



UNIVERSIDADE DE CABO VERDE
E
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Departamento de Ciência e Tecnologia
Programa de Pós Graduação em Saúde Colectiva Departamento de Saúde Pública
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita filho – UNESP
1º CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

PERCEPÇÃO DOS UTENTES SOBRE O PROCESSO DA TRIAGEM COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
Atendimento de urgência do adulto no Hospital Agostinho Neto

MARIA NATALIA LOPES SILVA

Dissertação submetida como requisito
para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública

Orientadora:
Prof^ª. Dra. Regina Stella Spagnuolo

Março
Praia, 2014



UNIVERSIDADE DE CABO VERDE
E
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Departamento de Ciência e Tecnologia
Programa de Pós Graduação em Saúde Colectiva Departamento de Saúde Pública
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita filho – UNESP
1º CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**PERCEPÇÃO DOS UTENTES SOBRE O PROCESSO DA TRIAGEM COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

Atendimento de Urgência do Adulto no Hospital Agostinho Neto

MARIA NATALINA LOPES SILVA

Dissertação submetida como requisito
para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública

Orientadora:
Prof^ª. Dra. Regina Stella Spagnuolo

Março
Praia, 2014

*Não sei se a vida é curta
ou longa demais para nós.
Basta ser
Colo que acolhe
Braço que envolve
Palavra que conforta
Silêncio que respeita
Alegria que contagia
Lágrima que corre
Olhar que acaricia
Amor que promove
É o que dá sentido à vida
Feliz aquele que transfere o que sabe
e aprende o que ensina.*

(Cora Coralina)

Agradecimentos

Antes de mais, um agradecimento especial a Deus pela minha existência e perseverança.

Agradeço também:

Aos meus estimados pais, Fernando Correia e Silva e Andresa Lopes de Oliveira, pela dedicação, pelo ânimo, paciência, oportunidade, e apoio que me deram desde o nível primário até hoje.

Não poderei esquecer do meu marido, Adrião dos Reis Monteiro e dos meus estimados filhos: Katheline Silva e Fabrício Silva, que me compreenderam e me ajudaram nos momentos mais difíceis (elaboração da tese do curso de Mestrado). A vocês meus amores, deixo aqui um pedido de desculpas pelas minhas brigas infundadas pela minha incompreensão e a minha presença escassa nos vossos quotidianos.

A todos vocês, muito, muito obrigada!

Os meus agradecimentos são extensivos a Professora Doutora Regina Stella Spagnuolo, minha excelente orientadora, pela confiança que depositou em mim. Factor, determinante para a execução de qualquer trabalho. Agradeço-lhe ainda pela forma competente como me ajudou a conduzir esta dissertação.

Aos colegas do curso de mestrado, um obrigado especial pela partilha companheirismo e convivência maravilhosa.

Um muito obrigada a Directora do Hospital Agostinho Neto (HAN, pela autorização da recolha de informações; aos utentes do HAN pela disponibilidade da entrevista ; a secretaria do BUA Banco de Urgência de Adultos) e aos colegas de trabalho.

A Universidade de Cabo Verde, ao pessoal administrativo do departamento de Mestrado em Saúde Pública e aos ilustres professores, um especial agradecimento, pelo profissionalismo e seriedade.

Aos meus amigos, irmãos e sobrinhos, pela forma carinhosa como compreenderam a privação, da nossa convivência habitual, durante estes dois anos.

Enfim, agradeço a todos, que de forma directa ou indirecta, contribuíram para que hoje, pudesse expor a presente dissertação.

Resumo

Trata-se de uma pesquisa com a abordagem qualitativa para compreender a **Percepção dos Utentes sobre o Processo da Triagem com Classificação de Risco e Atendimento de Urgência do Adulto no Hospital Agostinho Neto**. A colecta de dados ocorreu nos meses de Agosto, Setembro e Outubro de 2012, por meio de entrevista não-directiva e observação participante. A saturação teórica se configurou na 17^a entrevista.

Para observação participante foi utilizado o Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde segundo Merhy (2007). Da análise da observação participante, observou-se que não foram considerados atendimentos de urgência nem emergências e poderiam ter resolutividade na Atenção primária/ Centros de Saúde. A partir da análise dos discursos evidenciaram-se três categorias temáticas: Sendo avaliado pelo enfermeiro antes do médico; espaço para avaliar parâmetros bioquímicos e sinais vitais; atendimento de urgência: rapidez para salvar vidas. Conclui-se que o atendimento e a superlotação nos serviços de urgência estão relacionados a aspectos como satisfação, rapidez no atendimento, resolubilidade, e humanização, entre outros. Contudo, alguns ressaltaram insatisfação quanto aos encaminhamentos a outras unidades de saúde e demora nos agendamentos de consulta para especialidades. Pretende-se com o resultado dessa pesquisa e a partir da compreensão dos utentes acerca do actual serviço de triagem e atendimento de urgência, propor ao Ministério de Saúde de Cabo Verde (MNSCV) a implantação do acolhimento com classificação de risco no Serviço Urgência e Centros de Saúde de Cabo Verde para organização de uma assistência mais acolhedora e humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Triagem, Triagem de Manchester, Serviço Urgências, Acolhimento com classificação de risco.

Abstract

This is a survey of the qualitative approach to understand the Perception of the users on the Process of Screening and Risk Rating in the Emergency Care of Adults in the Hospital “Agostinho Neto”. Data collection occurred during the months of August, September and October 2012, through non-directive interviews and participant observation. The theoretical saturation was set on the 17th interview. For participant observation was used the flowchart analyzer attention of a health service model according to Merhy (2007). From the analysis of participant observation, it was observed that the majority of users attended was not considered urgent or emergency and could have resoluteness in Primary Care / Health Centers. From the discourse analysis showed up three thematic categories: being evaluated by the nurse before the doctor; space to assess biochemical parameters and vital signs; emergency care: acting quickly to save lives. It is concluded that the care and overcrowding in emergency departments are related to aspects such as satisfaction, fast service, resolution, and humanization, among others. However, some highlighted dissatisfaction regarding referrals to other health facilities and delay in scheduling consultation for specialties. The aim of this research and the results from the understanding of users about the current screening service and emergency care, is to propose to the Ministry of Health of Cape Verde (MNSCV) to implement the host with risk classification in the Emergency Service and Health Centers of Cape Verde to organize a more welcoming and human care.

KEY WORDS: Screening, Screening Manchester, Emergency Service, Home with risk rating.

Lista de Siglas e Abreviaturas

APS	Atenção Primária de Saúde
BUA	Banco de Urgência
CS	Centro de Saúde
CSCV	Carta Sanitária de Cabo Verde
CV	Cabo Verde
ECG	Electrocardiograma
EUA	Estados Unidos de América
EV	Endovenosa
FC	Frequência Cardíaca
HAN	Hospital Agostinho Neto
HBS	Hospital Baptista de Sousa
HRSN	Hospital Regional Santiago Norte
IM	Intramuscular
INECV	Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MNSCV	Ministério de Saúde de Cabo Verde
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNS	Política Nacional de Saúde
RSU	Reorganização do Serviço de Urgência
RSUA	Relatório do Serviço de Urgência de Adulto
RX	Radiografia
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SPO2	Saturação de oxigénio
ST	Serviço de Triagem
ST	Sistema de Triagem
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SU	Serviço de Urgência

SUA.....Serviço de Urgência de Adulto

SV.....Sinais Vitais

TA.....Tensão Arterial

TAX.....Temperatura axilar

U.....Utente

UA.....Urgência de Adulto

USB.....Unidade Sanitária de Base

VO.....Via Oral

Índice Geral

Resumo	III
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	V
Índice de Tabelas.....	IX
Índice de Gráficos	X
CAPITULO I- Introdução.....	1
CAPITULO II - Enquadramento Teórico	8
2.1. Sistema Nacional de Saúde em Cabo Verde.....	8
2.1.2 Enquadramento ético e jurídico de saúde em Cabo Verde.....	8
2.1.3 Carta Sanitária de Cabo Verde 1999.....	11
2.1.4 Sistema Nacional de Saúde	13
2.1.5 Sistema Nacional da saúde (SNS) de CV	14
2.1.6 Visão estratégica para 2020	15
2.1.7 Problemas de saúde da população.....	15
2.1.8 Problemas do serviço nacional de saúde	16
2.1.9 Hospital Central (HC).....	17
2.2. Caracterização dos Serviços Hospitalares.....	19
2.2.1 População atendida pelo HAN durante o ano 2010,Praia	20
2.2.2 Recursos Humanos.....	21
2.2.3 Plano Estratégico do HAN para 2012-2016.....	21
2.2.4 Serviço de Urgência do Adulto.....	23
Caracterização do serviço do BUA.....	23
2.2.5 Espaço físico	24
2.2.6 A Triage no meio físico da urgência segundo a reorganização do SU 2011	26
2.2.8 Reorganização dos serviços urgências HAN, HBS e CS 2011	31
2.2.9 Reorganização do serviço de urgência HAN	33

2.3 Protocolo de Triagem com classificação de risco recomendado pelos Enfermeiros do SUA do HAN	38
2.3.1 Serviço de urgência de Adulto/HAN	40
2.3.2 Triagem com classificação de risco de Julho a Dezembro de 2012 no serviço de Urgência de Adulto, Praia.	41
2.3.3 Triagem de Manchester / história e evolução	42
2.3.4 Acolhimento com avaliação e classificação de risco	46
CAPITULO III- Trajectória Metodológica.....	49
3.1. Tipo de Pesquisa	49
3.1.1 Pesquisa qualitativa.....	49
3.1.2 Estudo de caso.....	50
3.1.3 Colheita dos dados	51
3.1.4 Observação Participante.....	51
3.1.5 A entrevista	52
3.1.6 Local de colheita de dados e cenário da pesquisa	53
3.1.7 Publico Alvo do estudo/Amostra	55
3.1.8 Procedimentos Éticos e da Colheita de Dados.....	55
3.1.9 Tratamento e Análise de dados	56
CAPITULO IV – Resultados e Discussões.....	58
4.1 Caracterização das populações da pesquisa segundo sexo e idade, 2012.	58
4.1.1 Análise do Fluxograma da observação participante.....	59
5. Análise das categorias.....	67
Categoria1. Sendo triado pelo enfermeiro antes do médico	67
Categoria 2. Espaço para avaliar parâmetros bioquímicos e sinais vitais.....	71
Categoria 3. Atendimento de urgência: rapidez para salvar vidas	74
CAPITULO VI – Considerações finais	79
CAPITULO V - Referências Bibliográficas	83

CAPITULO VII – Anexos	88
Anexo 1 – Hospital Agostinho Neto	88
Anexo 3- Aprovação do comité de ética	90
Apêndices.....	91
Apêndice A – Roteiro de entrevista	91
Apêndice B – Consentimento Informado.....	92
Apêndice C - Aprovação do campo de estudo no HAN	94

Índice de Figuras

Figura 1 - Organograma do Hospital Agostinho Neto (2010)	22
Figura 2- A Triagem no meio físico da urgência segundo a reorganização do SUA.....	26
Figura 3 - Triagem Informatizada no SUA.....	54
Figura 4 - Etapas da Análise de Conteúdo segundo Bardin (2011)	57

Índice de Tabela

Tabela 1- População atendida pelo HAN da Região Sanitária Santiago Sul (RSSS) no ano 2010, Praia.....	20
Tabela 2- Total de População atendida pelo HAN (RSSS) e População considerada referencial por percentagem no ano 2010, Praia.....	20
Tabela 3 - Níveis de classificação de risco dos utentes do SUA/HAN, Praia, 2012	34
Tabela 4 - Discriminadores clínica segundo a gravidade das cores, implementado em suporte papel no SUA, HAN, Praia, 2012.....	35
Tabela 5 - Números de atendimento e internamento no SUA 2006-2012, Praia..	40
Tabela 6 - Total de atendimento no SUA de Julho a Dezembro de 2012.....	41
Tabela 7 - Total de atendimento por classificação de risco no SUA de Julho a Dezembro de 2012	41
Tabela 8 - Triagem de Manchester.....	44
Tabela 9 - Caracterização das populações da pesquisa segundo sexo e idade, Praia, 2012.....	58

Índice de Gráficos

Grafico-1-Total de atendimento por classificação de risco no SUA de Julho a Dezembro de 2012.....	42
---	----

CAPITULO I- Introdução

Este trabalho enquadra-se no programa de Mestrado em Saúde Pública, área de Departamento da Ciência e Tecnologia da Universidade de Cabo Verde (Uni-CV).

