorda totalmente. Porém, 18% dos mesmos discorda que esta seja a missão do procedimento.
- ↪ **Estabelecer grau de prioridade do cliente:** neste indicador 100% dos respondentes concorda que a triagem é um procedimento de estabelecimento de grau de prioridade, dos quais 50% refere concordar totalmente.
- ↪ **Melhor encaminhamento do cliente:** de acordo com os resultados, 54% é da opinião que este procedimento serve para melhor encaminhar

os clientes, 32% concorda totalmente, existindo uma pequena minoria 7% que discorda, 4% encontram-se indecisos.

→ **Caracterizar a população que recorre AP em função das queixas:**
Cerca 61% discorda que esta seja a função do procedimento, dos quais 25% discorda totalmente, apenas 21% concorda que esta possa ser uma das razões de ser do procedimento dos quais apenas 7% concorda totalmente.

Cerca de 100% dos respondentes concorda que a triagem servia para estabelecer o grau de prioridade clínica, dos quais 50% concorda totalmente, a maioria 54% dos mesmos concorda que a triagem servia para melhorar o encaminhamento dos clientes, 50% ainda refere que servia para estabelecer o grau de prioridade de cada cliente bem como a rapidez de atendimento.

A formação de profissionais de saúde e a gestão de recursos humanos são temáticas que se inserem no critério 3 – Pessoas do modelo *Common Assessment Framework* (CAF) pois tudo o que se relaciona com formação, esta intimamente relacionado com atribuição de competências e melhoria profissional.

Desta forma na Tabela 5.9 pode-se observar se existiu uma preocupação pelos responsáveis da organização em formar os seu colaboradores e na Tabela 5.10 a forma como essa formação foi efectuada:

Tabela 5.9- Teve formação inicial para realizar o procedimento da Triagem antes da implementação do Procedimento de Manchester?

| | Contagem | Percentagem |
|-------|----------|-------------|
| Sim | 11 | 39.3% |
| Não | 17 | 60.7% |
| Total | 28 | 100.0% |

No que respeita à formação inicial dada para realização do procedimento da triagem, 60% refere que não teve formação inicial para efectuar o procedimento, enquanto que apenas 39% referem ter tido formação inicial. Nestes últimos, a formação foi adquirida, como se pode observar na Tabela 5.10.

Tabela 5.10: Forma de aquisição de formação:

| | Contagem | Porcentagem |
|-------------------|----------|-------------|
| Manual escrito | 5 | 18% |
| Ações de formação | 7 | 25% |
| Outra(s). | 3 | 11% |
| Não responderam | 13 | 46% |
| Total | 28 | 100% |

Apresenta-se na Tabela 5.10, a forma como foi adquirida a formação dos respondentes em relação ao procedimento, 25% refere que foi através de ações de formação e 18% através de um manual escrito os 11% dos respondentes que indicaram ter adquirido formação inicial de “Outra” forma indicaram que “Foi transmitido pelos colegas do serviço”(cf.Tabela 2 Apêndice3).

Foi solicitado aos colaboradores que opinassem sobre a adequação do recursos humanos existentes no Serviço de Atendimento Permanente dos Hospital CUF Descobertas na Tabela 5.11 pode-se observar essas opiniões.

Tabela 5.11: Considerava que os recursos humanos existentes antes da implementação da Triagem de Manchester se encontravam adequados às necessidades do procedimento da Triagem dos clientes?

| | Contagem | Porcentagem |
|-------|----------|-------------|
| Sim | 5 | 17.9% |
| Não | 23 | 82.1% |
| Total | 28 | 100.0% |

Relativamente à opinião dos respondentes em relação aos recursos humanos existentes, a grande maioria 82% considera que estes são insuficientes, apenas 17% é da opinião que estes vão de encontro das necessidades.

A caracterização dos recursos físicos e materiais, o circuito de encaminhamento de clientes inserem-se no critério 4 – Parcerias e Recursos do modelo CAF, estes dados poderão ser observados nas tabelas 5.12 e 5.13.

Foi pedido aos respondentes que indicassem como consideravam o espaço físico onde se realizava o procedimento de triagem dos clientes antes da implementação da Triagem de Manchester, de acordo com alguns indicadores. A Tabela 5.12 mostra as frequências absolutas encontradas:

Tabela 5.12: Caracterização do espaço físico onde se realizava o procedimento segundo opinião colaboradores:

| | Nada adequado | Pouco adequado | Adequado | Muito Adequado | Indecisos |
|----------------------------------|---------------|----------------|----------|----------------|-----------|
| Dimensões | 29% | 61% | 11% | 0% | 0% |
| Privacidade | 32% | 46% | 21% | 0% | 0% |
| Segurança | 32% | 46% | 21% | 0% | 0% |
| Sonoridade | 39% | 43% | 18% | 0% | 0% |
| Luminosidade | 11% | 18% | 71% | 0% | 0% |
| Disposição e distribuição | 18% | 61% | 21% | 0% | 0% |
| Equipamentos | 7% | 46% | 46% | 0% | 0% |

A observação da tabela 5.12 mostra que relativamente aos indicadores dimensões, disposição e distribuição, 61% considera-o pouco adequado: Em relação aos indicadores privacidade e segurança, 46% considera também estes indicadores pouco adequados. O indicador sonoridade é também classificado de pouco adequado por 43% dos respondentes. Relativamente ao indicador equipamentos existe igual número de respondentes a referir que é adequado e pouco adequado. Apenas o indicador luminosidade é referido como adequado por 71% dos mesmos.

Pode-se então concluir que o nível de adequação dos itens relacionados com espaço físico é na globalidade considerado de pouco adequado.

Também a pergunta 5.13 da parte I do questionário aplicado se insere no critério 4- Parcerias e recursos, “Antes da implementação do procedimento da triagem de Manchester indique a sua opinião em relação ao circuito encaminhamento dos clientes”.

Tabela 5.13: Opinião dos colaboradores em relação ao circuito de encaminhamento de clientes.

| | Contagem | Percentagem |
|----------------|----------|-------------|
| Nada adequado | 1 | 3.6% |
| Pouco adequado | 19 | 67.9% |
| Adequado | 8 | 28.6% |
| Muito Adequado | 0 | 0.0% |
| Total | 28 | 100.0% |

A grande maioria dos respondentes é da opinião que o circuito de encaminhamento de clientes nesta primeira fase do procedimento é pouco adequado, 28% considera que este encaminhamento é adequado existindo, porém, uma minoria de 3% que o considera nada adequado.

A forma de realização do estabelecimento de prioridades enquadra-se no critério 2 – Planeamento e Estratégia do modelo CAF, pois está relacionado com a forma como os serviços são prestados e com que prioridade, na tabela 5.14 pode-se observar esse mesmo procedimento de acordo com as opiniões dos colaboradores.

Tabela 5.14: Forma de estabelecimento das prioridades de cada cliente, antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester?

| | Contagem | Percentagem |
|--|-----------|-------------|
| Seguia algum protocolo existente | 5 | 17.9% |
| Baseava-se na observação directa do cliente | 5 | 17.9% |
| Relatava queixas verbalizadas pelo cliente | 6 | 21.4% |
| Baseava-se na observação directa e relatava queixas verbalizadas pelo cliente | 20 | 71.4% |
| Outro(s). Qual(is)? | 1 | 3.6% |
| Total | 37 | 132% |

Nota: os respondentes responderam a mais do que uma opção

De uma forma generalizada os respondentes realizavam a triagem antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester baseando-se na observação directa relatando queixas verbalizadas pelos clientes, forma de agir esta, partilhada por mais de 70% dos respondentes. 21% dos respondentes relatava unicamente as queixas verbalizadas pelos clientes, e 17% seguia algum protocolo existente bem como se baseavam na observação directa.

As temáticas: exames complementares de diagnóstico, parcerias existentes e instruções de trabalho escritas, inserem-se no Critério 5 – Parcerias e Recursos do modelo CAF.

À pergunta 13 da parte I do questionário aplicado aos colaboradores “Realizava o pedido de exames complementares de diagnóstico, durante o procedimento de triagem antes da implementação do procedimento de Triagem de Manchester?” é respondida por cerca de 71% (20) dos respondentes realizava o pedido de exames complementares de diagnóstico antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester (cf. tabela 24 Apêndice 3). Mas, classificam as parcerias existentes no processo de Triagem de clientes, em relação à rapidez de orientação/concretização, antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester como é apresentado na Tabela 5.15.

Tabela 5.15: Classificação das parcerias existentes em relação à rapidez de orientação/concretização antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester?

| | Nada adequado | Pouco adequado | Adequado | Muito Adequado | Indecisos |
|-------------------------------------|---------------|----------------|----------|----------------|-----------|
| Serviço de Imagiologia | 4% | 21% | 71% | 4% | 0% |
| Serviço de Patologia Clínica | 4% | 18% | 75% | 4% | 0% |
| Outra | 0% | 7% | 0% | 0% | 14% |

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 5.15, 71% dos respondentes considera que a rapidez de orientação e concretização em relação ao Serviço de Imagiologia é adequado, relativamente ao Serviço de Patologia Clínica a opinião sobe para 75%, ambos os serviços têm a mesma cotação em relação ao nada e muito adequado, cerca de 4%. Os 2 respondentes que são de outra opinião referem consultas de especialidade e classificam-nas no pouco adequado (cf. Tabela 3 Apêndice 3).

A Tabela 5.16 mostra como os respondentes consideravam, relativamente a alguns indicadores, o procedimento da Triagem dos clientes, quanto à existência de instruções de trabalho escritas, antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester.

Tabela 5.16: Classificação das instruções de trabalho escritas antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester?

| | Nada Adequado | Pouco adequado | Adequado | Muito adequado | Indeciso |
|--------------------------------------|---------------|----------------|----------|----------------|----------|
| Realização de Triagem | 25% | 39% | 25% | 0% | 7% |
| Comunicação e informação | 21% | 36% | 39% | 0% | 0% |
| Utilização de equipamentos | 18% | 14% | 64% | 0% | 0% |
| Circuitos dos clientes | 14% | 36% | 46% | 0% | 0% |
| Colaboração com outros departamentos | 4% | 39% | 50% | 4% | 0% |
| Outro(s) | 25% | 39% | 25% | 0% | 7% |

Relativamente à análise aos dados representados na Tabela 5.16, no que diz respeito à existência de instruções de trabalho escritas antes da implementação do procedimento de Triagem de Manchester, constata-se a seguinte situação relativamente ao indicador:

- ✦ **Realização de Triagem:** este indicador é classificado por 39% dos respondentes como pouco adequado, 25% dos colaboradores considera que está adequado enquanto que a mesma percentagem de respondentes o considera nada adequado.
- ✦ **Comunicação e informação:** as opiniões dos respondentes repartem-se na sua grande maioria entre o adequado e o pouco adequado com 75% das respostas dos respondentes. Existe, no entanto, uma discreta margem 3% que classifica este indicador como adequado.
- ✦ **Utilização de equipamentos:** 64% considera que as instruções escritas quanto a este indicador estão adequadas.
- ✦ **Circuitos dos clientes:** 46% dos respondentes considera a existência de instruções escritas é adequada e 36% considera-as pouco adequadas.
- ✦ **Colaboração com outros departamentos:** este indicador é classificado por 39% dos respondentes como pouco adequado, 50% dos colaboradores considera que está adequado, enquanto que a mesma percentagem de respondentes (4%) o considera nada adequado e muito adequado.

Pode-se então concluir que os indicadores **Utilização de equipamentos, Circuitos dos clientes, Colaboração com outros departamentos** são aqueles que os colaboradores referem como as instruções de trabalho estejam mais adequadas às necessidades.

O critério 5 – Processos do modelo *Common Assessment Framework* (CAF) está representado nesta ferramenta de elaboração de diagnóstico pelas questões relativas aos processos de melhoria e inovação:

Em relação à opinião dos respondentes em relação à informação necessária e vias de transmissão dessa informação, 42,9% (12) dos mesmos considerava que dispunha de informação necessária para o bom desempenho das suas funções antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester (*cf.* Tabela 4 apêndice 3), e só 17,9% (5) considerava que existiam canais internos para a difusão da informação, antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester. Destes 3 responderam que existia intranet, 1 respondeu que havia placares informativos; 1 respondeu que havia correio electrónico e outro que era feito através de colegas (*cf.* Tabela 5 apêndice 3).