Trata-se de um estudo sobre a “ **Percepção dos Utentes Sobre o Processo da triagem com classificação de risco e atendimento de urgência do adulto no Hospital Dr. Agostinho Neto**”.

Os serviços de saúde de Cabo Verde têm sofrido consideráveis transformações nos últimos anos, condicionadas pelas modificações nos modelos de gestão e pela organização das redes de cuidados de saúde. Estas mudanças levaram a uma maior competitividade no sector da saúde, que desde logo se depara com a necessidade de dar cumprimento a alguns objectivos indispensáveis para a sobrevivência dos serviços de saúde, nomeadamente o aumento da qualidade dos cuidados prestados à população e também a melhoria do acesso aos cuidados de saúde.

Cabo Verde está entre os países com melhores indicadores de situação de saúde da população, na sub-região da África ocidental, a mercê de um esforço constante conduzido desde a independência, com a construção de infra-estruturas, a formação de quadros, a estruturação de serviços, a disponibilização ponderada de recursos e uma legislação que sustenta a institucionalização do sistema de saúde. Todavia, os cidadãos cabo-verdianos permanecem insatisfeitos com a prestação do Serviço Nacional de Saúde, com as situações de atendimento nas instituições públicas dos distintos níveis e com a qualidade e eficácia dos cuidados prestados. (Política de Saúde de Cabo Verde [PNS], 2007).

Os serviços de urgências são pilares importantes da assistência à saúde em Cabo Verde, são utilizados como portas de entrada do sistema de saúde.

A realidade da superlotação neste serviço, é agravada tanto por problemas organizacionais como também a deficiente estruturação da rede assistencial de saúde. A triagem tem sido praticada há vários anos no serviço de urgência de Adulto (SUA), mas sem um critério clínico determinado que sustenta um atendimento organizado, com qualidade, principalmente no que se refere a humanização e acolhimento.

Ciente dos problemas existentes, o Ministério da Saúde está a procura de alternativas para a reorganização do atendimento nos Serviços de Urgências (SU) e Centros de Saúde (CS). Nesta lógica, surgiu em 2010 como um dos pontos estratégicos a proposta de triagem com classificação de risco no Serviços de urgência.

O termo Triagem resulta da palavra francesa “trier”, que significa escolher, seleccionar, separar. O exército americano utilizava-o para designar um centro onde eram reunidos os soldados feridos a serem posteriormente evacuados para hospitais de apoio. Após a Segunda Guerra Mundial, o termo passou a ser utilizado para denominar o processo de identificação de soldados feridos que, após intervenção médica, teriam maior probabilidade de voltar ao campo de batalha (Sheehy, 2001).

Segundo o mesmo autor, ao longo das Guerras da Coreia e do Vietnam verificou-se um melhoramento do processo de triagem, que procurava obter o máximo benefício para o maior número de soldados feridos. A utilização dos sistemas de triagem nos serviços de saúde, mais particularmente nos serviços de urgência, surgiu na década de 1960, em que a procura dos serviços era em número muito superior aos recursos disponíveis.

O processo de triagem evoluiu, tornando-se uma forma eficaz de separar os utentes que requerem atenção imediata dos que podem aguardar. Esse processo começou a se desenvolver no campo da saúde, particularmente em serviços de Urgência (SU) de países como os EUA, Canadá, Austrália e Inglaterra, devido a enorme procura deste tipo de serviços por cidadãos/utentes que não careciam de

necessidades urgentes de atendimento, por não experimentarem situações de doença/ lesão emergente/ urgente.

Actualmente, a **triagem** é um processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão, em todos os doentes que dão entrada no Serviço de Urgência (Sheehy, 2001).

Segundo PNS (2007) cerca de 70% dos atendimentos nos Serviços de urgências são situações capazes de serem resolvidas nas estruturas da atenção primária (ASP). Conhecedora destes problemas, o Ministério da Saúde de Cabo Verde vem buscando alternativas para a organização de Urgências.

Em Junho de 2012 foi implementado a proposta de Protocolos de Triage com classificação do risco por gravidade com cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, simbolizando: vermelho urgência grau I, laranja urgência II, amarelo urgente III, verde urgência grau IV e azul urgente grau V (grau I,II,III são considerados mais urgentes) com a finalidade de uniformizar e melhorar a prestação dos cuidados assistenciais nos Serviços de Urgência do Hospital Agostinho Neto [HAN], Hospital Baptista de Sousa [HBS] e Centros de Saúde [CS].

Interessa também conceitualizar **Urgência** “como sendo uma situação de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo paciente depende de assistência médica” (Martins, Zamboni & Velasco, 2009, p.185).

O serviço de urgência de adulto no Hospital Agostinho Neto (HAN) faz parte de um valioso componente da assistência à saúde em Cabo Verde. Nos últimos anos, houve um aumento da procura por atendimentos de urgência e emergência devido ao aumento do número de acidentes e violência urbana, mas também pelas doenças e situações que podem ser resolvidos nos Centros de Saúde (CS).

Estes serviços são frequentemente criticados pela população e os profissionais são pressionados pela grande procura não urgente (medir glicemia

capilar, tensão arterial, fazer injeção, curativo, pedir receita medica etc.), provocando a saturação dos serviços e conseqüentemente a insatisfação por parte dos que procuram.

Em relação ao atendimento, após implementação da triagem com classificação de risco de Julho a Dezembro de 2012, regista-se um total de atendimento de casos classificado como **verde** de: 6187 (seis mil cento e oitenta e sete) e **azul** 2386 (dois mil trezentos e oitenta e seis), casos não urgentes em relação a vermelho de 27, laranja 127 e amarelo 2961, casos de urgência (Relatório do serviço de urgência de Adulto [RSUA], 2012).

Além dessas medidas, o Hospital Dr. Agostinho Neto aposta na humanização dos serviços com ênfase no atendimento e, para tanto, traçou um plano estratégico para 2012-2016, baseado em quatro eixos, tais como:

Qualidade, humanização e segurança na prestação de cuidados; a eficiência e eficácia no desenvolvimento das actividades; articulação com os cuidados de saúde primários, numa perspectiva integrada e complementar centrada no Utentes/cidadãos e articulação\complementaridade público privado (HAN, 2012).

Entretanto, importa destacar, que o **acolhimento** é um ponto-chave para prestar um serviço humanizado e de qualidade neste hospital.

“O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários” (Brasil: 2009, p.21).

Um dos objectivos para reforma do sector de saúde de Cabo Verde “é elevar o nível de humanização dos serviços com particular ênfase no atendimento”. Numa palavra, o objectivo maior da reforma é ganhar a batalha da qualidade e satisfazer as necessidades dos utentes” (PNS,2007, p.5). Diante desse cenário, esta pesquisa questiona o entendimento da população usuária do Serviço de Urgência do HAN em relação a triagem e ao atendimento de urgência.

Esta minha dissertação tem como **Objectivos Gerais**:

- Compreender a experiência dos utentes acerca do processo de Triagem e Atendimento de Urgência no Serviço de Urgência do Adulto do HAN.
- Propor ao Ministério de Saúde de Cabo Verde (MNSCV) a implantação do acolhimento com classificação de risco no Serviço Urgência e Centro de saúde de Cabo Verde para organização de uma assistência mais acolhedora e humanizada.

Justificativa

A Justificativa deste tema não emerge por acaso, mas sim, pela experiência nesta área, como enfermeira assistencial e enfermeira chefe. Convivo todos os dias com aumento dos cidadãos/utentes que procuram as urgências do HAN com casos que podiam ser resolvidos nos centros de saúde, mas que entretanto, procuram a nossa urgência criando vários constrangimentos. Eis:

- A superlotação dos SUA
- Longas filas de espera para atendimento;
- Muito tempo de espera
- Insatisfação dos utentes
- Espaços tornam se pequenos para os utentes e acompanhantes,
- Condições climatéricas (calor. Ar condicionado torna se insuficiente)
- Sobrecarga dos profissionais de saúde

Todos esses itens aliados, a impaciência e incompreensão dos utentes, geram uma insatisfação tao grande a todos aqueles que procuram esse serviço de saúde e a sociedade civil, que acabam por contribuir para o aspecto negativo nos relatórios de Saúde em Cabo Verde.

Para isso achamos pertinente a percepção dos utentes para melhoria de cuidados de saúde nesse serviço.

As insatisfações dos utentes pela prestação de cuidados de saúde em CV também advêm da longa lista de espera para algumas especialidades médicas, a qualidade da atenção prestada, a aquisição de medicamentos fora dos serviços públicos e a crescente demanda de exames complementares de diagnóstico para os serviços privados em decurso de falta de sua disponibilidade no serviço público (Valdez, 2007).

Para atingir o objectivo proposto optou-se por organizar o trabalho da seguinte forma:

- **Capítulo I - Introdução**
- **Capítulo II** que descreve a construção do enquadramento teórico ou revisão da literatura. Este capítulo divide-se em duas partes: a primeira parte aborda de forma resumida a contextualização do sistema de saúde de CVA, HAN, SUA em Cabo verde, uma descrição actual sobre a Reorganização dos serviços de urgências do adulto do HAN e Triagem com classificação de risco no SUA e, a segunda, será efectuada uma revisão da literatura que inclui resultados de estudos que associaram a utilização da Triagem de Manchester e Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, atendimento na urgência hospitalares, nomeadamente a utilização inadequada, percepção dos utentes sobre o SU. Esta revisão inclui trabalhos de autores portugueses e brasileiros. As fontes de pesquisa foram os textos do curso de mestrado, livros publicados, revistas especializadas de saúde pública, artigos científicos de interesse para o tema, pesquisas em bibliotecas virtuais disponível na internet na base de dados Bireme, Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e site do Ministério de Saúde de Cabo verde.

- **O Capítulo III-** trajectória metodológica, apresenta a metodologia de investigação, nomeadamente o caminho que percorremos para obtermos respostas as questões de investigação, a população estudada, elaboração do instrumento de recolha de dados, sua validação, aplicação e recolha dos mesmos;
- **O Capítulo IV** – resultados e discussões subdividem-se em duas partes: a primeira fala da análise dos resultados obtidos da observação participante e a segunda apresenta a análise das categorias através das entrevistas, onde são comparados com os de outros estudos, ou com ideias e considerações de autores mencionados no enquadramento teórico, discutem-se os resultados obtidos e a discussão relacionando-os com a revisão da Literatura.
- **O Capítulo V** – as considerações finais, tendo em conta os objectivos e questões de investigação, e sugerimos estudos ou recomendações consideradas importantes e oportunas para o enriquecimento ou complemento deste estudo;

O Capítulo VI - referências bibliográficas;

O Capítulo VII - apêndices e anexos.

CAPITULO II - Enquadramento Teórico

A revisão da literatura baseia-se “ na identificação, localização e análise de documentos que contêm informação relacionada com o tema de investigação específica” (Coutinho, 2011, p.55).

Segundo a mesma autora (Coutinho,2011) o objectivo da revisão da literatura é de localizar o estudo no contexto e, com isso, estabelecer uma ligação entre o conhecimento actual sobre o tema e o problema que se deseja pesquisar.

2.1. Sistema Nacional de Saúde em Cabo Verde

Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS], 1978) a **saúde** é um estado de total bem, estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.

Sistema Nacional de Saúde” (SNS) - é o conjunto integrado de todos os recursos humanos, financeiros e materiais de propriedade pública, privada ou mista que a administração central, as autarquias e outras entidades reúnem para assegurar, o direito à saúde da população e, em particular, a prestação de cuidados de saúde adequados às suas necessidades (Lei n°41/VI/2004 art.2° alinha b).

Qualquer sistema de saúde visa atingir:

- **Eficácia** - utilizando as técnicas médicas adequadas, para satisfazer as necessidades individuais dos utentes;
- **Efectividade** - garantindo a melhoria do nível de saúde da população;
- **Eficiência** - garantindo a prestação de cuidados com a melhor utilização possível dos recursos existentes;
- **Equidade** - promovendo uma distribuição justa dos recursos.

2.1.2 Enquadramento ético e jurídico de saúde em Cabo Verde

Em Cabo Verde, a lei que define as bases gerais a que deve obedecer a promoção da saúde e a prevenção, tratamento e reabilitação da doença diz que

competete ao Estado assegurar a existência e o regular funcionamento de um serviço público de saúde, designado Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 62/III/89).

De acordo com a 2.ª alínea do artigo 71.º da Constituição da República de Cabo Verde:

O direito à Saúde é realizado através, de uma rede adequada de serviços de saúde e pela criação das condições económicas, sociais, culturais e ambientais que promovam e facilitem a melhoria da qualidade de vida das populações (2013,p.59).

Segundo o artigo 3º da Lei de Base da Saúde, (2004) são princípios do Serviço Nacional de Saúde os seguintes:

- a) A **universalidade** de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência sanitária;
- b) A **solidariedade** de todos os cabo-verdianos na garantia do direito à saúde e na contribuição para o financiamento dos cuidados de saúde, de acordo com o rendimento individual;
- c) A defesa da **equidade** na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços;
- d) A salvaguarda da **dignidade humana** e a preservação da integridade física e moral dos utentes e prestadores;
- e) A **liberdade de escolha** de estabelecimento sanitário e de nível de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços;
- f) A **salvaguarda da ética e deontologia** profissionais na prestação dos serviços de saúde;
- g) A **participação dos utentes** no acompanhamento da actividade dos serviços de saúde;
- h) A **natureza multi- sectorial** das intervenções no domínio da saúde com atenção especial à luta contra a pobreza, em geral, e às condições de abastecimento de água, saneamento básico, habitação, educação e nutrição das populações, em particular.

Conforme a Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde, os Hospitais Centrais no qual o HAN se enquadra, em CV, são as estruturas vocacionadas para a prestação de cuidados de saúde de nível secundário e terciário, dispondo de serviços especializados diversos e diferencia-se dos Hospitais Regionais por uma maior complexidade e amplitude da oferta de cuidados (Lei n.º 41/VI/2004).

A Lei de base n.º 41/VI/2004 do Artigo 23º do Serviço Nacional de Saúde determina o estatuto dos utentes, como Direito e deveres:

1. Os utentes do Serviço Nacional de Saúde têm direito a:

- a) Respeito pela sua dignidade e preservação da sua vida privada sem discriminação baseada na condição social e económica, deficiência física ou mental, opções políticas, religiosas, sexuais e filosóficas;
- b) Sigilo por parte do pessoal da saúde relativamente a factos de que tenha conhecimento pelo exercício das suas funções;
- c) Informação sobre o seu estado de saúde, incluindo o diagnóstico, alternativas de tratamento e o prognóstico, bem como o acesso a todos os registos que a ele se refiram;
- d) Cuidados de qualidade exigíveis pela sua condição clínica, nos limites referidos no número 4 do artigo 5º;
- e) Apresentar, individual ou colectivamente, petições, sugestões, reclamações ou queixas sobre a organização e o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde;
- f) Liberdade de escolha do prestador de cuidados de saúde, dentro dos condicionalismos da presente lei e no quadro do funcionamento normal das estruturas de saúde;
- g) Receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta, salvo disposição especial da lei;
- h) Participar no acompanhamento das actividades dos serviços de saúde, através de representantes eleitos ou de associações de utentes.

2. A violação dos direitos garantidos ao utente faz incorrer o infractor em responsabilidade disciplinar independentemente da responsabilidade civil ou criminal que ao caso couber.

3. Relativamente a menores e incapazes, a lei deve prever as condições em que os seus representantes legais podem exercer os direitos que lhes cabem, designadamente o de recusarem assistência com observância de princípios constitucionalmente definidos.

4. São deveres dos utentes:

- a) Abster-se de atitudes, comportamentos e hábitos que ponham em risco a sua própria saúde ou a de terceiros;
- b) Contribuir para a melhoria, ao seu alcance, das condições de saúde familiar e ambiental;
- c) Respeitar o pessoal de saúde e as regras de funcionamento das instituições prestadoras de cuidados de saúde a que recorre;
- d) Respeitar os direitos dos outros utentes;
- e) Comparticipar, nos termos da lei, nos custos da saúde;
- f) Colaborar com os profissionais da saúde em relação à sua própria situação.

2.1.3 Carta Sanitária de Cabo Verde 1999

Conceitualizado como o ordenamento espacial de todo o território, com o fim de se adquirir uma oferta eficiente e equitativa da atenção à saúde. Esse ordenamento é caracterizado, seja pela divisão e dimensionamento das infra-estruturas, seja pela afectação de recursos humanos e materiais, e desenvolvimento de um leque de actividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e das comunidades (Carta Sanitária de Cabo Verde, 1999).

A Carta Sanitária de Cabo Verde (CSCV) não só reflecte a situação actual do Sistema de Saúde em Cabo Verde, como também, planeia as medidas e intervenções consideradas necessárias e prioritárias a serem implementadas a

curto e a médio prazos respeitante a recursos de saúde, nomeadamente: instituição, pessoal e equipamentos médico-hospitalar. Este é vista como um instrumento para planeamento organização e administração dos serviços de saúde, bem como, do controle da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Ela constitui um plano Director do desenvolvimento nacional e local dos recursos de saúde e das interações entre os diferentes membros do sistema de saúde que constitui com uma aspiração razoável e acessível no quadro das condições geográfica, económica e social do país, um cenário alternativo flexível, no qual se poderá desenvolver o sistema de saúde de Cabo Verde nos próximos 15-20 anos.

Ainda a carta sanitária propõe como princípios de organização de serviços de saúde, a integração, universalidade, acessibilidade e planificação. A mesma assegura que a tecnologia é importante para melhorar a qualidade da atenção a todos os níveis dos serviços de saúde. No entanto, para que tenha um impacto positivo na situação sanitária, essa tecnologia precisa garantir as pré-condições de qualidade de atendimento de natureza eminentemente organizativas. “A qualidade é entendida como excelência, valor, como conformidade a critérios definidos e como satisfação dos usuários dos serviços de saúde” (Álvaro, 2011,p.20).

A qualidade da atenção prestada á saúde depende da suficiência de recursos da organização administrativa, da competência do pessoal, do processo de trabalho e, do relacionamento entre o prestador e utentes (Alvaro,2011).

Deste modo, de acordo com os objectivos do estudo, considera-se a partir da recolha de dados que o acolhimento com classificação de risco na nossa realidade conseguimos responder o objectivo descrito pela Carta Sanitária de Cabo Verde, do HAN e pelo Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012 – 2016, que preconiza a satisfação dos utentes, considerado actualmente como indicadores de qualidade de prestação de cuidados de saúde.

Para Schneider (2008) citado por Machado (2011, p.17) “o acolhimento gera as relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, pois é uma ferramenta tecnológica imprescindível no cuidado em saúde”.

Segundo a CSCV (1999) a satisfação significará uma posse positiva que origina de avaliações das diversas dimensões dos cuidados de saúde e que traduz uma reacção receptiva e emocional do utente perante os distintos componentes da prestação dos cuidados e estrutura, o processo e os efeitos dos cuidados, comentando ainda que a satisfação dos utentes deve ser incluída como um factor de avaliação da qualidade dos cuidados.

Mediante esse cenário, as apreciações definidas pelos utilizadores devem estar incluídos nos programas de avaliação e seguimento da qualidade, ao lado da avaliação técnica, protagonizada principalmente pelos profissionais, pois possibilita saber em que medida, e, com que variabilidade se está a atingir um objectivo da própria prestação e conhecer a qualidade da relação terapêutica; evidenciando disfunções a corrigir, aquelas que apenas serão conhecidas se questionados os utentes. Também estar atento às alterações de valores e expectativas das pessoas face ao processo de prestação para se poder redefinir critérios e padrões de actuação.

2.1.4 Sistema Nacional de Saúde

Os sistemas de saúde independentemente de países ou sociedades, têm como objectivo principal melhorar o estado de saúde da população. Devendo, para o efeito, colocar à disposição dos cidadãos serviços adequados. Neste sentido, a prestação de serviços é de responsabilidade dos sistemas de saúde, resultando de uma articulação entre os recursos financeiros, humanos, materiais e medicamentos, visando ser eficiente, eficaz e efectivo (Furtado, 2008).

O SNS tem como objectivo promover e assegurar a melhoria do estado de saúde da população, cobertura, qualidade e eficiência dos serviços e satisfação da procura (Delgado, 2009).

2.1.5 Sistema Nacional da saúde (SNS) de CV

A população Cabo Verdiana era de 434 625 habitantes em 2000, aumentando para 491.575 habitantes em 2010 o que representa uma taxa de crescimento médio anual de 1,23%, com uma forte concentração no meio urbano 62% (PNDS,2012).

O Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde alcançou progressos significantes após a independência do país, cumprindo a sua missão de promover o bem-estar físico, mental e social das populações e garantir cuidados de saúde a todo cabo-verdiano. O progresso positivo dos indicadores de saúde afirma os ganhos adquiridos, situando Cabo Verde numa posição apreciável na nossa sub-região e contribuindo para a categoria do país de desenvolvimento médio (PNS,2007).

A análise do sistema de saúde cabo-verdiano mostra igualmente que, neste momento, ela se encontra em processo de reforma, decorrente em grande parte da constatação dos problemas já descritos.

Neste âmbito, emergem como prioridades da reforma: a) o reforço dos centros de saúde, com prioridades para as zonas rurais e peri-urbanas; b) reforço dos hospitais de referência; c) aumento da capacitação dos recursos humanos; d) reforço da capacidade de planeamento, organização, gestão e avaliação; e) reforço dos programas prioritários; e f) reforço da participação da comunidade (PNS,2007).

Em Cabo Verde, a Política de saúde do SNS sustenta como princípios: Serviço Nacional de Saúde geral e universal, solidariedade garantindo o direito ao acesso e a participação para o financiamento dos cuidados de saúde, defesa da equidade na distribuição dos recursos e utilização dos serviços, salvaguarda da dignidade humana dos utentes e prestadores, salvaguarda da Ética e deontologia profissionais e a participação dos utentes (PNS,2007).

Em relação as instituições prestadoras de cuidado o SNS dispõem de dois Hospitais Centrais; três Hospitais Regionais; vinte e dois Centros de Saúde; trinta e quatro Postos Sanitários; cento e dezassete Unidades Sanitárias de Base (USB);

cinco Centros de Saúde Reprodutiva (saúde da mulher e da criança) e dois Centros de Saúde Mental. A cobertura da rede de estruturas de saúde é de um (1) estrutura por 9.000 hab., excepto as USB, (PNS,2007).

2.1.6 Visão estratégica para 2020

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) enfrenta algumas dificuldades resultante dos novos desafios derivados das mudanças registadas no perfil epidemiológico do país, às crescentes expectativas dos cabo-verdianos em matéria de saúde, assim como à deficiência de recursos para fazer face a procura do sector de saúde. A magnitude de tais desafios pressupõe a necessidade de medidas urgentes ligadas num programa de reforma que faculte a melhoria do cumprimento do sector da saúde, para uma maior satisfação das necessidades dos cidadãos.

Cabo Verde tem como visão do desenvolvimento de saúde, no horizonte do ano 2020, garantir a saúde da população cabo-verdiana, construindo num contexto socio-económico favorável, um serviço nacional de saúde universalmente acessível, eficaz e equânime (PNS,2007,p.22).

2.1.7 Problemas de saúde da população

O progresso dos indicadores de saúde aponta que Cabo Verde se encontra num estágio de transição epidemiológica, caracterizada pela coexistência duma incidência significativa de doenças infecto-contagiosas característica do país pouco desenvolvido, actualmente o país representa novos desafios para o Serviço Nacional de Saúde a ocorrência crescente de doenças degenerativas tais como os acidentes vasculares cerebrais, os tumores e as doenças do aparelho circulatório os traumatismos por acidentes de Viação, entre as principais causas de mortalidade (PNDS,2012).

2.1.8 Problemas do serviço nacional de saúde

A (PNS, 2007,p.11) salienta-se, como problemas de saúde de CV:

1. Uma deficiente organização da rede hierarquizada por níveis de prestação e por tipo de estruturas;
2. Uma distorção do conteúdo funcional previsto para cada nível, conduzindo à confusão de funções e de práticas e à perda gradual da coesão do sistema;
3. A população da Praia e de Mindelo, cerca de um quarto do país, não é servida por uma rede adequada de Centros de Saúde de atenção primária, o que a leva a procurar esses cuidados no hospital central respectivo;
4. Um sistema de referência e contra-referência deficiente por ausência de normas estruturantes;
5. Ausência de uniformidade nos equipamentos e aparelhos existentes nos estabelecimentos da mesma categoria da rede, seja de cuidados primários de saúde seja hospitalar, condicionada pela sua aquisição através da ajuda internacional.