O critério 4- Parcerias e Recursos é novamente abordado na questão “considera que tinha à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho no procedimento da triagem de clientes, antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester”, pois é novamente questionada a adequação dos recursos materiais existentes.

Em relação à disposição de meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho no procedimento da Triagem de clientes, antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester, 64,3% (18) respondeu que não (*cf.* Tabela 6 apêndice 3). Aos que responderam que Não na questão anterior foi-lhes pedido para indicar quais os meios tecnológicos que necessitavam, 36% referiram base de dados, seguidos de 32% que referiram equipamento informático adequado (*cf.* Tabela 7 apêndice 3).

O critério 2 – Pessoas do modelo CAF está implícito na questão “A quem recorria em caso de dúvida durante o procedimento de triagem de clientes,

antes da implementação do procedimento de Triagem de Manchester?”, esta questão é respondida na Tabela 5.17.

Tabela 5.17: Profissional de saúde a quem se recorre para esclarecimento de dúvidas:

| | Contagem | Percentagem |
|---|----------|-------------|
| Enfermeiro que estava a trabalhar consigo | 12 | 33.3% |
| Enfermeiro com mais experiência do grupo | 11 | 30.6% |
| Outro (s). | 8 | 22.2% |
| Total | 31 | 111% |

Nota: os respondentes responderam a mais do que uma opção

No que concerne ao esclarecimento de dúvidas mais de 33% dos respondentes refere que recorria a quem estava a trabalhar consigo, muito perto desta opinião estão os restantes 30% dos respondentes que recorriam a quem tinha mais experiência, 22% recorreria a um elemento da classe profissional médica (cf. Tabela 8 apêndice 3).

O critério 5 – Processos do modelo *Common Assessment Framework* (CAF) está de novo representado nesta ferramenta de elaboração de diagnóstico pelas questões relativas aos processos de melhoria e inovação:

A avaliação de processos esta intimamente relacionada com a melhoria e inovação, desta forma foi solicitado aos colaboradores que referissem se existiam reuniões para avaliar o procedimento de triagem antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester procedimento, pode-se observar qual a opinião dos respondentes face a esta temática, na Tabela 5.18.

Tabela 5.18: Existiam reuniões periódicas para melhorar e avaliar o procedimento da triagem de clientes antes da implementação do procedimento da triagem de Manchester?

| | Contagem | Percentagem |
|-------|----------|-------------|
| Sim | 4 | 14.2% |
| Não | 24 | 85.7% |
| Total | 28 | 100.0% |

A grande maioria (86%) dos respondentes é da opinião que não existem processos de avaliação da melhoria contínua como sejam as reuniões periódicas.

Síntese:

A amostra desta primeira parte do questionário será avaliada pelas respostas de 28 respondentes, colaboradores estes que se encontravam a exercer funções no Serviço de atendimento Permanente do Hospital CUF Descobertas antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester.

- Clientes triados segundo opinião dos respondentes: 18% dos colaboradores referem que todos os clientes eram triados, 50% refere que os clientes apenas eram triados quando estava muito tempo de espera e 36% refere ainda que só os clientes mais urgentes eram triados;
- 64% dos respondentes referem ter-lhes sido transmitida a missão, visão e valores do procedimento;
- 53% dos respondentes refere que a missão do procedimento era estabelecer a prioridade dos clientes;
- Apesar de lhes ter sido transmitida a visão 64% dos respondentes não a conhece;
- Apenas 11% dos respondentes refere ter sido envolvido na elaboração do plano de actividades;
- 100% dos respondentes concorda que a triagem servia para estabelecer o grau de prioridade clínica, dos quais 50% concorda totalmente, a maioria 54% dos mesmos concorda que a triagem servia para melhorar o encaminhamento dos clientes, 50% ainda refere que servia para estabelecer o grau de prioridade de cada cliente bem como a rapidez de atendimento;
- 60% dos respondentes refere que não teve formação inicial para efectuar o procedimento;
- 82% dos respondentes considera que os recursos humanos estão desadequados ou seja são insuficientes;
- Pode-se concluir que os indicadores relacionados com o espaço físico são considerados na globalidade de pouco adequados;

- ✦ 70% dos respondentes refere basear-se na observação directa relatando queixas verbalizadas pelos clientes para atribuição da prioridade clínica;
- ✦ 71% dos respondentes refere realizar o pedido de exames complementares de diagnóstico;
- ✦ Pode-se concluir que os indicadores **Utilização de equipamentos, Circuitos dos clientes, Colaboração com outros departamentos** são aqueles que os colaboradores referem como as instruções de trabalho estejam mais adequadas às necessidades.
- ✦ 33% dos respondentes refere que recorria a quem estava a trabalhar consigo, muito perto desta opinião estão os restantes 30% dos respondentes que recorriam a quem tinha mais experiência, 22% recorreria a um elemento da classe profissional médica, para esclarecimento de dúvidas;
- ✦ 86%) dos respondentes é da opinião que não existem processos de avaliação da melhoria contínua como sejam as reuniões periódicas.

De seguida elaborar-se-á uma apreciação das opiniões dos colaboradores respondentes relativamente ao processo de triagem com o procedimento da Triagem de Manchester.

5.3 Depois da implementação do Procedimento da Triagem de Manchester

Foram considerados 36 respondentes (28 enfermeiros e 8 médicos) como o total da amostra.

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas para todas as questões colocadas na segunda parte do questionário.

A Tabela 5.19 mostra o resultado obtido na primeira pergunta “Com a implementação do procedimento da Triagem de Manchester no Serviço de Atendimento Permanente do Hospital Cufdescobertas que clientes são triados?”

Tabela 5.19: Opinião dos colaboradores sobre clientes triados com Implementação da Triagem de Manchester:

| | Número | Percentagem |
|---|--------|-------------|
| Todos | 33 | 91.7% |
| Os utentes que estavam em muito tempo de espera | 0 | 0% |
| Os utentes mais urgentes | 0 | 0% |
| Outro (s). Qual (is) | 1 | 2.8% |
| Não responderam | 2 | 5.6% |
| Total | 36 | 100% |

À pergunta “ *Com a implementação do procedimento da Triagem de Manchester no Serviço de Atendimento Permanente do Hospital Cufdescobertas que clientes são triados?*”, as respostas convergem na sua esmagadora maioria (92%) para todos os clientes são triados, 2 respondentes não responderam e 1 respondente (2.8%) respondeu que mais de 95% dos clientes eram triados. O que leva a poder afirmar que a opinião dos respondentes é que os clientes triados após a implementação do procedimento da triagem de Manchester estão muito próximo dos 100%.

De seguida serão abordadas novamente as respostas dos colaboradores referentes ao critério 1- Liderança do modelo *Common Assessment Framework* (CAF) é aplicado no estudo.

Foi solicitado aos colaboradores que referissem se lhes tinha sido transmitida a missão, visão e valores do procedimento da Triagem de Manchester os resultados podem ser observados na Tabela 5.20.

Tabela 5.20: Foi-lhe transmitida a missão, visão e valores do procedimento da Triagem de Manchester?

| | Contagem | Percentagem |
|-----------------|----------|-------------|
| Sim | 27 | 75.0% |
| Não | 6 | 16.7% |
| Não responderam | 3 | 8.3% |
| Total | 36 | 100% |

Como se pode observar a grande maioria (75%) refere que lhes foi transmitida a missão, visão e valores do procedimento, de salientar que 8% não responderam a esta questão.

Foi pedido aos respondentes que indicassem qual a **Missão** do procedimento da Triagem dos clientes depois da implementação do procedimento da Triagem de Manchester. 57% dos respondentes referem que o estabelecimento de prioridades é um dos objectivos e 18% considera que a gestão do tempo de espera é outra das funções do procedimento. Foram obtidas 36 respostas apesar de apenas 27 respondentes referirem que lhes tinha sido referida a missão do procedimento de triagem, como se pode observar na Tabela 5.21.

Tabela 5.21: Opinião dos colaboradores sobre a missão do procedimento:

| Indicadores | Número de respostas | Percentagem (em 28) |
|-------------|---------------------|---------------------|
| Prioridade | 16 | 57% |
| Tempo | 5 | 18% |

Os respondentes foram respondentes sobre o seu conhecimento da visão do procedimento da Triagem de Manchester, os dados são apresentados na Tabela 5.22.

Tabela 5.22: Conhece a Visão do procedimento da Triagem de Manchester

| | Contagem | Percentagem |
|-----------------|----------|-------------|
| Sim | 17 | 47.2% |
| Não | 14 | 38.9% |
| Não responderam | 5 | 13.9% |
| Total | 36 | 100.0% |

Dos 47% respondentes que responderam Sim à questão “conhece a visão do procedimento da Triagem de Manchester?” (referida na Tabela 5.22), referem que o estabelecimento de prioridades e a gestão do tempo é a visão deste procedimento.

Tabela 5.23: Qual é a Visão do Procedimento da Triagem de Manchester?

| Indicador | Numero | Percentagem (em 28) |
|-----------------|--------|---------------------|
| Tempo | 4 | 14% |
| Prioridades | 10 | 36% |
| Não responderam | 22 | 61.1% |

Foi ainda pedido aos respondentes que enumerassem alguns **Valores** defendidos para o departamento onde desempenhava funções, depois da

implementação da Triagem de Manchester dos quais 54% refere que estão relacionados com a qualidade (cf. Tabela 9 apêndice 3).

Foi perguntado aos colaboradores se tinham parte activa na construção da missão e da visão do procedimento da Triagem de Manchester e de que forma. Apenas 22% dos respondentes referiram que sim e que tinham participado em reuniões onde foi definido a missão e visão e aquando da elaboração do plano de actividades. Porém, um respondente referiu que participou na implementação e organização do procedimento (cf. Tabela 10 apêndice 3).

A pergunta “ no seu entender, para que serve a Triagem de Manchester?” enquadra-se no critério 2- Planeamento e Estratégia do modelo CAF. As respostas são apresentadas na Tabela 5.24.

Tabela 5.24: O procedimento da Triagem de Manchester serve para:

| | Discordo Totalmente | Discordo | Concordo | Concordo Totalmente | Indeciso |
|--|------------------------|----------|----------|------------------------|----------|
| Realizar diagnóstico | 50% | 28% | 11% | 0% | 3% |
| Rapidez de atendimento ao cliente | 6% | 17% | 44% | 25% | 0% |
| Estab. Grau de prioridade do cliente | 0% | 0% | 28% | 67% | 0% |
| Melhor encaminhamento do cliente | 0% | 6% | 42% | 47% | 3% |
| Caract. Pop. que recorre AP em função das queixas | 3% | 8% | 50% | 31% | 0% |
| Outro | 0% | 0% | 3% | 0% | 0% |

Numa análise aos dados representados na Tabela 5.24, no que diz respeito para que serve a triagem depois da implementação do procedimento de Triagem de Manchester constata-se a seguinte situação relativamente ao indicador:

- ▼ **Realizar diagnóstico:** 78% dos respondentes discorda com esta afirmação, dos quais 50% discorda totalmente da realização deste diagnóstico. 11% dos respondentes concorda que esta seja uma das funções da Triagem de Manchester.
- ▼ **Rapidez de atendimento ao cliente:** 44% dos respondentes concorda que esta seja a missão do procedimento, 25% concorda totalmente, porém, 17% dos mesmos discorda que esta seja a missão do procedimento.

- **Estabelecer grau de prioridade do cliente:** neste indicador 100% dos respondentes concorda que a triagem é um procedimento de estabelecimento de grau de prioridade, dos quais 67% refere concordar totalmente.
- **Melhor encaminhamento do cliente:** de acordo com os resultados, 89% é da opinião que este procedimento serve para melhor encaminhar os clientes, 47% concorda totalmente, existindo uma pequena minoria 6% que discorda e somente 3% encontram-se indecisos.
- **Caracterizar a população que recorre AP em função das queixas:** Cerca 81% concorda que esta seja a função do procedimento, dos quais 31% concorda totalmente, apenas 11% discorda que esta possa ser uma das razões de ser do mesmo.

A maioria dos respondentes 67% concorda que a Triagem de Manchester serve para estabelecimento do grau de prioridade do cliente, 47% referem também que serve para um melhor encaminhamento dos clientes, 50% ainda considera que esta é uma forma de caracterizar a população que recorre a este serviço, 50% dos respondentes considera que este não é de todo um procedimento que sirva para realizar diagnósticos.

A formação de profissionais de saúde é uma temática que se insere no critério 3 – Pessoas do modelo *Common Assessment Framework* (CAF) pois tudo o que se relaciona com formação, esta intimamente relacionado com atribuição de competências e melhoria profissional.

Desta forma na Tabela 5.25 pode-se observar se existiu uma preocupação pelos responsáveis da organização em formar os seus colaboradores a forma como essa formação foi efectuada:

Tabela 5.25: Teve formação inicial para realizar o procedimento da Triagem antes de Manchester?

| | Contagem | Percentagem (%) |
|-----------------|----------|-----------------|
| Sim | 29 | 80.6 |
| Não | 6 | 16.7 |
| Não responderam | 1 | 2.7 |
| Total | 36 | 100.0 |

Do universo de respostas dadas pelos respondentes, uma maioria significativa (81%) teve formação inicial para desenvolver e aplicar o procedimento da Triagem de Manchester, enquanto que apenas 17% respondeu negativamente a esta pergunta.

A formação inicial foi adquirida da seguinte forma: segundo 22 respondentes (61%) foi através de manual escrito, ainda 26 respondentes (72%) foi ministrada em acções de formação, os 11% dos respondentes que referiram de “Outra” forma indicaram: Avaliação escrita; Curso de Triagem; Exame; Explicação oral de colegas com formação na área (cf. Tabela 11 apêndice 3).

A gestão do tempo de espera enquadra-se no critério 2- Planeamento e Estratégia do modelo CAF.

Foi solicitado a opinião dos colaboradores sobre como classificavam em relação ao tempo de espera entre o procedimento da Triagem de Manchester e o atendimento médico os dados reunidos são apresentados na Tabela 5.26 e 5.27.

Tabela 5.26 - Como considera o tempo de espera entre o procedimento da Triagem de Manchester e o atendimento médico de acordo com a prioridade estabelecida (cor branca, azul, verde, amarelo, laranja, vermelho)?

| | Nada Adequado | Pouco Adequado | Adequado | Muito Adequado | Indeciso |
|----------|---------------|----------------|----------|----------------|----------|
| Branco | 8% | 17% | 47% | 17% | 6% |
| Azul | 8% | 19% | 56% | 11% | 3% |
| Verde | 8% | 11% | 61% | 17% | 0% |
| Amarelo | 8% | 11% | 53% | 25% | 0% |
| Laranja | 0% | 6% | 44% | 44% | 3% |
| Vermelho | 0% | 0% | 36% | 56% | 0% |

Relativamente à opinião dos respondentes em relação ao tempo de espera entre o procedimento e a prioridade atribuída para observação médica relativamente a cada cor, como se pode observar desde já existe uma grande discrepância entre opiniões referidas pelos respondentes (cf. Tabela 5.26):

- ↘ **Branco:** 47% dos respondentes considera adequado o tempo de espera, existindo uma minoria 8% que considera nada adequado, 6% revela-se indeciso.
- ↘ **Azul:** 56% dos respondentes considera adequado o tempo de espera entre um acto e o outro, sendo as restantes opiniões muito dispersas entre o pouco adequado e muito adequado, apenas 8% considera nada adequado.
- ↘ **Verde:** a grande maioria 61% considera este indicador adequado, enquanto que as restantes opiniões se encontram dispersas ao longo da escala.
- ↘ **Amarelo:** neste grau de prioridade 78% considera adequado, do qual 25% considera muito adequado, apenas 19% considera desadequado.
- ↘ **Laranja:** 88% dos respondentes considera adequado, do qual metade desde considera muito adequado e uma ínfima minoria considera este indicador pouco adequado.
- ↘ **Vermelho:** 92% dos respondentes considera o tempo de espera adequado dos quais ainda 56% o considera muito adequado, sendo este o único indicador que existe uma uniformidade de respostas.

Pode-se assim concluir que a opinião dos respondentes em relação ao tempo de espera entre o grau de prioridade atribuído e a observação pelo médico se encontra adequada em relação a todas as prioridades, desde a mais baixa à prioridade mais elevada. Sendo esta opinião mais unânime nas prioridades mais elevadas.

Os respondentes foram inquiridos sobre qual a sua opinião em relação ao tempo de espera as opiniões são apresentadas na Tabela 5.27.

Tabela 5.27: Qual é a sua opinião quanto ao tempo de espera para a Triagem após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester?

| | Contagem | Percentagem |
|-----------------|----------|-------------|
| Aumentou | 3 | 8.3% |
| Manteve-se | 10 | 27.8% |
| Diminuiu | 13 | 36.1% |
| Não sabe | 7 | 19.4% |
| Total | 33 | 91.7% |
| Não responderam | 3 | 8.3% |
| Total | 36 | 100.0% |

No conjunto das respostas, da tabela 5.27, 36% dos respondentes afirma que o tempo de espera diminuiu após a implementação deste procedimento, 28% refere que não houve alteração e que este tempo de espera se manteve, 8.3% refere ainda que o tempo de espera aumentou com a implementação do procedimento da Triagem de Manchester, 27.7% não deu informação ou referindo que não sabe ou não respondendo à questão.

A gestão de recursos humanos é uma temática que se insere no critério 3 – Pessoas do modelo *Common Assessment Framework (CAF)*.

Desta forma na Tabela 5.28 pode-se observar qual a opinião dos respondentes sobre a adequação dos recursos humanos (RH) com a implementação do procedimento da Triagem de Manchester.

Tabela 5.28- Considera que os RH existentes estão adequados às necessidades do procedimento da Triagem de Manchester

| | Contagem | Percentagem |
|-----------------|----------|-------------|
| Sim | 8 | 22.2% |
| Não | 25 | 69.4% |
| Total | 33 | 91.7% |
| Não responderam | 3 | 8.3% |
| Total | 36 | 100.0% |

Partindo dos dados que a Tabela 5.28 apresenta, pode-se afirmar que os recursos humanos se mantêm desadequados, com 69% dos respondentes a

verbalizarem que estes não vão ao encontro das necessidades do procedimento da Triagem de Manchester, menos de um quarto (22%) dos respondentes considera que estes estão adequados às necessidades.

A caracterização dos recursos físicos e materiais, o circuito de encaminhamento de clientes inserem-se no critério 4 – Parcerias e Recursos do modelo CAF, estes dados poderão ser observados nas Tabelas 5.29 e 5.30.

Foi pedido aos colaboradores que indicassem como consideravam o espaço físico onde se realiza o procedimento da Triagem de Manchester de acordo com os indicadores apresentados na Tabela 5.29:

Tabela 5.29- Caracterização do espaço físico onde se realiza o procedimento da Triagem de Manchester:

| | Nada adequado | Pouco adequado | Adequado | Muito adequado | Indeciso |
|----------------------------------|---------------|----------------|----------|----------------|----------|
| Dimensões | 36% | 53% | 8% | 0% | 0% |
| Privacidade | 36% | 39% | 19% | 0% | 3% |
| Segurança | 39% | 39% | 19% | 0% | 0% |
| Sonoridade | 25% | 39% | 33% | 0% | 0% |
| Luminosidade | 8% | 17% | 72% | 0% | 0% |
| Disposição e distribuição | 17% | 44% | 33% | 0% | 0% |
| Equipamentos | 6% | 33% | 53% | 6% | 0% |

A observação da Tabela 5.29 mostra que relativamente aos indicadores referidos:

- ↘ 53% dos respondentes considera o indicador dimensões pouco adequado, existindo ainda uma percentagem significativa que o classifica de nada adequado, apenas uma minoria (8%) o considera adequado;
- ↘ Relativamente ao indicador privacidade, as opiniões encontram-se centradas no nada adequado com 36% das respostas e o pouco adequado com 39% das respostas, apenas 19% o considera adequado;
- ↘ No que diz respeito ao indicador segurança, as respostas dividem-se igualmente pelo pouco ou nada adequado, com 39% dos respondentes colocarem as suas respostas neste ponto da escala, existe ainda uma minoria que refere ser adequado as necessidades do procedimento;

- ↙ Em relação ao indicador sonoridade, as opiniões dos respondentes repartem-se pelos pontos da escala entre o nada adequado e o adequado, cerca de 39% considera-o pouco adequado, 25% considera nada adequado, existindo 33% dos respondentes que o considera adequado.
- ↙ O indicador disposição e distribuição mantém-se na mesma linha de resposta dos anteriores indicadores, com 44% dos respondentes a referirem este indicador de pouco adequado, 17% nada adequado e 33% adequado.
- ↙ Os indicadores luminosidade e equipamento são os únicos indicadores que são classificados positivamente pela maioria dos respondentes com 72% e 53%, respectivamente, classificando-os de adequado.

Pode-se então concluir que o nível de adequação dos itens relacionados com espaço físico é na globalidade considerado de pouco adequado pela grande maioria dos respondentes.

Os respondentes foram solicitados a dar a sua opinião sobre como consideravam o circuito de encaminhamento de clientes, os resultados são apresentados na Tabela 5.30.

Tabela 5.30: Como considera o circuito de encaminhamento de clientes no procedimento de Manchester

| | Contagem | Percentagem |
|----------------|----------|-------------|
| Nada adequado | 1 | 2.8% |
| Pouco adequado | 7 | 19.4% |
| Adequado | 26 | 72.2% |
| Muito adequado | 1 | 2.8% |
| Não respondeu | 1 | 2.8% |
| Total | 36 | 100% |

Cerca de 72% da população considera que o circuito de encaminhamento de clientes se encontra adequando, 19% dos quais considera que se encontra pouco adequado e ainda de salientar que 2.8 % dos respondentes encontram-se nos extremos da escala sendo da opinião que o circuito de encaminhamento de clientes é nada adequado e o oposto, ou seja, muito adequado.

O critério 2- Planeamento e Estratégia do modelo CAF engloba as temáticas da segurança do procedimento e atribuição de prioridades pois desta forma está-se a fazer uma selecção (planeamento) de quem deverá ter um atendimento mais rápido e da forma como essa selecção é realizada. A opinião dos respondentes é apresentada nas Tabela 5.31 e 5.32.

Tabela 5.31- Indique se o nível de prioridade que o protocolo de Manchester sugere para cada cliente, após o procedimento da Triagem de Manchester, é o mais adequado:

| | Contagem | Percentagem |
|----------------|----------|-------------|
| Nunca | 1 | 2.8% |
| Raramente | 3 | 8.3% |
| Frequentemente | 29 | 80.6% |
| Sempre | 2 | 5.6% |
| Não respondeu | 1 | 2.8% |
| Total | 36 | 100% |

Da totalidade dos respondentes, a grande maioria (cerca de 81%) refere que o nível de prioridade que o protocolo confere é frequentemente adequado. Salienta-se ainda que, 5.6% refere que é sempre adequado, ou seja, cerca de 86% considera que o procedimento é de grande segurança para os clientes. De referir que apenas 11% tem uma ideia menos positiva do procedimento.

Foi pedido aos colaboradores que referissem como realizavam o procedimento da Triagem de Manchester, essas respostas apresentam-se compiladas na Tabela 5.32.

Tabela 5.32- Como realiza o estabelecimento das prioridades de cada utente, com o procedimento da Triagem de Manchester?

| | Contagem | Percentagem |
|---|----------|-------------|
| Realiza unicamente com questões do protocolo | 4 | 11.1% |
| Baseia-se na observação directa do cliente | 3 | 8.3% |
| Realiza questões extra para complementar e avallar a prioridade do doente | 13 | 36.1% |
| Realiza questões do protocolo e baseia-se na observação directa | 27 | 75.0% |
| Total | 47 | 130% |

Nota: os respondentes assinalaram mais de que uma opção

Cerca de 75% dos respondentes realiza questões do protocolo e baseia-se na observação directa dos clientes, ainda de salientar que 36% refere realizar questões extra para complementar e avaliar a prioridade do cliente. 11% baseia-se unicamente nas questões do protocolo e 8% baseia-se na observação directa do cliente. Pode-se assim concluir que, a esmagadora maioria dos respondentes utiliza o protocolo predefinido para a elaboração do procedimento, seguindo assim o mesmo.

As temáticas: exames complementares de diagnóstico, parcerias existentes e instruções de trabalho escritas, inserem-se no Critério 5 – Parcerias e Recursos do modelo CAF.