Esta percepção se alinha com Morishita et al. (2009) citado por Machado (2011) referindo que a falta de conhecimento dos utentes em relação à missão do serviço de urgência e emergência, bem como ao atraso e a limitação dos agendamentos na rede pública de saúde, faz com que os mesmos procurem este serviço na certeza de encontrar médicos e enfermeiros durante 24 horas e procuram a urgência na expectativa das suas necessidades serem resolvidas num curto espaço de tempo. Frente a essa situação, a reforma do sector da saúde de Cabo Verde pretende promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde, melhorar o desempenho das estruturas e dos profissionais, melhorar a gestão dos recursos humanos, assegurar a sustentabilidade financeira, elevar o nível de humanização dos serviços com particular ênfase no atendimento, ou seja, ganhar a batalha da qualidade e satisfazer as necessidades dos utentes (PNS,2007 & PNDS, 2012).

O SNS assenta como desafio para melhorias de cuidados os seguintes:

- Acesso aos cuidados de saúde especializados no lugar certo dentro da rede, no tempo certo, e na medida certa;
- Estabelecimento de um pacote mínimo de cuidado compatível com o perfil demográfico e epidemiológico do país;
- Eficiência da prestação de cuidados e de sua sustentabilidade com a introdução de padronização de práticas promocionais, curativas e de reabilitação;
- Melhoria na qualidade das prestações, através da introdução de protocolos clínicos;
- A melhoria do sistema de informação sanitária;
- Melhoria na gestão dos serviços de saúde com a incorporação de profissionais de gestão e ferramentas modernas de gerenciamento;
- Organização dos serviços de saúde em redes com vista a obter economia de escala (regiões sanitárias);
- Adopção de política de humanização nos serviços de saúde (PNS,2007).

2.1.9 Hospital Central (HC)

No horizonte da melhoria das capacidades organizativas e de gestão dos Hospitais Centrais, em 1993 foi publicado, o Decreto-Lei n.º 14/93, de 15 de Março, que aprovou o Estatuto Orgânico dos Hospitais Centrais de Cabo Verde, ao qual veio dotar os hospitais centrais de autonomia adequada, ao tempo, à sua situação de centros de referência para a prestação de cuidados mais especializados.

Segundo o Artigo 4º do Estatuto Orgânico dos Hospitais Centrais de Cabo Verde (2005,p.2) identifica como atribuições dos hospitais centrais:

- a) Prestar cuidados de saúde especializados, curativos e de reabilitação, em regime de urgência, consulta externa e de internamento;

- b) Prestar apoio técnico aos demais serviços e unidades de saúde;
- c) Funcionar como centro de referência para as prestações de cuidados diferenciados e na evacuação de doentes;
- d) Participar nas acções de medicina preventiva e de educação para a saúde;
- e) Organizar a formação contínua dos seus profissionais de saúde;
- f) Colaborar no ensino e na investigação científica em diferentes áreas de interesse para o país, designadamente através da realização de internatos médicos e de cursos e estágios para profissionais de saúde;
- g) Servir de centro de formação inicial e de aperfeiçoamento para quadros paramédicos.

Ainda citando a CSCV o HAN pertence ao Região Sanitário de Santiago Sul abrangendo as delegacias de saúde de Praia (que actualmente corresponde aos municípios de Ribeira Grande de Santiago e Praia), Domingos e servindo de referência privilegiada (evacuados) a Maio e parte das Delegacias de Saúde da Brava, Sal e Boa Vista, com sede na cidade da Praia. Aponta ainda, que um hospital deste tipo não deve ter menos de 200 camas sob o risco de não poder assegurar, convenientemente, serviços diferenciados ou então que seja dimensionado na base de duas (2) camas por mil habitantes.

Os Hospitais Centrais devem poder organizar as seguintes áreas de prestação de cuidados de saúde, tais como: atendimento de referência e atendimento de urgência/emergência (CSCV,1999).

Em Agosto de 2011, o HAN fez um análise de diagnóstico organizacional para saber quais eram os pontos fortes e fracos da instituição e o que era preciso ser melhorado para a prestação de um serviço com mais qualidade.

Com base neste diagnóstico e nas orientações do Plano do Governo, a Direcção do HAN alinhou o seu plano estratégico para os próximos quatro anos que visa prestar aos utentes um serviço com mais eficiência e eficácia (HAN,2011).

2.2. Caracterização dos Serviços Hospitalares

Esta parte aborda de uma forma resumida a caracterização dos serviços Hospitalares do HAN, nomeadamente o perfil do Hospital, os leitos e o rácio, o internamento, recursos humanos principalmente os médicos e enfermeiros, plano estratégico para 2012-2014 e Serviço de Urgência Adulto. Esses aspectos são relevante no contexto deste estudo e constituem elementos que servirão de base para a melhor compreensão do campo de estudo/ HAN. Para melhor compreensão do local de estudo a (Figura1) ilustra a organograma do HAN.

O Hospital Dr. Agostinho Neto localiza-se no centro histórico da cidade da Praia - Cabo Verde, na região Sudeste da ilha de Santiago zona do Plateau, pertencente a freguesia da Nossa Senhora da Graça. Este Hospital para além da população deste concelho serve ainda de referência para toda a população de CV quando é necessário, ou seja, é o Hospital de referência dos Cabo-Verdianos. O Hospital Central da Praia – HAN é a maior unidade Hospitalar em Cabo Verde, uma entidade pública empresarial, sob tutela do Ministério da Saúde, responsável por serviços de grande relevância social cedendo assistência integral, prestando cuidados de saúde diferenciados a população de Região Sanitária Santiago Sul (RSSS) com cerca de 153.735 habitantes (ver Tabela1). Este Hospital tem como extensão o Hospital de Trindade, onde são prestados os atendimento e internamentos dos utentes psiquiátricos, a capacidade oficial do HAN é de 348 camas para internamento, nas valências de Medicina, Pediatria, Maternidade (Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia), Cirurgia, Orto-traumatologia e Trindade “enfermaria Psiquiátrica” (HAN,2012).

Os Hospitais Centrais (Praia e Mindelo) prestam cuidados de saúde que competem nos três níveis de complexidade dos cuidados de saúde e, seguramente irão continuar a prestá-los. Face à avaliação de que entre 60 a 75% do atendimento no HAN é primária e secundária, porque a maioria das populações dão acesso directo, pois estas não têm outra alternativa e essa atitude irá manter-se

por muito tempo, neste contexto é importante inverter a proporcionalidade como são prestados os cuidados, para dar maior peso aos cuidados terciários segundo o objecto principal de intervenção dum Hospital desse nível (CSCV,1999).

2.2.1 População atendida pelo HAN durante o ano 2010, Praia

Tabela 1- População atendida pelo HAN da Região Sanitária Santiago Sul (RSSS) no ano 2010, Praia.

Região Sanitária Santiago Sul (RSSS)	População ano 2010
Praia	131.602
Ribeira Grande de Santiago	8.325
São Domingos	13.808
Total de População/camas	153.735

Fonte: HAN,2010 e INE, 2010

Tabela 2- Total de População atendida pelo HAN (RSSS) e População considerada referencial por percentagem no ano 2010, Praia.

Região Sanitária Santiago Sul (RSSS) e População de referência	População 2010	% da Pop. Considerada
Praia	131.602	100%
Ribeira Gr. de Santiago	8.325	100%
São Domingos	13.808	100%
São Lourenço dos Órgãos	694	9%
São Miguel	716	5%
Santa Cruz	2.565	10%
HRSN	13.611	11%
Fogo	3.303	9%
Brava	173	3%
Total (População/Camas)	174.798	

Fonte: HAN,2010 e INE,2010.

De acordo a tabela acima (Tabela 2) , o universo da população atendida aumentou e abrange o valor de cerca de 174.798 habitantes (mais 21.063 hab.) (HAN,2010).

2.2.2 Recursos Humanos

O Hospital Dr. Agostinho Neto dispõe de uma equipe multidisciplinar na área de recursos humanos. Em 2010 dispunha de cerca de 692 profissionais entre os quais 102 Médicos, sendo 71 médicos especialistas e 156 enfermeiros, desses profissionais houve redução para 80 Médicos e um ligeiro aumento de 156 para 159 enfermeiros, em 2012 (HAN,2012).

2.2.3 Plano Estratégico do HAN para 2012-2016

Diante da complexidade que o HAN depara, a actual Directora deste Hospital, delineou quatro eixos estratégicos para prestar os cuidados de qualidade aos utentes que procura este Hospital, dos quais destaca-se: qualidade, humanização e segurança na prestação de cuidados; a eficiência e eficácia no desenvolvimento das actividades; articulação com os cuidados de saúde primários, numa perspectiva íntegra e complementar centrada nos cidadãos e em articulação com público privado.

Neste contexto HAN traçou alguns objectivos para esses quatros anos:

1. Ser um hospital humanizado, com qualidade na gestão e assistência hospitalar;
2. Ser um Hospital Eficiente e Eficaz;
3. Criar condições para ser um hospital de referência na costa ocidental africana nas áreas: Materno infantil e Ortopedia;
4. Ser um Hospital parceiro das universidades no desenvolvimento de acções integradas de assistência ao ensino e pesquisa (HAN,2011).

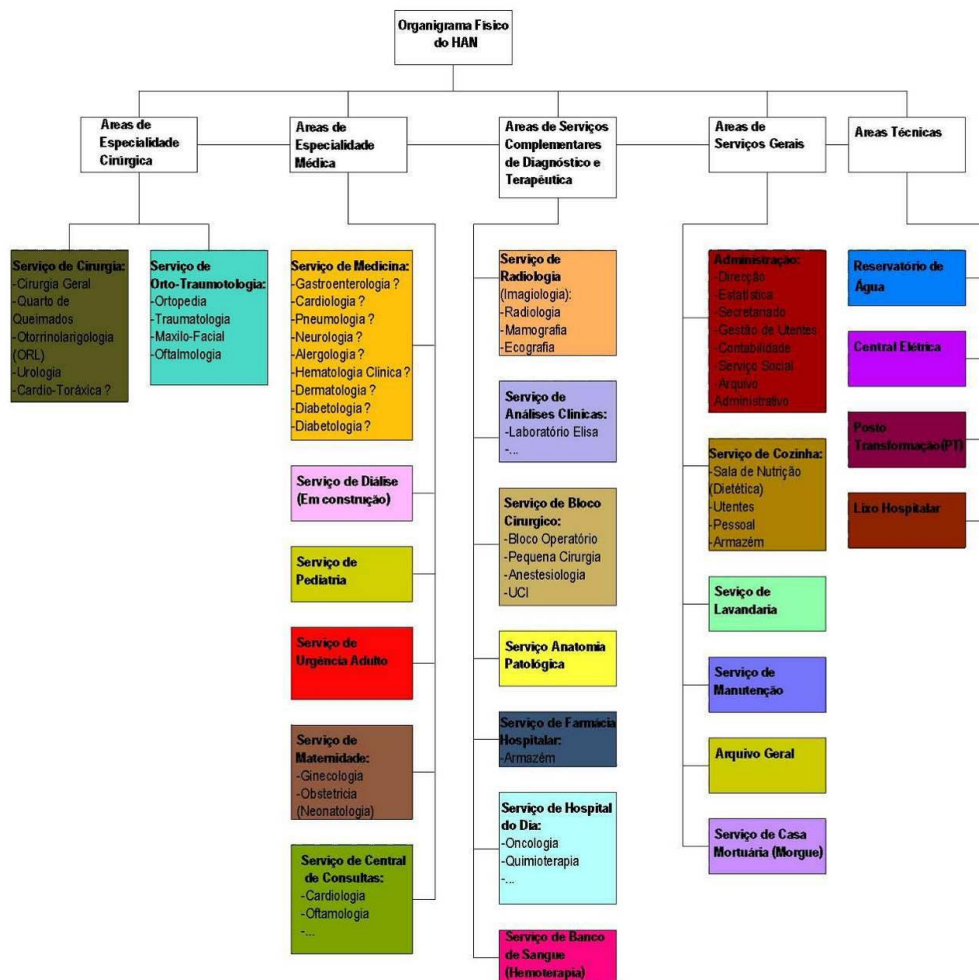


Figura 1 - Organograma do Hospital Agostinho Neto (2010)

Fonte: HAN-2011

2.2.4 Serviço de Urgência do Adulto

Caracterização do serviço do BUA

O Serviço de Urgência (SU) é a área do Serviço de Saúde mais sensível, complexa e ao mesmo tempo vulnerável. Exige a excelência capacidade individual e a colaboração articulada de todos os intervenientes, num trabalho multidisciplinar com vista a uma finalidade primária, mas também o ponto de encontro de quaisquer insuficiências do sistema e cada vez com maior grau de exigência do cidadão em defesa do seu bem-estar.