Cerca de 94.4% dos respondentes (27) considera importante o pedido de exames complementares de diagnóstico, durante o Procedimento da Triagem de Manchester, e classificam as parcerias existentes no processo de Triagem de clientes, em relação à rapidez de orientação/concretização, depois da implementação do procedimento da Triagem de Manchester como e apresentado na Tabela 5.33:

Tabela 5.33- Classificação das parcerias existentes em relação à rapidez de orientação/concretização no procedimento da Triagem de Manchester?

| | Nada adequado | Pouco adequado | Adequado | Muito Adequado | Indecisos |
|-------------------------------------|---------------|----------------|----------|----------------|-----------|
| Serviço de Imagiologia | 0% | 6% | 81% | 11% | 0% |
| Serviço de Patologia Clínica | 3% | 11% | 81% | 11% | 0% |
| Outra | 6% | 3% | 0% | 0% | 0% |

De acordo com os resultados obtidos, na Tabela 5.33, a opinião de 81% dos respondentes classifica as parcerias existentes em relação à rapidez e concretização de adequadas, opinião esta expressada em relação a ambos os serviços.

Os 3 respondentes que responderam “Outra” referem consultas de especialidade e exames complementares de diagnóstico e classificam-nas de nada adequado (6%) (cf. Tabela 12 apêndice 3).

A Tabela 5.34 mostra como os respondentes consideram, a alguns indicadores, quanto à existência de instruções de trabalho escritas, no procedimento da Triagem de Manchester.

Tabela 5.34: Classificação das instruções de trabalho escritas do procedimento da Triagem de Manchester:

| | Nada Adequado | Pouco Adequado | Adequado | Muito Adequado | Indeciso |
|--|---------------|----------------|----------|----------------|----------|
| Realização de Triagem | 0% | 6% | 69% | 11% | 0% |
| Comunicação e informação | 3% | 25% | 64% | 6% | 0% |
| Utilização de equipamentos | 0% | 11% | 75% | 8% | 3% |
| Circuitos dos clientes | 0% | 19% | 67% | 11% | 0% |
| Colaboração com outros departam | 3% | 25% | 56% | 14% | 0% |
| Outro(s) | 3% | 0% | 0% | 0% | 0% |

Relativamente à análise dos dados representados na Tabela 5.34, no que diz respeito à existência de instruções de trabalho escritas antes da implementação do procedimento de Triagem de Manchester constata-se a seguinte situação relativamente ao indicador:

- **Realização de Triagem:** este indicador é classificado por 69% dos respondentes como adequado, 11% dos colaboradores considera que está muito adequado, enquanto que apenas 6% é da opinião que se encontra pouco adequado.
- **Comunicação e informação:** a grande maioria dos respondentes (cerca de 64%) considera a existência de instruções de trabalho adequadas, quanto a sua existência. 1/3 dos quais considera-as, no entanto, de pouco adequadas.
- **Utilização de equipamentos:** 75% considera que as instruções escritas, quanto a este indicador, estão adequadas.
- **Circuitos dos clientes:** 67% dos respondentes considera a existência de instruções escritas é adequada, 11% considera-as muito adequadas e 19% considera-as pouco adequadas.
- **Colaboração com outros departamentos:** este indicador é classificado por 25% dos respondentes como pouco adequado, 70% dos colaboradores considera que estão adequadas, destes 14% considera que estão muito adequadas.

Pode-se, então, concluir que o indicador Utilização de equipamentos segundo dados mencionados na tabela é o que apresenta maior adequação as necessidades dos colaboradores, com 75%, a referir que estão adequadas, seguido dos restantes que são mencionados todos acima dos 55% como adequados.

O critério 5 – Processos do modelo *Common Assessment Framework* (CAF) está representado nesta ferramenta de elaboração de diagnóstico pelas questões relativas aos processos de melhoria e inovação como são exemplo informação e vias de transmissão de informação:

Em relação à opinião dos respondentes em relação à informação necessária e vias de transmissão dessa informação, 75% (27) dos respondentes considera que dispõe de informação necessária para o bom desempenho das suas funções, com a implementação do procedimento da Triagem de Manchester (*cf.* Tabela 13 apêndice 3). Dos respondentes, 58.3% considera que existem canais internos para a difusão da informação. Destes 50% responderam que existia intranet, 2 responderam Boletins de notícia, 6 responderam “outros”, referindo, por exemplo, manual de triagem e processo informático dos clientes (*cf.* Tabela 14 apêndice 3).

O critério 4- Parcerias e Recursos é novamente abordado na questão “considera que tem à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho no procedimento da Triagem de Manchester”, pois é novamente questionada a adequação dos recursos materiais existentes. Em relação à disposição de meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho, no procedimento da Triagem de Manchester, 77.8% (28) respondeu que sim (*cf.* Tabela 15 apêndice 3).

Aos colaboradores que responderam que Não na questão anterior foi-lhes pedido para indicar quais os meios tecnológicos que sentem necessidade para o bom desempenho deste procedimento, cerca de 22% refere equipamento informático adequado, 14% refere base de dados (*cf.* Tabela 16 apêndice 3).

O critério 2 – Pessoas do modelo CAF está implícito na questão “A quem recorre em caso de dúvida durante o procedimento de Triagem de Manchester?”, esta questão é respondida na Tabela 5.35.

Tabela 5.35: Profissional de saúde a quem recorre para esclarecimento de dúvidas:

| | Contagem | Porcentagem |
|--|-----------|-------------|
| Enfermeiro que se encontra a trabalhar consigo | 16 | 44.4% |
| Enfermeiro com mais experiência do grupo | 19 | 52.8% |
| Formador do grupo português de Triagem | 3 | 8.3% |
| Outro(s). | 2 | 5.6% |
| Total | 40 | 111% |

Nota: os respondentes responderão a mais do que uma opção

No que concerne ao esclarecimento de dúvidas mais de 52% dos respondentes refere que recorre ao enfermeiro com mais experiência do grupo, ainda 44% refere que abordaria quem está a trabalhar consigo, apenas 8% recorreria ao formador do grupo português de triagem, para o esclarecimento das mesmas.

O critério 5 – Processos do modelo *Common Assessment Framework* (CAF) está de novo representado nesta ferramenta de elaboração de diagnóstico pelas questões relativas aos processos de melhoria e inovação:

A avaliação de processos esta intimamente relacionada com a melhoria e inovação, desta forma foi solicitado aos colaboradores que referissem se existiam reuniões e auditorias internas ou externas para avaliar o procedimento de Triagem de Manchester.

Segundo 67% dos colaboradores respondentes não existiram reuniões periódicas para melhorar e avaliar o procedimento da Triagem de Manchester e 44% referem que após a implementação do Procedimento da Triagem de Manchester não foram realizadas auditorias internas e/ou externas para avaliação dos resultados (cf. Tabela 17 apêndice 3).

Síntese:

A amostra desta segunda parte do questionário será avaliada pelas respostas de 36 respondentes, colaboradores estes que se encontravam a exercer funções no Serviço de atendimento Permanente do Hospital CUF Descobertas antes e depois da implementação do procedimento da Triagem de Manchester.

- ▼ Segundo opinião dos respondentes: Mais de 95% dos clientes são triados;
- ▼ 75% dos respondentes refere que lhe foi transmitida missão, visão e valores;
- ▼ 22% dos respondentes refere que participaram e reuniões e elaboração do plano de actividades
- ▼ A maioria dos respondentes 67% concorda que a triagem de Manchester serve para estabelecimento do grau de prioridade do cliente, 47% referem também que serve para um melhor encaminhamento dos clientes, 50% ainda considera que esta é uma forma de caracterizar a população que recorre a este serviço;
- ▼ 78% dos respondentes considera que este não é um procedimento que sirva para realizar diagnósticos;
- ▼ 81% dos respondentes refere ter tido formação inicial para realização do procedimento do da Triagem de Manchester;
- ▼ Pode-se concluir que a opinião dos respondentes em relação ao tempo de espera entre o grau de prioridade atribuído e a observação pelo médico de adequado em relação a todas as prioridades (*cf.* Tabela 5.26);
- ▼ 36% dos respondentes é da opinião que o tempo de espera diminuiu com a implementação do procedimento da triagem de Manchester;
- ▼ 69% dos respondentes referem que os recursos humanos não vão ao encontro das necessidades;
- ▼ Em relação ao nível de adequação dos indicadores relacionados com o espaço físico é considerado pela grande maioria de pouco adequados (*cf.* Tabela 5.29);
- ▼ 81% dos respondentes considera que o nível de prioridade estabelecida pelo protocolo é frequentemente adequado;
- ▼ 75% dos respondentes refere realizar questões do protocolo e basear-se na observação directa dos clientes;

- 94% dos respondentes realiza o pedido de exames complementares de diagnóstico, durante o procedimento da Triagem de Manchester;
- 81% dos colaboradores classifica as parcerias existentes em relação à rapidez e concretização de adequadas;
- 55% dos colaboradores classifica as instruções de trabalho escritas como adequadas com a implementação do procedimento da triagem de Manchester;
- 52% refere que recorria ao enfermeiro com mais experiência do grupo para esclarecimento de dúvidas;
- 67% dos colaboradores refere que não existiram reuniões para melhorar ou avaliar o procedimento da Triagem de Manchester
- 44% dos colaboradores é da opinião que não foram realizadas auditoria internas ou externas.

Seguidamente analisar-se-á a comparação entre o procedimento antes e após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester.

5.4 Comparações Antes e Depois da Implementação do Procedimento da Triagem de Manchester

Na primeira parte do questionário obteve-se 28 respostas, na segunda 36 respostas. As frequências relativas (%) foram calculadas com base no total das respostas obtidas.

A comparação entre as respostas da primeira parte e a segunda parte do questionário só se pode realizar com base nos respondentes que responderam em ambas as partes do questionário. Ou seja o total de respostas varia consoante a pergunta (de 25 a 28). Por este motivo as percentagens obtidas não são coincidentes com as percentagens obtidas no estudo individual que se efectuou para as primeiras duas partes dos questionários.

Relativamente a que clientes são triados antes e depois da implementação do procedimento de Triagem de Manchester pode-se observar na Tabela 5.36 que:

Tabela 5.36: Comparação entre que clientes são triados antes e depois da implementação do procedimento da Triagem de Manchester:

| | | Antes da implementação | | |
|----------------------|---|------------------------|---|--------------------------|
| | | Todos | Os utentes que estão em muito tempo de espera | Os utentes mais urgentes |
| Após a implementação | Todos | 14.8% | 51.8% | 33.4% |
| | Os utentes que estavam em muito tempo de espera | 0 | 0 | 0 |
| | Os utentes mais urgentes | 0 | 0 | 0 |

Pelo que se pode observar na Tabela 5.36 antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester, na opinião de 52% dos colaboradores respondentes, os clientes eram triados quando se encontrava muito tempo de espera, 33% refere ainda que eram os clientes mais urgentes os que eram submetidos ao procedimento. Apenas uma minoria (15%) refere que todos os clientes eram submetidos ao processo. Com a implementação do procedimento, cerca de 100% refere que todos os clientes passam por este procedimento. Pode-se assim concluir que, a qualidade dos serviços prestados melhorou consideravelmente, pois agora todos os clientes entrados são avaliados e categorizados nas cinco categorias (não urgente, pouco urgente, urgente, muito urgente, emergente), já descritas não sendo então observados por ordens de chegada mas por prioridade atribuída, ou seja, um cliente com grande carência de cuidados especializados não será observado depois de um cliente que não apresenta nenhum problema crítico.

Como se pode observar, após a implementação do procedimento todos os clientes passaram a ser triados, enquanto que antes a triagem era efectuada maioritariamente em relação ao tempo de espera.

Pode-se assim afirmar que a Triagem de Manchester cumpre um dos seus objectivos, que segundo Cordeiro (2002), citado por Nelson (1972), passam por avaliar precocemente todos os clientes, de forma a assegurar a prioridade de acesso aos cuidados necessários, de acordo com a gravidade da sua condição.

Foi feita uma comparação de opiniões dos colaboradores entre antes e após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester relativamente ao conhecimento que tinham da missão, visão e valores resultados estes que se podem observar na Tabela 5.37.