O trabalho dos profissionais neste sector é cada vez mais sujeito a forte pressão, pois, para além daquela que decorre da especificidade técnica, surge frequentemente a ameaça de responsabilidade civil e criminal por cada aparente omissão a que a comunicação social está sempre aberta. Sendo assim, importa pois aceitar o carácter dinâmico dos Serviços de Saúde de modo que o planeamento de um Serviço de Urgência esteja sempre aberto a discussão de soluções, compreendendo-se que o supérfluo de hoje será o indispensável de amanhã.

As principais causas de atendimento no serviço de Urgência do adulto no ano 2012 foram por agressões com um total de 2094, seguida de acidentes de viações com 317, acidente de trabalho com 274 e por último, acidentes domésticos com 16 casos (HAN, 2012).

Actualmente o serviço de Urgência adulto, depara-se diariamente com maior número de atendimentos dos utentes com casos não urgente, provocando maior número de reclamações pela mesma (HAN, 2011).

2.2.5 Espaço físico

Em 2001 a 2012 o serviço de urgência sofreu varias alterações em relação ao espaço físico, recursos humanos , materiais e equipamentos.

Primeira parte - A **Sala de espera** é o local onde se encontra a recepção, destinada a inscrição dos utentes, ainda neste espaço os utentes aguardam atendimentos, informações e visitas. Para melhorar a organização do serviço e humanização do mesmo, em Março de 2010, foi remodelado este espaço, com ambiente climatizado, repintada, com uma sala para polícia que funciona 24horas para atendimentos das violências, acidentes de viações entre outros casos. E garantindo segurança ao serviço, este espaço contem três frigoríficos dotados de vários produtos alimentícios para ser vendido aos utentes e trabalhadores foi aberto duas casas de banho feminino e masculino, uma televisão aberta 24/h e uma caixa de multibanco.

Segunda parte - á entrada do lado direito situa a sala de reanimação com as mínimas condições para tal e funciona de acordo com a norma existente. Do lado esquerdo, uma sala de triagem informatizado, numa sala que garante a privacidade dos utentes. Neste mesmo espaço existem três compartimentos com um total de dez macas onde se encontra os utentes que apresentam sinais e sintomas de urgência e também aqueles que aguardam em observação e internamentos quando a sala de observação se encontra superlotado.

Neste compartimento, ainda é possível encontrar um espaço com quatro cadeiras onde são colocados os utentes que apresentam urgência e aguardam os atendimentos médicos, uma sala para o tratamento dos utentes asmáticos em estado agudo, mais um quarto climatizado destinados aos utentes psiquiátricos, seguindo com dois consultórios Médicos climatizados e com dois computadores para atendimento informatizado quando seja possível, e por ultimo uma sala de pequena cirurgia e duas casas de banho para os utentes.

Terceira parte – inicia-se com as salas de observações (SO) constituídos com dez camas separadas com cortinas para diversas patologias e três salas de cuidados especiais que funciona como cuidados intensivos de cabo verde, apetrechados com quatro camas, monitores, dois ventilador, desfibrilador monofásico e um carro de urgência improvisado mas que funciona com cheklist e normas, um quarto dos Médicos destinados para descanso, uma sala de enfermagem para reuniões com um computador, sala de procedimento de enfermagem, dois casa de banho para profissionais e dois para utentes.

Ultima parte dividida por quartos: vestuário dos enfermeiros e ajudante do serviço gerais (ASG), uma copa para distribuição de refeições aos utentes e para lanche dos trabalhadores, ainda neste espaço existe duas salas de arrecadação de roupas limpas e medicamentos e um espaço para preparação dos materias para esterilização dos artigos hospitalar, visto que ainda não existi o central de esterilização.

O SUA do HAN, apoia, assegura as urgências externas e internas, cuidados intensivos de toda a RSS e os serviços de referência e depois distribuindo-se pelas seguintes especialidades (medicina interna, cirurgia, ortotaumatologia, ORL, oftalmologia, maxilofacial e estomatologia), ou seja, garante uma resposta altamente diferenciada às situações de urgência/emergência, este serviço tem uma média de atendimentos 150 utentes por dia (HAN, 2010).

2.2.6 A Triagem no meio físico da urgência segundo a reorganização do SU 2011

Segundo o protocolo de triagem implementado em 2012 os espaços físicos disponível nas urgências de ambos os centros hospitalares devem ser uniformizados, adaptando o espaço de espera por intermédio de sinalizadores com as cores relativas às prioridades da triagem (ver figura 2), que beneficiam a circulação e espera disciplinada dos utentes, e constitui uma valia mais respeitada pela actividade desenvolvido pelos profissionais. Os grupos da reorganização do SU e CS (2011) salientam que os protocolos existentes estão abertos a discussões, sugestões e alterações eventuais provenientes das entidades competentes de ambos os centros hospitalares, tendo em conta as especificidades dos respectivos serviços e do País em geral.

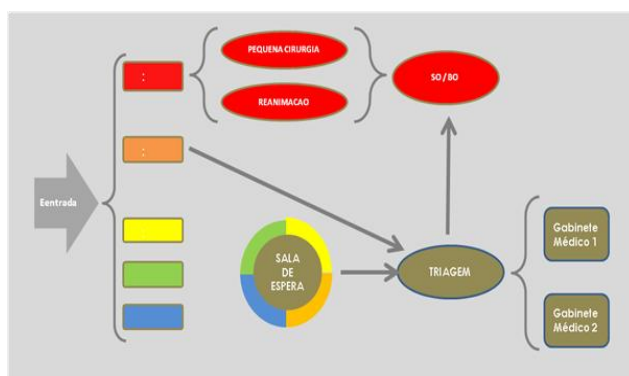


Figura 2- A Triagem no meio físico da urgência segundo a reorganização do SUA

Fonte: BUA,2012

2.2.7 Recursos humanos

Segundo o HAN (2012) existe um conjunto de recursos humanos que engloba diferentes sectores profissionais, constituindo uma equipa multidisciplinar, actualmente existe três médicos em regime de permanência (que fazem urgências programadas) e 22 médicos que integram a escala de urgência; 15 enfermeiros, desses quatro são licenciados, 15 ajudante do serviço gerais

(ASG), oito seguranças, quatro Ficheiro - (1 cada turno), quatro Condutor (1 cada turno), um auxiliar administrativo e dois assistentes sociais, que fazem parte da equipe do SUA à partir de outubro de 2012 .

O SU tem sido, ao longo dos anos, uma inquietação constante do SNS, uma vez que a privação de um modelo de funcionamento dos diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, se modifica, progressivamente, no primeiro nível de acessos aos cuidados de saúde, criando grandes disfuncionalidades no SNS. È neste sentido que os utentes se tornam em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando, em muitos hospitais, o funcionamento regular de todos os outros serviços de acção médica, de meios complementares de diagnóstico, do ambulatório e de terapêutica (Carta Sanitária, 1999 & Valdez, 2007).

Em 2002 a triagem no SUA era feito por ordem da chegada dos utentes. Tinha um enfermeiro triador que o realizava no período de manhã das oito as quinze horas e de segunda-feira a sábado. Ele também fazia triagem seleccionando as urgências a seu critério e os que não era urgência, que necessitassem de alguns medicamentos, tinha apoio dos médicos de serviço e após, encaminhava-os para o Centro de Saúde das suas residências sem observação Médica.

Portanto, nos outros turnos, fim-de-semana e feriados, a triagem ficava sob a responsabilidade de uns dos três enfermeiros que faziam os turnos da tarde, manhã, vela (T,M,V) o que era insuficiente dado a procura dos utentes.

Nesta época existia um médico que fazia turno das oito de manhã as vinte da noite, outro que entrava das vinte da noite e sai as oito de manhã, (8 ás20 H e 20 as 8H), ainda tinha um médico Director de serviço que apoiava sempre que for necessário no turno das oito as quinze horas.

Em 2004 houve aumento de números de médicos de um para dois para os mesmos turnos até 2011.

Em 2010 a enfermagem aumentou para quatros de cada turno, uma vez que a triagem ficava sobre a responsabilidade de um enfermeiro em todos os

turnos e tinha uma enfermeira que trabalhava das oito as quinze oferecendo apoio no SO (sala de observação), triagem e urgências sempre que for necessário. Portanto, tinha um total de 18 enfermeiros incluindo enfermeira chefe. É de salientar ainda, que é neste serviço que funciona a unidade de cuidados intensivos do HAN, com quatro leitos, e de todas as zonas de referência deste Hospital.

Neste período a triagem passou a ser feita em sistema informatizado com as seguintes categorias Emergente, Urgente, Pouco urgente, mas sem critérios clínicos definidos, ou seja, com ausência de normas ou protocolos (Figura,3). Ainda é de realçar que esses enfermeiros eram integrados no serviço sem uma formação prévia sobre o atendimento de urgência e a triagem, eles acabam por aprender com os enfermeiros mais antigos deste serviço. Na perspectiva de Sheehy:

O SU pelas suas características intrínsecas, a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação constante com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso, exigem do enfermeiro a actualização permanente dos seus conhecimentos teórico-prático, levando á necessidade de adoptar variadíssimos papeis, nomeadamente, a prestação de cuidados ao utente, gestão, investigação, consultadoria e apoio jurídico (2011,p.3).

Em 2011 houve uma diminuição dos enfermeiros para três de cada turno, devido a transferência dos mesmos para outro serviço e para formação fora do País, com aumento de mais um médico que oferece apoio do período de manhã (8 ás 15 H). Portanto, a assistência de enfermagem neste serviço fica cada vez mais deficitária, principalmente o serviço da triagem, porque os enfermeiros andam atarefados com os utentes que se encontram em observação nas macas, a fazer as prescrições médicas, suturas na pequena cirurgia, admissão dos utentes e principalmente se haverá emergência, neste caso a triagem fica descoberta e muitos utentes ficam sem atendimento na triagem.

Ainda é de realçar que em 2012 os números dos enfermeiros manteve e dos médicos aumentou para três médico de manhã com a chegada de um intensivista incluindo a Directora do serviço, excepto os dois escalados no turno, porem os números dos enfermeiros neste serviço é insuficiente para responder a expectativa deste serviço (Relatório do SUA, 2012).

Nesta linha de pensamento, afirma a reorganização dos serviços de urgências e centro de saúde (2011,p.3) como problemas crítico para a reorganização do atendimento e prestação de cuidados de saúde nas cidades de Mindelo e da Praia em relação as urgências os seguintes:

1. Insuficiência de recursos humanos devidamente capacitados, afectos aos Bancos de Urgências (*médicos, enfermeiros, assistentes sociais, pessoal auxiliar*);
2. Não programação de formações específicas regulares e regulamentadas para profissionais dos Bancos de Urgências;
3. Insuficiente padronização de métodos de triagem e de actuação (*protocolos de atendimento e procedimentos*);
4. Elevado número de atendimentos de situações que podem ser resolvidos nos CS's (estimado em 70%);
5. Unidade de cuidados intensivos / UCI não suficientemente estruturada;
6. Mecanismos não eficazes de marcação de consultas de casos triados como 'não urgentes';
7. Serviço de admissão hospitalar não devidamente estruturado;
8. Equipa de urgência incompleta, faltando especialidades críticas, por exemplo, a neurocirurgia.

Mediante esse cenário, para reorganização do serviço de urgência foi proposto mais recursos humanos destacando os enfermeiros, quatro para cada turno e dois enfermeiros intensivista, com a capacitação prévia na área.

Defende também, Coelho, Dias, Chaves, Anselmi, Hayashida, e Dos Santos:

que a assistência do enfermeiro em serviços de urgência e emergência envolve especificidades e articulações, indispensáveis à gerência do cuidado aos utentes com necessidades complexas, exige aperfeiçoamento científico, manuseamento tecnológico e humanização aos familiares, com representação expressiva no processo de trabalho desse profissional, assumindo importância não só devido à complexidade e particularidades de acções no cuidar, mas, também, pelos recursos materiais e humanos mobilizados, além da necessidade de interface com outros sectores do hospital e sistema local de saúde (2010,p.3).