Tabela 5.37: Comparação entre transmissão/comunicação da Missão, Visão e Valores antes e depois do procedimento da Triagem de Manchester:

| | | Antes da implementação | |
|----------------------|-----|------------------------|-----|
| | | Sim | Não |
| Após a implementação | Sim | 58% | 30% |
| | Não | 8% | 4% |

Como se pode observar na Tabela 5.37, acima apresentada antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester, 66% dos respondentes tem conhecimento, ou seja, foi-lhe comunicada a missão, visão e valores do procedimento de triagem. Este valor sobe para os 88% após a implementação deste novo procedimento, ou seja, houve um maior interesse por parte dos implementadores deste procedimento em explicar para que servia e em que consiste. Um grupo de profissionais envolvidos num processo de mudança aceita e adere mais facilmente a um procedimento, talvez se possa explicar, a partir da Tabela 5.37, o porquê do número de clientes triados (todos) ter aumentado de 14.8% para 100%.

Pode-se então concluir que a transmissão da missão, visão e valores do procedimento de triagem foi muito superior e fundamental após a implementação do procedimento (88%) (cf. Tabela.5.37).

Em relação a quem foi envolvido na implementação deste procedimento, através de reuniões onde participou ou na elaboração do plano de actividades, a percentagem foi exactamente a mesma (19%). Pode-se concluir que não se observam diferenças entre as duas fases do processo (cf. Tabela18 apêndice 3).

Relativamente à pergunta para que servia o procedimento de triagem e para que serve o actual procedimento, ou seja, Triagem de Manchester (cf. Tabela 19 apêndice 3):

- ✦ Pode-se afirmar que antes da implementação do procedimento 29% dos respondentes referiram que concordavam que servia para realizar diagnósticos, após a implementação a percentagem era de 10%.
- ✦ A rapidez de atendimento é considerada como um objectivo importante quer antes da implementação quer depois da implementação do procedimento da triagem de Manchester, assim como estabelecer o grau de prioridade de cada cliente.
- ✦ Antes da implementação 8% dos respondentes consideravam que não havia melhor encaminhamento dos clientes; após a implementação do procedimento da triagem de Manchester todos concordam que realmente existe um melhor encaminhamento dos clientes.
- ✦ A grande diferença observada é no que diz respeito ao objectivo caracterizar a população de clientes, que recorre ao serviço de atendimento permanente em função das queixas, com 73% a discordarem antes da implementação e 14% apenas após a implementação deste mesmo procedimento.
- ✦ Os resultados acima apresentados vão ao encontro do que é referido por Cardoso (1993), citado por Cordeiro (2002), é que a triagem se traduz "...basicamente por uma observação e avaliação do utente com a finalidade de estabelecer prioridades de atendimento, de modo a reduzir o tempo de espera no serviço e assegurar que os utilizadores recebam tratamento adequado à situação."

Foi realizada comparação entre as opiniões dos colaboradores sobre a adequação dos recursos humanos antes e após a implementação do procedimento de Triagem de Manchester, estas opiniões encontram-se compiladas na Tabela 5.38.

Tabela 5.38: Comparação dos recursos humanos antes e depois da implementação do procedimento da Triagem de Manchester quanto adequação das necessidades:

| | | Antes implementação da Triagem de Manchester | |
|-----------------------|-----|--|-----|
| | | Sim | Não |
| Após Implementação | Sim | 4% | 28% |
| | Não | 11% | 56% |

Verifica-se que a maior parte dos respondentes consideram que os recursos humanos existentes antes e depois da implementação da Triagem de Manchester não se encontravam adequados às necessidades do procedimento da Triagem dos clientes.

Pode-se ainda afirmar que desadequação ainda é mais significativa após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester, com uma subida de opiniões negativas de 28% antes para 56% depois.

No âmbito da avaliação que os colaboradores efectuam relativamente ao espaço físico, foram realizadas comparações relativamente a antes e após a implementação do Procedimento da triagem de Manchester:

- ✦ As dimensões, a privacidade, a segurança e a dimensão e distribuição foram consideradas pela maior parte dos respondentes como pouco adequado, antes e após a implementação do procedimento.
- ✦ A sonoridade foi considerada adequada por maior percentagem de respondentes antes da implementação. Este resultado sugere uma alteração negativa nas condições de sonoridade.
- ✦ Houve um aumento na percentagem de respondentes que consideram a luminosidade adequada após implementação, assim como nos equipamentos.

Estes resultados apontam numa melhoria das condições após a implementação do procedimento (cf. Tabela 20 apêndice 3).

Pode-se constatar na Tabela 5.39, abaixo indicada que os respondentes consideram que houve uma melhoria acentuada no circuito de encaminhamento de clientes. Foi considerado adequado por 70% após a implementação do procedimento.

De novo pode-se concluir que, mais um dos objectivos da triagem se adequa, ou seja, segundo Nelson (1972), citado por Cordeiro (2002), "... um dos objectivos é descongestionar as áreas de tratamento/observação que melhor se adequam à situação do cliente..."

Tabela 5.39- Comparação entre o circuito de encaminhamento de clientes.

| | | Antes implementação da Triagem de Manchester | |
|-----------------------|----------------|--|----------|
| | | Pouco adequado | Adequado |
| Após Implementação | Pouco adequado | 22% | 0% |
| | Adequado | 48% | 30% |

A forma como é feita a triagem é semelhante nas duas fases e é realizada essencialmente com questões de protocolo, a observação directa do cliente de forma a complementar informação obtida, pois um dos objectivos da triagem, segundo Cordeiro (2002), citando Nelson (1972), é "...conhecer antecedentes pessoais e outras informações relevantes antes dos clientes serem observados pelo médico". Como se apresenta na Tabela 5.40.

Tabela 5.40 Comparação entre forma de estabelecimento de prioridades antes e após a implementação do procedimento:

| | | Antes da implementação | | | |
|----------------------|---|--|--|--|---|
| | | Realiza unicamente com questões do protocolo | Baseia-se na observação directa do cliente | Realiza questões extra para complementar e avaliar | Realiza questões do protocolo e baseia-se na observação directa |
| Após a implementação | Realiza unicamente com questões do protocolo | 0% | 4% | 7% | 11% |
| | observação directa do cliente | 0% | 7% | 7% | 7% |
| | Realiza questões extra para complementar e avaliar | 7% | 4% | 4% | 25% |
| | Realiza questões do protocolo e baseia-se na observação directa | 14% | 18% | 18% | 57% |

Os colaboradores foram solicitados a opinar sobre as parcerias existentes, foi então realizada uma comparação entre parcerias existentes relativamente à rapidez de orientação/ concretização:

- ↪ Os serviços de patologia e imagiologia são considerados como adequados por uma percentagem superior após a implementação do procedimento.
- ↪ Relativamente ao serviço de imagiologia (90% vs 36%) consideram-no de adequado, no que se refere ao serviço de patologia clínica (89% vs 78%) são da mesma opinião (cf. Tabela 21 apêndice 3).

Pode-se concluir que na opinião dos respondentes é mais significativa a melhoria no serviço de imagiologia. Porém, o serviço de patologia clínica não tinha uma opinião tão desfavorável como o anterior.

Realizaram-se comparação entre as instruções de trabalho escritas antes e após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester:

- ↪ Após a implementação, uma percentagem muito superior de respondentes consideram adequado a instruções de trabalho escritas para a realização da triagem (88% vs 30%), para a Comunicação e informação ao cliente (65% vs 39%), para o circuito de clientes (88% vs

45%) e para a Colaboração com outros departamentos /especialidades (74% vs 55%) (cf. Tabela 22 apêndice 3).

- ↪ Em relação a este aspecto apenas se manteve adequadas as instruções escritas para a utilização de equipamentos. Todos os outros aspectos apresentaram uma melhoria após a implementação do procedimento de Manchester.

Relativamente a quem recorriam em caso de dúvidas não foram encontradas dissemelhanças nas opiniões dos respondentes antes e depois da implementação do procedimento (cf. Tabela 23 apêndice 3).

A síntese final será abordada no seguinte ponto onde se referem os aspectos mais relevantes e onde se retiram as principais conclusões do estudo.

5.5- Esquematização dos resultados e conclusões em quadro segundo os critérios do modelo *Common Assessment Framework* (CAF)

Como foi referido anteriormente, o modelo aplicado para a elaboração do instrumento de recolha de dados (o questionário) foi construído tendo por base o modelo CAF. Deste modelo e após algumas adaptações e alterações aos questionários propostos, surge o modelo conceptual do qual se partiu para a classificação das questões segundo os seguintes cinco critérios de meios: liderança, planeamento e estratégia, pessoas, parcerias e recursos e processos.

Relativamente ao critério 1: Liderança, o conceito deste critério é evidenciar o que a liderança do organismo faz para dar uma orientação ao procedimento, desenvolvendo e comunicando a visão, missão e valores, de forma a assegurar a implementação e o desenvolvimento do mesmo no sistema de gestão.

Na Tabela 5.41 apresentam-se os resultados obtidos na aplicação do questionário de diagnóstico para colaboradores e as respectivas conclusões referentes a este primeiro critério.

Tabela 5.41: Matriz resultados e conclusões critério 1 - Liderança

| Categoria | Resultados Obtidos | Conclusões |
|---|--|--|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">A Liderança – Critério 1</p> | <p>64.3% dos respondentes referem ter tido conhecimento da visão, missão e valores antes da implementação do procedimento da Triagem de Manchester, contrastando com 75% dos respondentes depois da implementação do procedimento</p> | <p>Pode-se concluir que existiu um aumento de 11% no conhecimento da visão, missão e valores depois da implementação do procedimento da triagem de Manchester</p> |
| | <p>Antes da implementação, 53% dos respondentes referem que a missão da triagem é o estabelecimento de prioridades de atendimento. Este valor sobe para 57% após a implementação do procedimento. É referido também a diminuição do tempo de espera dos clientes por 29% dos respondentes</p> <p>28,6% antes da implementação referem conhecer a Visão do procedimento de triagem aumentando para 47,2% depois da implementação</p> <p>21% antes da implementação e 36% depois referem que a Visão do procedimento de triagem é estabelecer prioridades</p> | <p>A missão e a visão do procedimento de triagem entendida como o estabelecimento de prioridades de atendimento e redução do tempo de espera dos clientes, o que se pode considerar, segundo Cabral (2002), o verdadeiro objectivo da Triagem.</p> |

| Categoria | Resultados Obtidos | Conclusões |
|--------------------------|---|--|
| A Liderança – Critério 1 | <p>Em relação aos valores, observa-se que antes da implementação foram referidos tempo (7%), Prioridade (11%) e, em maior percentagem (32%), Qualidade. Depois da implementação 53,5% referem apenas a Qualidade</p> | <p>Os valores do procedimento de triagem são maioritariamente resumidos a um principal, ou seja, como a melhoria de qualidade do serviço prestado.</p> |
| | <p>Relativamente à participação na construção da missão e da visão antes da implementação do procedimento apenas 11% dos respondentes refere ter participado em reuniões onde estas foram definidas, assim como na elaboração do plano de actividades. Após a implementação do procedimento esta percentagem sobe para os 22%</p> | <p>Pode-se concluir que a participação na construção da missão e visão é apenas efectuada por uma minoria, o que faz todo o sentido pois não são os colaboradores que a definem mas os responsáveis, aos colaboradores prestadores de cuidados é sim de grande importância que estas lhes sejam transmitidas, indo assim ao encontro das respostas obtidas pelos respondentes.</p> |

Em relação ao critério 2: Planeamento e Estratégia. O conceito deste critério é a forma como a organização implementa a sua missão e visão, através de uma estratégia clara e suportada por objectivos, metas e processos adequados. Na Tabela 5.42 apresenta-se, de forma sistematizada, os resultados obtidos e as conclusões referentes a este segundo critério.

Tabela 5.42 Matriz resultados e conclusões Critério 2 – Planeamento e Estratégia

| Categoria | Resultados Obtidos | Conclusões |
|---------------------------------------|--|---|
| Planeamento e Estratégia - Critério 2 | <p>Antes da implementação do procedimento apenas 18% dos respondentes referiram discordar do objectivo da triagem de realizar diagnósticos. Este número aumenta substancialmente depois da implementação, em que 78% dos respondentes discordam, dos quais 50% a discordam totalmente.</p> <p>Em relação à rapidez de atendimento o número de respondentes a concordar foi praticamente semelhante (24), quer antes quer depois da implementação do procedimento (20).</p> | <p>Com a implementação do procedimento de Manchester ficou mais homogéneo o entendimento sobre o objectivo da triagem e a forma como é realizada.</p> |
| | <p>Relativamente ao estabelecimento do grau de prioridade todos (100%) os respondentes concordam que este é um objectivo da triagem, quer antes quer após a implementação da Triagem de Manchester.</p> <p>O mesmo se observa para o objectivo de melhor encaminhamento do cliente, 86% dos respondentes concorda antes da implementação e 89% depois da implementação do procedimento.</p> <p>81% dos respondentes refere concordar com o objectivo de caracterizar a população que recorre a AP função das queixas, depois da implementação. Antes da implementação do procedimento apenas 21% refere concordar.</p> | <p>Conclui-se que os respondentes reconhecem que a realização de diagnósticos não é objectivo da triagem. Mas sim, o estabelecimento de prioridades, melhor encaminhamento dos doentes e melhor caracterização dos doentes que recorrem a AP em função das queixas.</p> |

| Categoria | Resultados Obtidos | Conclusões |
|---|---|--|
| Planeamento e Estratégia - Critério 2 (cont.) | <p>Para realizar o estabelecimento de prioridades dos clientes, a maior diferença foi encontrada ao nível da observação directa dos clientes. Esta forma é referida por 18% dos respondentes antes da implementação e apenas por 8% após implementação.</p> <p>Mais de 70% dos respondentes, antes e após a implementação do procedimento, referem realizar questões do protocolo e na observação directa do doente</p> | <p>A forma de estabelecer prioridades é essencialmente feita com base em questões do protocolo e observação directa dos doentes.</p> <p>Observa-se que após a implementação muito menos respondentes referem o estabelecimento de prioridades apenas com base na observação directa.</p> |
| | <p>Em relação ao tempo de espera entre o procedimento da Triagem de Manchester e o atendimento médico, de acordo com a prioridade estabelecida (cor branca, azul, verde, amarelo, laranja, vermelho), observou-se menor aceitação nas cores branca e azul (27%) dos respondentes considerou pouco ou nada adequado.</p> | <p>Conclui-se que para a maior parte dos respondentes o tempo de espera entre o procedimento e o atendimento médico está de acordo com a prioridade estabelecida.</p> <p>Apenas as cores brancas e azuis poderão eventualmente estar desadequadas.</p> |
| | <p>86% dos respondentes referem que o nível de prioridade que o protocolo da Triagem de Manchester estabelece é frequentemente ou sempre o mais adequado.</p> | <p>Conclui-se ainda que o procedimento de Manchester é considerado pela maioria como o mais adequado para estabelecer o nível de prioridades dos Clientes.</p> |

No que diz respeito ao critério 3: Pessoas, a definição deste critério consiste em como a organização gere e desenvolve e aplica todo o potencial das pessoas que a integram, desde o nível do mais singular, nível individual, ao global, de equipa ou ao nível da organização no seu conjunto e como planeia essas

actividades, de forma a prosseguir a política e a estratégia definidas e a garantir a eficácia operacional dos seus colaboradores. Na Tabela 5.43 surgem os resultados e conclusões do estudo referentes a este critério.

Tabela 5.43 Matriz resultados e conclusões Critério 3- Pessoas

| Categoria | Resultados Obtidos | Conclusões |
|----------------------|---|--|
| Pessoas - Critério 3 | <p>Os recursos humanos são considerados insuficientes antes e após a implementação do procedimento. Contudo, esta opinião é mais observada antes da implementação do procedimento (82% vs 69%).</p> | <p>Conclui-se que houve uma melhoria nos RH após a implementação do procedimento, mas mesmo assim ainda são considerados insuficientes.</p> |
| | <p>Antes da implementação do procedimento apenas 19% dos respondentes referem ser da opinião que todos os clientes eram triados. 50% são da opinião que eram triados os clientes que estavam mais tempo à espera e 36% referem os clientes mais urgentes. Após a implementação do procedimento, 92% dos respondentes referem que todos os clientes são triados.</p> | <p>Constata-se que houve uma melhoria muito significativa no processo de triagem.</p> <p>Pode-se concluir que após a implementação na opinião dos colaboradores todos os clientes são triados.</p> |
| | <p>Observa-se que 39% dos respondentes referem que tiveram formação inicial para realizar o procedimento de triagem, enquanto que após o procedimento esse número aumenta para 81%.</p> | <p>Pode-se também concluir que houve um investimento substancialmente maior na formação dos profissionais de saúde para a implementação do procedimento de Manchester.</p> |

| | Resultados Obtidos | Conclusões |
|------------------------------|--|--|
| Pessoas - Critério 3 (cont.) | <p>Antes da implementação 43% dos respondentes procuravam ajuda com os enfermeiros, 39% com o enfermeiro mais experiente e 28% com médicos. Estes números modificam-se após a implementação do procedimento. Observa-se um maior número de respondentes a pedir ajuda aos colegas 44% ou ao enfermeiro com mais experiência 53% e um menor número de respondentes a pedir ajuda a médicos apenas 5%, após a implementação do procedimento.</p> | <p>Os resultados indicam que após a implementação do procedimento de Manchester, há uma maior necessidade de recorrer a alguém em caso de dúvida. Esse pedido de ajuda é feito essencialmente aos enfermeiros que trabalham com os respondentes ou aos enfermeiros com mais experiência.</p> |

Ainda ao nível dos critérios apresenta-se na Tabela 5.44 o critério 4: Parcerias e Recursos. Este critério é definido pela forma como a organização planeia e gere as parcerias e os recursos internos, de forma a garantir o encaminhamento da política da estratégia e o correcto funcionamento dos processos. Seguidamente apresenta-se os resultados e conclusões obtidos neste estudo segundo este critério.

Tabela 5.44 Matriz resultados e conclusões critério 4- Parcerias e Recursos

| Categoria | Resultados Obtidos | Conclusões |
|--|---|--|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Parcerias e recursos – Critério 4</p> | <p>Em relação ao espaço físico houve diferenças antes e após a implementação do procedimento, para a sonoridade e para os equipamentos, que são considerados por uma maior percentagem, como adequados após a implementação do procedimento.</p> <p>Antes e após a implementação observa-se que a maior parte dos respondentes considera, as dimensões, a privacidade, a segurança, a distribuição e disposição pouco ou nada adequados. Apenas a luminosidade apresenta uma maior percentagem por parte dos respondentes considerarem-na adequada.</p> | <p>Conclui-se que o espaço físico onde se realiza a triagem foi melhorado com a implementação do procedimento de Manchester, relativamente à sonoridade e aos equipamentos. Contudo, ainda são considerados inadequados em relação às dimensões, privacidade, segurança e distribuição e disposição.</p> |
| | <p>Quanto à existência de instruções de trabalho escritas observa-se uma diferença elevada entre o que existia antes e após a implementação nos seguintes indicadores: realização de triagem (30% vs 70%), na Comunicação e informação ao cliente (39% vs 61%) e circuito de clientes (45% vs 89%).</p> <p>Antes e após a implementação já era considerado adequado existência de instruções escritas para a utilização dos equipamentos e a colaboração com outros departamentos/especialidades.</p> | <p>Também houve uma melhoria acentuada na existência de instruções de trabalho escritas, nomeadamente para a realização da triagem, na comunicação e informação ao cliente e no circuito de clientes.</p> |

| Categoria | Resultados Obtidos | Conclusões |
|---|--|--|
| Parcerias e recursos – Critério 4 (Cont.) | <p>Uma percentagem elevada (64,3%) de respondentes respondeu que não tinha meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho no procedimento da Triagem de utentes antes da implementação do procedimento de Manchester. Após a implementação 77,8% dos colaboradores respondeu que tinha esses meios.</p> | <p>Os meios tecnológicos também sofreram uma melhoria com a implementação do procedimento. Foram considerados adequados pela maioria dos respondentes.</p> |
| | <p>O circuito de encaminhamento antes da implementação é considerado por 30% dos respondentes como adequado e por 78% após a implementação.</p> | <p>Conclui-se que o circuito de encaminhamento é considerado substancialmente melhor com a implementação Triagem de Manchester.</p> |
| | <p>Observa-se um aumento na percentagem de respondentes que considera importante o pedido de exames complementares de diagnóstico de Triagem, com 71% antes da implementação e 94,4% após implementação.</p> | <p>Os respondentes referem que houve um aumento na importância que atribuíam ao acto de pedir exames complementares de diagnóstico com a implementação da Triagem de Manchester.</p> |
| | <p>As parcerias existentes no processo de Triagem de utentes com os serviços de imagiologia e patologia clínica são classificados em relação à rapidez de orientação/concretização como mais adequados após a implementação do procedimento na opinião dos colaboradores.</p> | <p>Observa-se uma maior rapidez de orientação/concretização em relação às parcerias existentes com os serviços de imagiologia e patologia clínica, na opinião dos colaboradores</p> |

Na Tabela 5.45 apresenta-se o critério 5: Processos. Este critério, abordado neste modelo conceptual aplicado no estudo, consiste em como a organização cria, gere e melhora os seus processos, de modo a apoiar e inovar a política e a estratégia definidas, de forma a garantir a plena satisfação e a gerar mais-valias para os seus clientes e outras partes do processo interessadas. Seguidamente apresenta-se os resultados e conclusões gerados no presente estudo.

Tabela 5.45 resultados e conclusões Critério 5 - Processos

| Categoria | Resultados Obtidos | Conclusões |
|------------------------|---|--|
| Processos – Critério 5 | Segundo 67% dos respondentes não existiam reuniões periódicas para melhorar e avaliar o procedimento da Triagem de Manchester e 44% referem que após a implementação do Procedimento da Triagem de Manchester não foram realizadas auditorias internas e/ou externas para avaliação dos resultados. | Conclui-se que não estão a ser efectuados quaisquer tipos de diagnósticos sobre melhoria dos processos relativamente à existência de auditorias internas ou externas ou reuniões periódicas. |
| | 42,9% dos respondentes antes da implementação e 75% após implementação considera que dispunha de informação necessária para o bom desempenho das suas funções e 17,9% antes da implementação e 58% após considera que existem canais internos para a difusão da informação. | Destaca-se que houve uma melhoria na modernização e inovação nos serviços, contudo é ainda é considerada pouco significativa |

Na seguinte Tabela 5.56 será realizada a caracterização dos respondentes: primeiramente a caracterização pessoal assim como sexo, idade, habilitações literárias de seguida a caracterização profissional como por exemplo: tempo de experiencia profissional, vínculo jurídico há instituição.

Tabela 5.56: Matriz caracterização dos respondentes

| | | | |
|---------------------------------|------------------------|--|--|
| Caracterização dos respondentes | Caracterização pessoal | <p>Observa-se 53% da amostra é do sexo feminino e que 47% sexo masculino (ver tabela x apêndices).</p> | <p>A maioria dos profissionais é do sexo feminino com 53%, estes valores estão de acordo com algumas teorias que defendem que as profissões de saúde se caracterizam por possuírem um maior número de profissionais do sexo feminino, como é o caso das profissões médica e de enfermagem.</p> |
| | | <p>O grupo etário com maior percentagem de respondentes é dos 31 aos 35 anos com 31% dos colaboradores (ver tabela x apêndices).</p> | <p>Pode-se concluir que se trata de uma população com média de idades de 35 anos, logo esta equipa é um grupo jovem com todas as potencialidades que daí podem advir.</p> |
| | | <p>A amostra é formada essencialmente por licenciados com 72% e em menor número por Bacharéis 14%. Dos restantes respondentes, 5% referiram ter pós-graduação, 5% referiram terem o mestrado e 3% referiu ter o doutoramento (ver tabela x apêndices).</p> | <p>Pode-se concluir que é uma população academicamente qualificada.</p> |
| Caracterização profissional | | <p>A maior parte dos respondentes tem entre 6 a 15 anos de serviço (67%).</p> | <p>População com uma razoável experiência profissional;</p> |

| | | | |
|--|-----------------------------|--|---|
| | | <p>Cerca de metade dos respondentes pertencem ao quadro da Instituição mas apenas 9% pertence à Comissão de Qualidade</p> | <p>É um serviço com 53% de colaboradores com vínculo jurídico precário.</p> <p>Como seria de esperar apenas uma minoria pertence à comissão de qualidade que é por si só um bom resultado e de realçar a existência da mesma nesta organização de saúde.</p> |
| | Caracterização profissional | <p>O tempo de serviço dos respondentes no Serviço de Atendimento Permanente é variável. Verifica-se que 25% da amostra tem 1 ano de serviço e 22% com 4 anos e 6 anos</p> | <p>O facto de existir grande disparidade no tempo de serviço no SAP deve-se ao facto do aumento da afluência de clientes e a necessidade de otimizar recursos.</p> |
| | | <p>Cerca de metade dos respondentes tem horário completo mas 77% referiu ter horário rotativo.</p> <p>Em relação às categorias profissionais dos respondentes observa-se que a maior parte é enfermeiro 78% e 22% são médicos.</p> | <p>A existência de mais enfermeiros do que médicos deve-se ao facto de segundo CABRAL (2002) “os enfermeiros são considerados os profissionais que reúnem as condições necessárias para a triagem, uma vez que usam uma linguagem clínica orientada para os sintomas, e não para os diagnósticos, e conseguem estabelecer uma boa relação como utente.”</p> |

No seguinte capítulo serão realizadas as conclusões do estudo.