O SUA é um serviço que, inevitavelmente deve ser entendido e analisado sob vários aspectos, nomeadamente aos recursos humanos e materiais, de estrutura, de funcionalidade e de organização. Relativamente á estrutura do SUA, traduz-se no sentido da sua construção e forma, isto é, tanto os espaços, como todos os elementos que servem de suporte para excepção de cuidados descrito anteriormente, sendo um factor, hoje em dia, de grande preocupação, quer para aqueles que os projectam, quer para os utentes /cidadãos que vão ser alvos de cuidados de saúde.

Segundo Valdez (2007) este serviço necessita de normas pré-estabelecidos de funcionamento e de prestação de cuidados, que são essências para a operacionalização do SU, devem também incluir uma série de protocolos de actuação, principalmente á interacção/coordenação de todos os profissionais de saúde, o que, na realidade são insuficientes. Igualmente a estas apreciações de ordem estrutural e organizacional, ele considera o acolhimento, a comunicação e a informação esquecidos nas prestações dos cuidados aos utentes.

Para a PNS (2007) as soluções para a resolução dos problemas associados ao funcionamento das urgências devem basear-se na reorganização dos CS e serviços de urgências. Realmente a reorganização do SU é de extrema relevância,

uma vez, que a prestação de cuidados de saúde de qualidade aos utentes que apresenta urgência depende dela.

2.2.8 Reorganização dos serviços urgências HAN, HBS e CS 2011

A superlotação dos Serviços de Urgência/Emergência dos Hospitais Centrais de Cabo Verde (HAN) tem trazido preocupação crescente entre enfermeiros, Médicos, Gestores e Administradores. A procura excessiva nesses serviços também ocorre em outros países, contudo, na maioria destes, especialmente no primeiro mundo. Muitas medidas têm sido adoptadas para minimizar os riscos para os utentes que esperam pelo atendimento médico, tais como a triagem de Manchester, pré-atendimento e acolhimento com classificação de risco. Neste sentido a comissão da reorganização dos serviços de Urgência e Centros de saúde (2011,p.4). chegaram a um consentimento geral obtido sobre a reorganização como:

- 1- A necessidade de mudanças é pertinente e terá impactos no SNS;
- 1- Alargamento do funcionamento dos Centros de Saúde até às 20 horas;
- 2- Alargamento do período de funcionamento do Laboratório de análises clínicas/ LAC das Delegacias de Saúde até às 20 horas;
- 3- A reorganização do funcionamento dos Centros de Saúde urbanos deve obedecer aos mesmos critérios e ser simultânea para todos;
- 4- O atendimento nos BU é uma actividade global e deve ser garantido por todo o pessoal de saúde colocados nas estruturas de saúde da Praia e do Mindelo;
- 5- Os médicos afectos aos Centros de Saúde continuarão a prestar serviços de urgências nos Hospitais Centrais, devendo as escalas de trabalho em regime de urgência serem elaboradas em concertação permanente entre as Delegacias de Saúde e os Hospitais Centrais;
- 6- Uma vez entrado no sistema, o paciente deve ser institucionalmente assumido (*toma konta / t'ma conta*) nas consultas subsequentes (marcar consultas seguintes, exames, etc.) até à resolução possível da sua condição;

- 7- A necessidade urgente de redefinir o papel das Centrais de Consultas e de suas reorganizações numa perspectiva de uma única Central Nacional de Consultas;
- 8- Até a reorganização das Centrais de Marcação de Consultas criar mecanismos que facilitem a marcação de consultas dentro da rede do SNS particularmente nas duas cidades (*telefones em rede fechada* entre as centrais de consultas dos diversos CS's e dos Hospitais Centrais); isso permitirá humanizar o atendimento com impactos directos e rápidos na qualidade de atendimento no SNS e aliviar os bancos de urgências;
- 9- A necessidade de acções de formação regulares e regulamentadas dirigidas aos profissionais de saúde (vacionados para a atenção primária e para a atenção hospitalar, sobretudo de urgência);
- 10- Incluir na reorganização das actividades dos CS atendimentos especializados de seguimento, daí a necessidade de partilha e optimização de recursos humanos através de visitas itinerantes regulares de alguns especialistas: radiologista, pediatra, oftalmologista, cardiologista, etc., de modo também a tornar os Centros de Saúde mais atractivos.

Diante desta problemática, em Junho de 2012 foi implementado a triagem com classificação de risco, com objectivo de uma “Solução” para a promoção da equidade do acesso dos cidadãos/ utentes aos SU, isto é, a promoção da redistribuição dos recursos que constituem os SU (recursos humanos e materiais, equipamentos e meios), de acordo com as necessidades dos próprios cidadãos/utentes do SU (MNS, 2012).

Na opinião de Pires (2010) citado por Machado (2011) Triage na Urgência/emergência não tem a intenção de recusar utentes, mas sim de organizar o fluxo do utente. Com a realização do serviço de triagem espera-se optimização do tempo e recursos utilizados, bem como o aumento na resolutividade do serviço e a satisfação do utente de saúde e a equipe multidisciplinar. No entanto para entender a utilidade da Triage de prioridade, é importante ter em consideração que a missão de um Serviço de

Urgência é o atendimento das situações classificadas entre o vermelho e a laranja (Emergente a Urgente), representativas de situações de risco para a saúde, pelo que, quanto mais grave é a situação clínica mais rápido deve ser o atendimento.

Assim, é fácil perceber que as situações clínicas mais graves devem ser priorizada no atendimento. A conjugação de esforços de todos os profissionais de saúde, é imprescindível para poder oferecer mais e melhores cuidados, correctamente dirigidos, a quem deles necessita.

2.2.9 Reorganização do serviço de urgência HAN

A reorganização do serviço de urgência do HAN foi implementada no dia 18 de Junho de 2012, com elaboração de protocolos redigidos no suporte papel embora a Triagem e o atendimento médicos actualmente é informatizado. O processo de triagem é definido neste serviço como uma ferramenta que imediatamente avalie os utentes que procuram à urgência e que posteriormente é distribuídos em grupos de acordo com as prioridades de atendimento ou com o seu risco de gravidade, suportando a qualidade e humanização assistenciais (Ramos & Jorrin, 2012).

A proposta ainda propõe-se alcançar uma base consensual de critérios técnicos de referência no processo de triagem dos utentes, imposta pelas necessidades do doente e limitada pelos recursos disponíveis na nossa realidade. Este protocolo tem como objectivo uniformizar e melhorar a prestação dos cuidados assistenciais nos Serviços de Urgência dos Hospitais Dr. Agostinho Neto (HAN) e Baptista de Sousa (HBS) respectivamente. A implementação da triagem com classificação de risco servirá como um projecto-piloto extensível em segunda intenção, aos restantes serviços de urgência do País (idem).

Tabela 3 - Níveis de classificação de risco dos utentes do SUA/HAN, Praia, 2012

Cor	Critério	Prioridade	Tempo Previsível de espera
Vermelho	Urgência	I	Sala de reanimação
Laranja	Urgência	II	30 mn
*Amarelo	Urgência	III	90 mn
Verde		IV	150 mn
Azul		V	240 mn

*Reavaliação a cada 30mn

Fonte: (BUA, 2011)

Os protocolos implementados recomendam:

- Se o utente for considerado (cor vermelha), devem ser imediatamente colocados na sala de emergência / reanimação e a sua entrada na urgência deve anunciar-se mediante um sinal sonoro próprio e o tempo de espera é zero.
- se o utente for considerado urgência grau II (cor laranja) devem ser atendidos num período máximo de espera previsível de 30 minutos, em área própria próxima ao gabinete médico dotada de cadeiras para se sentarem, e devendo o médico ser avisado da sua presença, nesta categoria deverão ser incluídos os doentes transferidos de outras instituições de saúde ou outras ilhas, acompanhados por médico ou enfermeiro durante a transferência, devem ser “entregues” ao enfermeiro da triagem e avaliados logo à chegada.
- Se o utente for considerado urgência grau III (cor amarela) prevê um tempo de espera máximo de 90 minutos. Estes utentes podem aguardar na sala de espera, sinalizada para o amarelo, onde permanecem sob supervisão contínua do enfermeiro da Triagem, e devem ser reavaliados periodicamente a cada 30 minutos, ou

imediatamente, no caso de apresentarem intercorrência clínica súbita, podendo agravar o seu grau de prioridade.

Nesta categoria incluem-se doentes transferidos de outras instituições de saúde - (ou outras ilhas), com a carta de referência e que estejam em condições de se deslocarem autonomamente; mas que devem ser triados logo à chegada à urgência;

- Se o utente for considerado a urgência grau IV (verde) aguardará na sala de espera, em área sinalizada para verde, tendo que aguardar no máximo 150 minutos, sendo reavaliados em caso de agravamento clínico;
- Se for a urgência grau V (azul), que se destina o utente considerado como não grave pelo critério de triagem, aguardará na sala de espera, até 240 minutos (BUA, 2011).

Tabela 4 - Discriminadores clínica segundo a gravidade das cores, implementado em suporte papel no SUA, HAN, Praia, 2012

URGÊNCIA GRAU I
– Paragem cardíaca
– Paragem respiratória
– Risco imediato de obstrução da via aérea
– Frequência respiratória < 10/min
– Dificuldade respiratória grave
– Pressão arterial sistólica < 80 mmHg
– Doente não reactivo ou reactivo apenas à dor - (Glasgow Scale Coma < 9)
– Convulsão em curso ou convulsão prolongada
– Doente com <i>overdose</i> intravenosa, não reactivo ou a hipoventilar
– Poli-traumatizado major - (resposta rápida organizada equipa)
– Traumatismo localizado grave – (fractura major, amputação)

URGÊNCIA GRAU II
– Compromisso da via aérea - (estridor intenso; secreções abundantes); Compromisso circulatório (Pele mosqueada, mal perfundida; Frequência cardíaca < 50 bpm ou > 150 bpm; Hipotensão com instabilidade hemodinâmica e Perda hemática significativa);
– Dor torácica de característica anginosa;
– Dor muito intensa – de qualquer causa;
– Sonolento, diminuição da consciência de qualquer causa – (GSC <13) ;
– Hemiparesia / disfagia aguda;
– Febre com prostração / letargia;
– Febre após <u>viagem para destinos de risco</u> infeccioso;
– Suspeita de <i>meningococcemia</i>
– Atingimento ocular por ácido ou <i>alcali</i> - (necessidade de lavagem) ;
– Hipertensão severa;
– Perda hemática moderada – (de qualquer causa);
– Eventos de alto risco (Ingestão de sedativo perigoso, envenenamento por substância tóxica perigosa);
– <u>Dor intensa</u> sugestiva (de pulmonar, aneurisma da aorta abdominal gravidez ectópica);
– Transtornos psiquiátricos (agitado ou violento ou agressivo; ameaça imediate ao próprio ou outros com necessidade de contenção).

URGÊNCIA GRAU III
– Redução moderada da amplitude respiratória;
– Saturação periférica de O ₂ : 90 – 95 %;
– Estado convulsivo pós-crítico;
– Febre em doente imunodeprimido (oncológico, sob corticoterapia, Diabético, insuficiente renal, HIV-SIDA, Vômitos persistentes);
– Desidratação
– Lesão da cabeça com perda breve de consciência – <u>agora desperto</u>
– <u>Dor severa a moderada</u> (de qualquer causa, exigindo analgesia;

– Dor torácica não anginosa , de intensidade moderada;
– Dor abdominal sem sinais de risco / gravidade (moderada-severa ou doente idoso > 65 anos);
– Lesão moderada de membro (deformação, laceração severa);
– Membro – alteração da sensibilidade , ausência aguda de pulso);
– Transtornos psiquiátricos (estado de prostração / agitação, Psicose aguda ou estado confusional agudo, Situação de crise, Com potencial risco agressivo - (ao próprio / ao próximo).