Conclusões

Ao longo da sua história, o ser humano foi atravessando sucessivas ondas de desenvolvimento, que lhe permitiram um acumular de conhecimentos, experiências e expectativas, que foram alterando o seu padrão de exigências na busca da satisfação das suas necessidades. Para trás ficaram os tempos em que o consumidor era o elemento passivo de qualquer processo produtivo. Hoje o cliente tem um papel activo e decisivo na melhoria da qualidade dos produtos e serviços, que lhe são destinados.

A qualidade assume uma importância decisiva como um dos factores dinâmicos da competitividade e é, indiscutivelmente, um dos pilares fundamentais para a construção do sucesso das organizações.

Qualidade é um tema de abordagem actual. É um factor de mais-valia competitiva, que as organizações devem utilizar para se afirmarem num mundo cada vez mais exigente e em constante mudança.

Citando Saraiva (2003) em que pensaria o filósofo grego Heraclito quando disse que “Nada é permanente senão a Mudança”? Pode-se, assim, afirmar que actual dinâmica dos mercados impõe às instituições um desafio pertinente: inovar ou desaparecer.

As instituições em geral e as instituições de saúde em particular têm perante a sociedade uma responsabilidade acrescida. Não só o facto de satisfazer o cliente, como o seu propósito é o de servir o cliente nas suas necessidades, principalmente na área da saúde, sendo esta uma grave carência da sociedade actual.

A motivação para a elaboração deste estudo na área da qualidade, surgiu da constatação, ao longo dos anos, que ligam a investigadora às questões da saúde, indissociável na forma de ver e sentir, da dificuldade em conceber,

organizar e gerir serviços de saúde, que satisfaçam plenamente clientes e profissionais.

Assim, o estudo teve como objectivo geral contribuir para a avaliação do sistema da qualidade num ponto específico a avaliação da opinião dos colaboradores, sobre um procedimento que foi implementado, o Procedimento da Triagem de Manchester.

Este trabalho teve como referência o modelo *Common Assessment Framework* (CAF), considerado como um instrumento de autoavaliação, que permite às organizações um conhecimento mais aprofundado de si próprias, de forma a direccionarem a sua actuação na prestação de melhores serviços e, por conseguinte, a satisfação dos clientes. O modelo CAF permite aos serviços efectuarem uma avaliação, através da utilização de várias ferramentas (questionários, entrevistas...) para que este seja o início de um grande percurso na procura da excelência.

A missão do Serviço de Atendimento Permanente (SAP) e, por sua vez, de todos os procedimentos que nele são implementados, está centrada na promoção de um atendimento adequado às necessidades do cliente interno ou externo, da segurança e da melhoria continua dos serviços prestados.

Implementar um procedimento numa instituição de saúde tem como objectivo principal melhorar os cuidados prestados aos clientes. Um processo relacionado com a qualidade na saúde permite mais facilmente definir objectivos, responsabilidades e funções, melhorar a organização, a imagem, a motivação, a comunicação, a gestão, a utilização de recursos físicos e humanos e materiais, tratamento e sistematização da informação, uniformização da maneira de actuar por parte de todos os actores e as próprias relações com a comunidade.

A forma activa como todos os envolvidos participaram, neste estudo, levou a resultados que são óptimos indicadores de melhoria. Da análise dos resultados obtidos tiram-se as conclusões que se passam a apresentar.

Relativamente ao critério 1- Liderança, quanto ao diagnóstico da visão, missão e valores pode-se verificar que o conhecimento destes três aspectos aumentou

após a implementação do procedimento da Triagem de Manchester um aumento, em cerca, de 11% na opinião dos colaboradores.

Porém, pode-se concluir que a missão do procedimento da Triagem de Manchester é entendida como o estabelecimento de prioridades de atendimento e redução do tempo de espera dos clientes, o que vai plenamente ao encontro da definição do procedimento, que segundo Cordeiro (2002), citando Cardoso (1993), é que a triagem traduz-se "...basicamente por uma observação e avaliação do cliente com a finalidade de estabelecer prioridades de atendimento, de modo a reduzir o tempo de espera no serviço e assegurar que os clientes recebam tratamento adequado à sua situação."

Segundo a opinião dos colaboradores, pode-se ainda concluir que os valores deste procedimento são principalmente a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Ainda no seguimento deste critério, uma das ilações que também podem ser extraídas foi que existe ainda um grande caminho a percorrer sobre a forma como os colaboradores são solicitados a opinar e a referir a missão e a visão, que sustentarão a longo prazo o sucesso do procedimento. Nesse sentido, devem ser melhorados processos de comunicação e o envolvimento dos colaboradores na formulação da missão e da visão.

Outro aspecto que se constatou foi que os colaboradores pouco participaram no processo de elaboração do plano de actividades e nas reuniões realizadas para o efeito. A implementação do procedimento apresenta deficiências, pois não promove o envolvimento de todos ou, pelo menos, da maioria.

Relativamente ao critério 2- Planeamento e Estratégia, pode-se concluir que com a implementação do procedimento de Manchester ficou mais homogéneo o entendimento sobre o objectivo e a forma como é realizado o procedimento.

Um aspecto importante é que os colaboradores, após a implementação deste novo procedimento, reconhecem que a realização de diagnósticos não é um objectivo da Triagem e, na sua generalidade, identificam um novo objectivo do

procedimento, como é exemplo a caracterização da população, que recorre ao SAP em função das queixas.

De acordo com informação que foi facultada pelos respondentes parece haver uma uniformização na forma de estabelecer prioridades, dado que é essencialmente feita com base nas questões do protocolo, complementadas com a observação directa dos clientes, podendo daqui advir a responsabilização dos colaboradores e a segurança do procedimento.

Igualmente, pode-se concluir que para a maioria dos respondentes, que o tempo de espera entre o procedimento e o atendimento médico está de acordo com a prioridade estabelecida e que o tempo de espera pelo atendimento médico diminui com a implementação do mesmo.

Verificou-se ainda que na opinião dos colaboradores este procedimento é o mais adequado para o estabelecimento do nível de prioridade dos clientes.

Relativamente ao critério 3 – Pessoas, os respondentes identificam serem necessários mais recursos humanos, pois consideram-nos insuficientes. No entanto, referem que existiu uma melhoria com a implementação deste procedimento.

No que respeita ao número de clientes submetidos a triagem quando recorrem ao SAP, segundo a opinião dos respondentes, existiu uma melhoria muito significativa, pois quase 100% dos clientes são submetidos a este procedimento, garantindo-lhes um correcto encaminhamento para a observação clínica consoante as suas necessidades clínicas.

Também se pode afirmar que existiu um esforço por parte dos responsáveis pela implementação do procedimento em formar os colaboradores, pois o número de respondentes que afirmam ter tido formação adequada para realizar triagem após a implementação do procedimento, aumentou substancialmente. Por outro lado, os colaboradores estão aptos a desempenhar este procedimento o que confere um grau de segurança elevado, por apresentar elementos competentes na execução de um procedimento com a responsabilidade que este apresenta.

Relativamente ao critério 4 – Parcerias e Recursos, pode-se concluir que relativamente ao espaço físico, onde este procedimento tem lugar, apenas dois dos sete indicadores são referidos com tendo existido alguma melhoria. São eles os indicadores de sonoridade e equipamentos. Relativamente a todos os outros (dimensões, privacidade, segurança, distribuição e disposição), a opinião dos respondentes é que não se encontram adequados às necessidades sentidas pelos mesmos. Constitui sem dúvida um ponto fraco a ter em consideração.

Já no que respeita há existência de instruções de trabalho escritas, nomeadamente para a comunicação e no circuito de encaminhamento de clientes, segundo a opinião dos respondentes existiu uma melhoria significativa, o que promove a uniformização de procedimentos e igualdade de critérios de encaminhamento dos clientes pelo circuito estabelecido, com a implementação do procedimento da Triagem de Manchester.

Em relação aos meios tecnológicos, a opinião dos respondentes é muito idêntica pois são considerados adequados.

No que diz respeito ao pedido de exames complementares de diagnóstico, segundo opinião dos respondentes, com a implementação deste procedimento, foi dada maior importância por parte dos colaboradores. O que de alguma forma permite um melhor encaminhamento dos clientes, para diminuir o tempo de permanência dos mesmos nesta unidade de saúde. Podendo desta forma ser encaminhados para outras especialidades, que melhor poderão dar resposta às necessidades dos clientes, melhorando a qualidade dos cuidados prestados pela sua especialização.

Também relativamente ao desempenho dos serviços de parceria, a opinião dos respondentes é francamente superior, quanto há rapidez de orientação e concretização. Pode-se ainda concluir que o desempenho dos mesmos melhorou com a implementação deste novo procedimento.

Relativamente ao critério 5 – Processos e o último abordado neste estudo, pode-se concluir que não estão a ser efectuadas qualquer tipo de diagnósticos sobre melhorias de processos, pois na opinião dos respondentes uma grande maioria

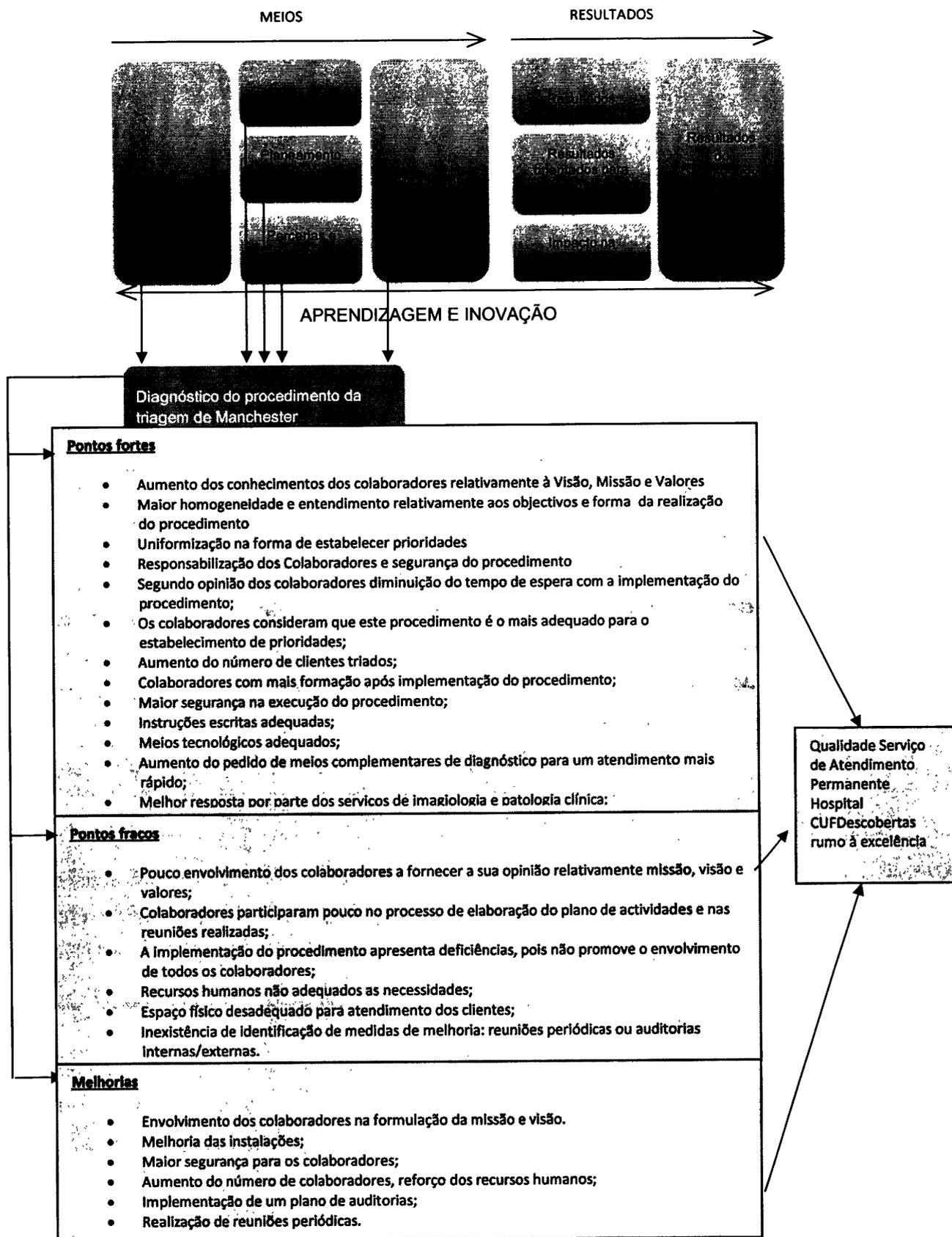
considera que não existiram reuniões periódicas, para avaliar o desempenho do procedimento da Triagem de Manchester, ou outro tipo de acções, como por exemplo auditorias internas ou externas para monitorização e avaliação dos resultados, de forma a avaliar pontos fortes e pontos fracos.