URGÊNCIA GRAU V
– Hemorragia pequena;
– Aspiração de corpo estranho, sem dificuldade respiratória;
– Lesão torácica, sem dor nas costas ou dificuldade respiratória;
– Disfagia, sem dificuldade respiratória;
– Lesão menor da cabeça, sem perda de conhecimento;
– Dor moderada, com risco médio eventual;
– Vômitos ou diarreia sem desidratação;
– Inflamação ou corpo estranho ocular (sem compromisso da acuidade visual);
– Traumatismo menor do membro (entorse do tornozelo, fractura eventual, laceração simples);
– Caso com indicação para investigação ou intervenção (sinais vitais normais, dor ligeira / moderada);
– Inflamação de articulação;
– Dor abdominal não especificada;
– Transtornos psiquiátricos (Transtorno mental semi-urgente para observação, e / ou com baixa perigosidade para o próprio ou outros);
URGÊNCIA GRAU V
– Dor mínima, sem sinais de complicação;
– Doente assintomático, sem antecedentes de gravidade;
– Doença estável, com sintomas menor;
– Sintomas menores de condições de baixo riscos;
– Ferimentos menores (Pequenos abrasões, lacerações menor (sem necessidade de sutura);

– Reavaliação programada (revisão de feridas e pensos, algaliação);
– Procedimentos (imunização, administração de injectáveis);
– Transtornos psiquiátricos (Paciente crónico conhecido, com sintomatologia estável, Caso social);

Fonte: HAN 2010

2.3 Protocolo de Triagem com classificação de risco recomendado pelos Enfermeiros do SUA do HAN

Com a reorganização do SU a triagem ganhou os seguintes orientações:

1. A triagem deve ser realizado pelo enfermeiro com experiência mínima de 6 meses em enfermagem de urgência e com a formação específica, com vista a aquisição dos conhecimentos que as funções exigem, documentada, na sua totalidade, numa ficha clínica do utente, eles que decidem a ordem pela qual os utentes devem ser atendidos e devem conhecer os conceitos de urgência e de emergência médica, aplicar e respeitar categorias de urgência tais como os sinais e sintomas que indicam a presença de situações de doença e/ ou lesão emergentes e urgentes;
2. O enfermeiro tem de estabelecer prioridades com rapidez pela chegada dos inúmeros utentes;
3. O enfermeiro deve possuir competência de interpretar os dados da avaliação e, simultaneamente, dar apoio ao utente e á sua família, isto é, ajuda o utente a manter uma posição correcta e dar uma melhor imagem do serviço de urgência e do próprio hospital);
4. O enfermeiro é, suposto avaliar qualquer doente que dê entrada na urgência no espaço de 2 a 5 minutos após a chegada.
5. O protocolo recomenda que o enfermeiro triador perante a avaliação do utente com risco de vida na triagem deve proporcionar a intervenção imediata relativa aos riscos identificados para as vias aéreas, respiração e circulação (ABC), e conduzir o utente á zona de tratamento adequada;

6. Ao utente, uma vez triado, é sempre e de imediato dado um cartão identificador com uma etiqueta com código de barras, que será da cor correspondente à sua prioridade de atendimento. Compete à equipa de triagem definir a necessidade de acompanhamento permanente junto do utente e deve ser identificado pelo enfermeiro de triagem;
7. É, igualmente, competência do enfermeiro de triagem, decidir se o utente necessita de condições especiais para se mover para cadeira de rodas ou maca;
8. Todos os utentes devem passar pela triagem de prioridades, inclusive os de referenciados de outros serviços de urgência, para atendimento geral ou de especialidades, os acamados, acompanhados de bombeiros ou outros socorristas, bem como os transferidos de outras instituições;
9. Os utentes portadores de alguma forma de referência para o serviço de urgência - carta do médico assistente, carta de transferência de outra instituição de saúde têm prioridade na inscrição administrativa e de triagem. Contudo, uma vez tirados, passam a gozar apenas de prioridade dentro do grau de prioridade que lhe for atribuída;
10. O enfermeiro triador deve abrir a carta de referência do utente, excepto quando a mesma vier endossada nominalmente, situação em que o doente deve ser triado com cor branca, sendo referenciado para o médico para quem vem dirigido;
11. O médico ao receber a carta de referência do utente, poderá então, se o entender, remetê-lo para retriagem, se considerar que a referência não era pessoal, sendo o utente recolocado no circuito de atendimento normal, como doente referenciado, após ser reclassificado quanto à sua prioridade de atendimento no serviço;
12. No caso específico do utente crítico que entra directamente para a sala de reanimação, ou Sala de observação, o enfermeiro triador desloca-se a este local logo que lhe seja comunicado que entrou um utente nessas circunstâncias para que, mediante informação colhida junto dos profissionais envolvidos no atendimento, possa estabelecer rapidamente o grau de prioridade do utente em questão;
13. Sempre que o enfermeiro triador necessite de se ausentar, deverá providenciar a sua substituição prévia no posto;

14. No caso de chegada de um utente falecido, o enfermeiro triador deve assinalar falecido na prioridade clínica e chamar um médico da equipa de atendimento para tomar conhecimento do facto e proceder em conformidade (Pinheiro & Silva,p.3-4,2012).

Um estudo sobre classificação de risco em pronto-socorro sobre a concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester, salienta que os enfermeiros são os profissionais indicados para avaliar e classificar o risco dos utentes que procuram os serviços de urgência, estes devem ser orientado por um protocolo pré-estabelecido, este estudo ainda recomenda a utilização de protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, por evidenciarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do utente (Souza, Toledo, Tadeu & Chianca, 2011).

2.3.1 Serviço de urgência de Adulto/HAN

Tabela 5 - Números de atendimento e internamento no SUA 2006-2012, Praia.

SUA		
Ano	Nº de atendimento	Nº de internamentos
2006	49.316	3.020
2007	51.949	3.348
2008	52.766	3.400
2009	53.798	2.146
2010	29.951	3.005
2011	54.720	3154
2012*	47.204	3.363

Fonte: *HAN, 2012, Relatório estatístico 2010 e 2011 – MS de Cabo Verde

2.3.2 Triagem com classificação de risco de Julho a Dezembro de 2012 no serviço de Urgência de Adulto, Praia.

No tocante aos números dos atendimentos de Junho a Dezembro de 2012, o SUA permanecem praticamente na mesma linha, com total de atendimento 26.618. Nota-se neste período, que há uma média mensal de 3802,6 utentes, com maiores números em Julho e Dezembro. Em relação a triagem com classificação de risco, verifica-se um total dos números de atendimento de emergência e urgência (ver Tabela, 6 e Gráfico1): Vermelho 27 (0,25%); Laranja 127 (1,18%); Amarelo 2961, (27,58%); e de não urgente: Verde 5237 (48,78%); Azul 2385 (22,21 %), verifica-se também números elevados dos utentes não identificados sobre tudo no mês de Dezembro. Relativamente ao abandono dos utentes do serviço antes do atendimento médico é relevante para o serviço, principalmente nos seguintes meses: Agosto, Setembro e Outubro foram superiores a 5% (BUA,2012).

Tabela 6 - Total de atendimento no SUA de Julho a Dezembro de 2012

JULHO	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
3995	3896	3811	3700	3641	3901

Fonte: BUA,2012

Tabela 7 - Total de atendimento por classificação de risco no SUA de Julho a Dezembro de 2012

Triagem de Prioridade					
TOTAL	VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
	27	127	2961	5237	2385

Fonte: BUA, 2012

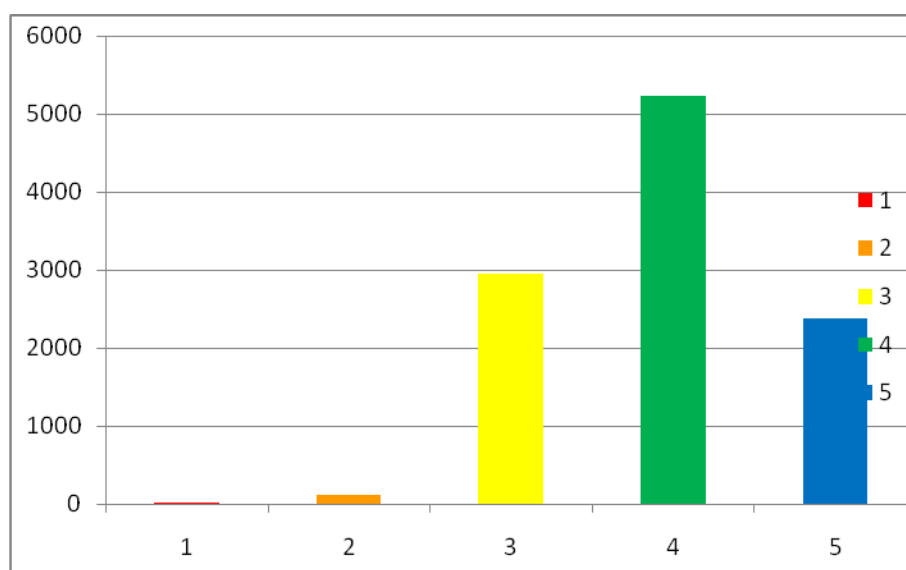


Gráfico 1-Total de atendimento por classificação de risco no SUA de Julho a Dezembro de 2012

Fonte: BUA,2012

2.3.3 Triagem de Manchester / história e evolução

Diante dos diferentes tipos de ST (Sistema de triagem), este estudo destaca como modelo conceptual a Triagem de Manchester de onde foi adaptado para a realidade existente no HAN.A utilização dos sistemas de triagem nos serviços de urgência apareceu na década de 1960 em que a procura dos serviços era em números muito superior aos recursos disponíveis. O processo de triagem evoluiu, tornando-se uma forma eficaz de separar os utentes que requerem atenção imediata dos que podem aguardar (Sheehy, 2001).

O protocolo de Manchester foi criado na cidade de Manchester, Inglaterra, em 1994 pelo um grupo pertencente à *British Accident e Emergency Physican*, e teve sua segunda edição traduzida para o português, em 2002, pelo Grupo Português de Triagem. Uns dos seus principais objectivos é facultarem a gestão clínica dos utentes e a gestão do serviço de urgência. Este sistema surgiu pelas associações mencionadas sendo constituído um grupo de consultores de emergência/ urgência, com o objectivo de estabelecer um acordo entre médicos e enfermeiros do serviço de urgência e com o intuito à criação de normas de

triagem. Esta equipa surge em virtude dos serviços de urgência serem diariamente superlotados de utentes que apresentam grandes problemas. A sobrecarga de trabalho neste serviço é variável consoante a hora e dependente do número e da condição de utentes que recorrem aos SU (Sheehy, 2001).

Naturalmente dotados de características que lhes são próprias, o STM é uma realidade actual em países como Portugal, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, EUA e Canadá. Alguns destes países são pioneiros na elaboração de ST, outros adaptam-nos às suas realidades, resultando, por vezes, daí, novos ST “Processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão, em todos os doentes que dão entrada no Serviço de Urgência” (Sheehy, 2001, p.117).

O desenvolvimento do ST surge da interacção do ST com a envolvente, que em permanente mudança, confere novas necessidades aos cidadãos/ utentes (aumento da esperança de vida com a evolução tecnológica, que resulta na admissão de cidadãos/ utentes mais complexos nos SU).

Para uma melhor resposta dos SU às novas necessidades dos cidadãos/utentes, os profissionais e gestores da saúde têm necessidade de adequar os ST às novas realidades. STM (Sistema de Triagem de Manchester) consiste num instrumento de gestão de prioridades/ categorias de urgência, que procura identificar, de forma organizada e sistematizada, os cidadãos/ utentes em situação de doença / ou lesão emergente e/ ou urgente, para que sejam atendidos primeiramente. Deste modo, a missão destes Serviços poderá considerar-se praticamente assegurada (Sheehy, 2001).

O STM trabalha com a classificação de prioridade aplicando cinco cores, cada uma representando um grau de gravidade e um tempo de espera recomendado para o utente ser submetido ao atendimento médico: vermelho (atendimento emergente), laranja (atendimento muito urgente, até 10mn), amarela (atendimento urgente- até 30mn), verde (atendimento pouco urgente- até 60mn) e azul (atendimento não urgente- podem aguardar até 240mn).

Tabela 8 - Triagem de Manchester

Cor	Critério	Prioridade	Tempo Previsível de espera
Vermelho	Urgência	I	0 mn
Laranja	Urgência	II	30 mn
Amarelo	Urgência	III	60 mn
Verde		IV	120 mn
Azul		V	240 mn

Fonte: Sheehy, 2001

Segundo esse protocolo, o método de classificação baseia-se na identificação da queixa principal, a partir da qual o enfermeiro segue fluxogramas que são orientados por discriminadores (sinais e sintomas), apresentados em forma de perguntas para facilitar o processo. Seguindo o fluxograma, no final das respostas o sistema fornece a classificação de risco do utente (Sheehy, 2001).