Neste estudo, ainda se conclui que é uma equipa com alguns anos de experiência e vivências profissionais, sendo estes dois, uma mais-valia para que de alguma forma se possam ultrapassar situações de crise. É uma equipa qualificada e jovem.

A qualidade existe e é possível defini-la dependendo de quem a menciona ou da forma como se pode empregar. A existência de ferramentas com capacidade para medir a qualidade não é novidade e o modelo da Estrutura Comum de Avaliação (CAF), aplicado neste estudo é prova disso. A qualidade, sendo um factor de competitividade das organizações, deve e tem que ser avaliado continuamente. Só assim será feita a diferença entre as organizações, que procuram a qualidade e a sua excelência, e as que não acompanham a evolução e perdem terreno na sociedade actual, a longo prazo estão destinadas ao fracasso.

O modelo que serviu de base a todo este trabalho encontra-se agora preenchido com ilações que se consideram importantes, como se pode observar na Figura5.

Figura 5: Aplicabilidade do modelo proposto:



Fonte: Adaptado Nogueiro (2008)

Hoje em dia, tornou-se uma necessidade absoluta as instituições de saúde seguirem o caminho da qualidade, não só pela exigência crescente da sociedade actual, mas porque elas são as turbinas para a competitividade e crescimento nacional.

Limitações ao Estudo

Considera-se como principal limitação ao estudo o facto de não ter sido possível a recolha de informação junto dos clientes do Serviço de atendimento Permanente do Hospital CUF Descobertas referente ao procedimento da Triagem de Manchester.

É importante também salientar o facto de o estudo ter sido apenas realizado neste serviço, podendo ser beneficiado com a aplicação do mesmo noutra unidade de saúde hospitalar de forma a se poderem comparar resultados e tornar mais rico esta investigação.

O facto da Triagem de Manchester ser um procedimento relativamente recente em Portugal e ainda não existirem muitos estudos que abordem esta temática.

A limitação temporal e a carência de recursos humanos são também limitações importantes de referir.

Propostas de Investigação Futura

- Elaboração de uma Carta de Melhoria;
- Aplicação deste estudo a outras unidades de saúde;
- Aplicação deste estudo aos clientes do Hospitalcufdescobertas;
- Elaboração de protocolos e formação ao nível dos profissionais de saúde;
- Criar um sistema de auditoria interna periódico.

Bibliografia

- Almeida, M. H. (2001) A qualidade em saúde. Revista Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, nº3 p.39-40.
- Asplin et al. (2003) A conceptual model of emergency department crowding; Annals of Emergency Medicine; 42 (2):173-80.
- Australian Triage Scale; www.acem.org (consultado 10.04.2007).
- Bell, J. (1997) Como realizar um projecto de investigação. Gradiva. Lisboa.
- Biscaia, J. (2000) "Qualidade em Saúde uma Perspectiva Conceptual", Qualidade em Saúde. Ano 1, nº0 (Junho).
- Bilhim, J. (2004) "Gestão Estratégica de Recursos Humanos", Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Blythin, P. (1989) Documentação na triagem. in Nursing. Lisboa. Nº 17 p.8-9.
- Blythin, P. (1989) A Triagem. in Nursing. Lisboa. Nº 17 p.2-7.
- Boavista, A. (1999) Qualidade Organizacional Hospitalar-Protocolo IQS/HQS. Instituto da Qualidade em Saúde: Lisboa
- Bugueda, J. (1974) Manual de Técnicas de Investigación Social, 2ª Edition, Instituto de Estudios Politicos, Madrid.
- Cabral, A.; Galvão, P. (1999) O Enfermeiro e a triagem telefónica. Sinais Vitais. Coimbra. Nº 26 p.48-50.
- Carmo, H.; Ferreira, M. (1998) Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem. Universidade Aberta Lisboa.
- Chauchard, P. (1973) O Acolhimento: psicofisiologia e educação da receptividade. Lisboa: Edições Paulistas.
- Cordeiro, A. [et al.] (2002) Triagem nos serviços de urgência geral. in Nursing Lisboa. Nº 163 p.12-16.
- Costa, J. (2005) Gestão da Qualidade em dois Serviços de Radiologia da Região de Lisboa e Vale do Tejo em Hospitais SA: Contributo para análise das implicações a nível dos Técnicos de Radiologia, Tese de Mestrado não publicada, Lisboa.
- Crosby, P. (1979) Quality is free. The art of making quality certain, Mcgraw-hill Book company, Nova York.
- Cruz, C., Carvalho V. (1992) "Qualidade – Uma Filosofia de Gestão, Porto: Texto Editora.

- Deming, E. (1993) *The New Economics*, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge.
- Dicionário de Sinónimos. 2ª ed. Porto, (1995) Porto Editora. p.1173.
- Direcção-Geral da Administração Pública (DGAP), (2003) *Estrutura Comum de Avaliação (CAF), Melhorar as organizações públicas através da autoavaliação*, Direcção-Geral da Administração Pública, Lisboa.
- Direcção-Geral da Administração Pública (DGAP), (2005) *Manual de Apoio para Aplicação da Estrutura Comum de Avaliação (CAF)*, Direcção-Geral da Administração Pública, Lisboa.
- Direcção-Geral da Administração Pública (DGAP), (2007) *Estrutura Comum de Avaliação (CAF), Melhorar as organizações públicas através da autoavaliação*, Direcção-Geral da Administração Pública, Lisboa.
- Emergency Triage, Second Edition, Manchester Triage Group (Manchester, UK); Blackwell BMJ Books.
- Evaristo, C. (2004). *A Caf como impulso para a melhoria contínua* CardernosBad p.49.
- Félix, M. [et al.] (1994) *Acolhimento do utente nas unidades de adultos do CHF. Nursing. Lisboa. N°72 p.9-16.*
- Fernandes, M.C. (2007) *Atendimento Bancário e Qualidade do Serviço Prestado. Estudo de Caso: Clientes Gama Alta da Região de Évora da Caixa Geral de Depósitos, dissertação de Mestrado. Não publicada, Universidade de Évora, Évora.*
- Fortin, M. (1999) *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, Lusociência. Loures.
- Ganopa, C. (2001) *Saúde: Na base da construção da qualidade de vida. Qualidade em Saúde, nº5 p.10-15.*
- Garvin, C., Tropman, E. (1992) *"Social Work in Contenporarary Society"*, Englewood cliffs: Prentice-Hall International, Inc.
- Gillies, A. (1997) *Improving the quality of patiente Care*, Chichester: Wiley.
- Godinho, M. J.; Neto, S. C. 2001. *Qualidade: uma prática secular*. Lisboa: Secretariado para Modernização Administrativa;
- Green, E.; Katz, J. (1997) *"Managing quality: a guide to system-Wide performance management in Heath care* Mosby. St. Louis.
- Hesbeen, W. (2001) *"Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar"* Lusociência. Loures.

- Hill, M.; Hill A. (2002) "Investigação por Questionário", Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Irvine, (1990) Projectos das normas de orientação clínica IQS nº0 ano:1 p.39-41
- ISO 9000 para Serviços de Saúde: Guia Interpretativo para Aplicação da NORMA PORTUGUESA EN ISO 9001:2000 a Serviços de saúde. Lisboa: Instituto Português da Qualidade.
- Juran, J. (1992) Controle de Qualidade, Conceitos, Políticas e Filosofia da Qualidade, São Paulo.
- (1997) Early SQC A Historical Supplement. Quality Progress.
- (1980). Quality planning and analysis. New York: McGraw-Hill;
- (1991) Movimento da Qualidade a nível mundial, Quality Progress, ASQC, December, p. 19-24;
- Kemp, N.; Richardson, E. (1995) A garantia da Qualidade no Exercício de Enfermagem. ACPS. Lisboa.
- Lei de Bases da saúde, Lei nº 48/90 de 24 de Agosto (com alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro), <http://.portugal.gov.pt/Portal> PT. (consultado 5/06/2007)
- Manifesto para a Medicina de Emergência na Europa (1997), www.eusem.org (consultado 20/07/2007)
- Malhota, N. (1999) Pesquisa de Marketing, Uma Orientação Aplicada, 3ª Edição, Editora Bookman, São Paulo.
- Medicina de Emergência dos Princípios à Organização (2004). Modelos Organizacionais em Emergência/Urgência Hospitalar.
- Mezomo, J. (2001) "Gestão da Qualidade na Saúde", S.Paulo: Manole.
- Pignatelli, C. (2000) "Saúde XXI: Obter ganhos em Saúde e assegurar a qualidade dos cuidados" Qualidade em Saúde. Ano 1, nº1 (Setembro).
- Pires, A. (2000) Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade, Lisboa.
- Pisco, L. (2000) A qualidade na saúde. Instituto da Qualidade em saúde em demanda de melhores serviços. Lisboa nº0 p.12-13.
- Pisco, L. (2001) Perspectivas sobre a Qualidade em Saúde Qualidade em Saúde. Instituto da Qualidade Lisboa nº3 p.35.
- Pomey, M.P., Contandriopoulos, A., Francois, P., & Bertrande, D. (2004). Accreditation: A tool for organizational change in hospital? International Journal of Health Care Quality Assurance, 7 (3).

- Reis, E.; Moreira, C. (1993) Pesquisa de Mercados, 1º Edição, Edições Sílabo, Lisboa.
- Reis, S. (2005) "Gestão para a qualidade total" Nursing. Lisboa nº198 p.14 -17.
- Rocha, J.A.O. (2006) Gestão da Qualidade, Aplicação aos Serviços Públicos, Escolar Editora, Lisboa.
- Sá, P. (2002) Organisational Excellence in The Public Sector: With special reference to The Portuguese Local Government. PhD Thesis University, UK
- Sale, D. (1998) Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde para os Profissionais da Equipa de saúde, Publicações Universitárias e Científicas. Lisboa.
- Saraiva, M. (2003), Gestão da Qualidade Total, Uma proposta de Implementação no Ensino Superior Português Tese de doutoramento não publicada, ISCTE, Lisboa.
- Silva, A. et al (2004) Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais. Lisboa.
- Silvério, M. (2003) Pesquisa de Marketing, Publicações Universidade Évora, Évora.
- Sousa, J. (2004) Medicina de Emergência dos Princípios à Organização - Perspectiva Global.
- Torres, M. [et al.] (2002) O papel do Enfermeiro na triagem dos utentes no serviço de Urgência. Sinais Vitais. Coimbra. Nº40 p.29-32.
- The Canadian Triage and Acuity Scale, CAEP, www.caep.org (consultado 10.04.2007).
- Vicente, P.; Reis, E.; Ferrão F. (2001) Sondagens, A amostragem como factor decisivo da qualidade, 2º edição, Edições Sílabo, Lisboa.
- Vieira, J. (2002) Triagem de Enfermagem na urgência geral de adultos. Sinais Vitais. Coimbra. Nº 42 p.33-35.
- Wilkinson, A; Redman, T.; Snape, E.; Marchington, M. 1998. Managing with Total Quality Management: Theory and practice. UK: McMillan;
- Young, J.; Wilkinson, A. 1999. "The State of total quality management: a review". The International Journal of Human Resources Management. 10(1): 137-161;

24