“A disposição em fluxogramas direccionados, estabelecida no protocolo de Manchester, facilita a avaliação do enfermeiro, oferecendo maior segurança e neutralidade ao processo de classificação (souza et al.,2011,p.6) ”.

Segundo Moreira (2010) para além da Europa, outros países como Brasil e México, também iniciaram o processo de integração do sistema de triagem de Manchester para o atendimento no serviço de Urgência.

Souza et al. (2011) afirma que a associação entre a classificação pelo protocolo de Manchester e as taxas de mortalidade e internamento no serviço de urgência apontou que esse protocolo é um valioso instrumento para a distinção entre os utentes com alto e baixo risco de mortalidade, assim como, para diferenciar aqueles utentes que não precisam de internamento e aqueles que deverão regressar para o seu domicílio.

Para, Iserson and Moskop (2007) citado por Moreira (2010,p.9):

O termo triagem é também concomitantemente empregue como sinónimo de racionalizar, alocar. Porém, estes termos são distintos. Alocar descreve uma distribuição médica e não médica de recursos e não implica necessariamente que os recursos sejam escassos. Racionalizar reporta-se a uma distribuição dos recursos mas inclui que a disponibilidade de recursos não seja suficiente para satisfazer todas as necessidades e pedidos.

A triagem foi criada nos serviços de Urgência e emergência para dar resposta ao acréscimo do número dos utentes que procura aos serviços e para determinar cuidados imediatos aos utentes que careciam de cuidados mais emergentes (Idem).

Segundo, Gouin, Gravel et al. (2005) citado por Moreira (2010) o uso de uma grande variedade ST nos serviços de emergência de todo o mundo depende das diferenças funcionais que estes mesmos serviços têm e da realidade que cada país tem para o seu sistema de saúde. Para existir uma distribuição adequada dos recursos é imprescindível o uso de um ST uniforme e apropriada a cada realidade.

Na opinião de Julie, Robyn et al. (2006) citando por Moreira (2010) a triagem é importante para diminuição da mortalidade e morbilidade pela prevenção de eventos adversos.

Para (Pires, 2010) citado por Machado (2011) triagem na emergência não tem a propósito de rejeitar utentes, mas sim de organizar o fluxo do utente. Com a execução do serviço de triagem espera-se optimização do tempo e recursos utilizados, bem como o aumento na resolutividade do serviço e a satisfação do utente de saúde e da equipe multidisciplinar. Para entender a utilidade da Triagem de prioridade, é importante ter em consideração que a missão de um Serviço de Urgência é o atendimento das situações classificadas entre o vermelho e a laranja (emergente a urgente),

representativas de situações de risco para a saúde, pelo que, quanto mais grave é a situação clínica mais rápido deve ser o atendimento. Assim, é fácil perceber que as situações clínicas mais graves devem ser priorizada no atendimento. A conjugação de esforços de todos os profissionais de saúde é imprescindível para poder oferecer mais e melhores cuidados, concretamente a quem deles necessita. (Albino, Grosseman e Riggenbach (2007) afirmam que provavelmente a classificação de risco seja a estratégia mais importante, pois permite que utentes em situações mais graves sejam atendidos.

2.3.4 Acolhimento com avaliação e classificação de risco

O acolhimento é uma acção tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/utente e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o utente como sujeito e participante activo no processo de produção da saúde. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica partilha de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções, desta forma que o diferencia de triagem, porque ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como acção que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (Brasil,2004).

Entende-se por acolhimento com classificação de risco um modo de operar os processos de trabalho em saúde assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos utentes, ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade, e quando for o caso de orientar o utentes e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (Brasil,2009).

No Brasil, para resolução do problema do aumento da procura do serviço de urgência por demanda espontânea, publicou em 2004, a Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) que recomenda o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e

produção de saúde, principalmente SU. A Classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos utentes que precisam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem conseguindo utilidade crescente no campo médico-sanitário, principalmente, a requalificação da polémica a respeito da dificuldade do acesso e da recepção dos utentes nos serviços de saúde (Teixeira, 2003).

Na perspectiva do autor citado “o acolhimento também é visto como uma espécie de “mola-mestra” da lógica tecnoassistencial” (Teixeira, 2003,p.9.)

O acolhimento no campo da saúde deve ser compreendido ao mesmo tempo, como directriz ética, estética e política integrante dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços (Brasil, 2009).

A mesma fonte considera o acolhimento como um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõem a mudança das relações profissional, utentes, rede social e profissional/ profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o utente como sujeito e como participante activo no processo de produção da saúde.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objectivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do utente com grau de risco elevado; informar o utente que não corre risco imediato, assim como os seus familiares sobre o tempo provável de espera.

Promover o trabalho em equipa por meio da avaliação contínua do processo, dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado, aumentar a satisfação dos utentes e, particularmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de

redes internas e externas de atendimento, a realização da classificação de risco separadamente não assegura a melhoria na qualidade da assistência, no entanto é indispensável delinear pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção (Brasil,2009).

Acolhimento com classificação de risco é um processo adaptado como sinónimo de triagem, este processo deve ser dinâmico, contínuo e deve incluir actividades que acalmam os utentes e seus familiares, oferecendo-lhes apoio emocional e segurança (Basilia, 2004).

As informações claras sobre tempo de espera e espaço de destino de cada utente e a orientação do fluxo, onde o mais grave é priorizado em relação ao menos grave, geram confiança no sistema (Albino et al., 2007).

Acolhimento com classificação de risco também traz informações úteis e dados estatísticos que permite políticas dirigidas sobre recursos a serem investidos. Para enfermeiro que actua na classificação de risco, é indispensável a aptidão da escuta qualificada, da avaliação, registro correcto e detalhados dos sinais e sintomas principal, de trabalhar em equipa, do raciocínio clínico e agilidade mental para as tomadas de decisões, e o conhecimento sobre os sistemas de apoio na rede assistencial para fazer o encaminhamento responsável do utente, quando houver necessidade (Souza et al.,2011).

A partir da revisão bibliográfica, vários estudos apontam alguns factores como: a falta de definições de políticas de qualidade dos serviços, baixo índice de resolatividade, bem como insuficiente estruturação da rede assistencial, ou seja, insuficiente interligação e hierarquização entre os níveis de atenção primária, secundaria e terciária contribuem, com que os cidadãos/utentes procurem atendimento em locais que reúnem, maior possibilidade de portas de entrada como os serviços de urgência e emergências hospitalares, visto que esses serviços trabalham de forma a atender as procuras de maneira mais rápidas e possuem maior condições de recursos que na atenção Primaria.

CAPITULO III- Trajectória Metodológica

Este capítulo apresenta a organização da trajectória metodológica deste estudo. São apresentados a descrição do instrumento de colheita de dados, os procedimentos utilizados durante a colheita e a forma como os dados foram analisados.

Pesquisar implica um processo composto de etapas definidas pelo pesquisador de acordo com o seu objecto de estudo. Fortin (2003,p.131) considera que “a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização de investigação”. Para a autora “A fase metodológica reporta-se ao conjunto dos meios e das actividades próprias para responder às questões de investigação ou para verificar hipóteses formuladas no decurso da fase conceptual. (Fortin, 2009,p.211).

No decurso da fase metodológica, a atenção do pesquisador é conduzida, especialmente, para o desenho da pesquisa, a escolha da população e da amostra, dos métodos de medida e de colheita de dados (Fortin,2009).

3.1. Tipo de Pesquisa

Optamos pela pesquisa qualitativa, uma vez que, pretendemos chegar as conclusões através das interpretações dos fenómenos e as atribuições dos significados. A investigação qualitativa, consiste em procurar perceber a significação das delineações que as pessoas fazem das suas experiências.

3.1.1 Pesquisa qualitativa

A nível metodológico, a investigação de natureza qualitativa baseia-se no método indutivo, porque o investigador deseja descobrir a intenção, o pressuposto da acção, estudando-a na sua própria posição significativa, isto é, o significado tem um valor enquanto inserido nesse contexto (Coutinho, 2011).

Ainda, segundo Coutinho, a pesquisa qualitativa não adota a estandardização dos comportamentos, mas sim a riqueza da desigualdade individual:

O interesse está mais no contexto do que no procedimento, razão pela qual a metodologia é determinada pela problemática em estudo, que a generalização é substituída pela particularização, a relação causal e linear pela relação contextual e complexa, os resultados inquestionáveis pelos resultados questionáveis, a observação sistemática pela observação experimental ou participante. A questionabilidade dos resultados impõe-se porque mais do que o estudo de grandes amostras interessa o estudo de casos, de sujeitos que agem em situações, pois os significados que compartilham são significados em acção (2011,p.27).

A abordagem da investigação qualitativa abarca uma gama importante de procedimentos com que a pesquisadora conta para trabalhar, ”entender/interpretar os sentidos e as significações que uma pessoa dá aos fenómenos em foco, através de técnicas de observação ampla e entrevistas em profundidade” (Turato, 2003,p.168).

3.1.2 Estudo de caso

O Estudo de caso é uma estratégia de pesquisa caracterizada pela investigação profunda e exaustiva de um ou poucos objectos, possibilitando seu amplo conhecimento, tarefa dificilmente realizável por meio de outros delineamentos (Yin, 2005).

Gil (2002) conceitualiza ainda o estudo de caso como uma inquirição empírica que estuda um fenómeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, principalmente quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidenciadas. Portanto é uma estratégia de pesquisa com dados

existentes, por meio da qual o pesquisador se concentra sobre um caso, possivelmente escolhido por seu carácter típico, a fim de compreendê-lo em profundidade.

Para Minayo (2008) os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenómeno ou episódio em questão.

3.1.3 Colheita dos dados

A colheita dos dados foi realizada por meio da observação participante e a entrevista não-diretiva segundo Fortin (2009).

3.1.4 Observação Participante

A técnica de colheita de dado escolhido neste tipo de estudo na primeira fase consiste na observação participante. “Esta implica que o observador faça abstracção do seu papel, integrando-se completamente no seu grupo social que se deu por tarefa estudar” (Fortin,2009,p.371).

“Na observação qualitativa o observador passa muito tempo no contexto a observar com objectivo de compreender melhor o fenómeno em estudo” (Coutinho,2011,p.290).

A observação foi efectuada na sala de espera, na recepção, na sala de triagem, no corredor da espera, em frente aos consultórios, na sala procedimentos e principalmente a saída dos utentes desses espaços.

Para a organização da observação participante, foi utilizado o Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde (Merhy,2007) (**Anexo 2**).

O Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde é caracterizado como ferramenta de análise que procura apresentar o trabalho com símbolos pré-determinados.

O Fluxograma é um diagrama muito usado por diferentes campos de conhecimento, com a perspectiva de “desenhar” um certo modo de organização de um conjunto de processo de trabalho entre si em torno de uma certa cadeia de produção (Merhy,2007,p.73).

3.1.5 A entrevista

Na perspectiva de Fortin (2009), a entrevista é o principal método de colheita dos dados nas pesquisas qualitativas, que consiste num modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que colhe dados e outro responde as questões que fornece a informação. Ainda para Fortin (2009,p.375), a entrevista preenche usualmente três papéis:

- 1) examinar conceitos e perceber o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes;
- 2) servir como principal instrumento de medida;
- 3) servir de complemento aos outros métodos de colheita de dados .

Segundo Turato (2003) a entrevista é uma ferramenta excelente de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de série de fenómenos, de elementos de identificação e estruturação potencial de toda pessoa entrevistado e de certo modo, também do entrevistador.

Porém, os autores pensam que a melhor forma de abordar os sujeitos da investigação, que partilham características específicas, não constituindo necessariamente um grupo, mas sim, consiste na entrevista que são os instrumentos mais usados nas pesquisas sociais, porque, além de permitirem captar melhor o que os pesquisados sabem e pensam, permitem também ao

pesquisador, observar a postura corporal, a tonalidade da voz e o silêncio (Idem, 2003).

Para Fortin (2009) existem dois principais tipos de entrevista que são a entrevista não dirigida (ou não estruturada) e entrevista dirigida (ou estruturada) e entre estes tem lugar a semidirigida que combina certos aspectos destas e que é das três mais correntemente utilizada.

A recolha de dados iniciou-se com pré-teste através da realização dos três entrevistas, que resultaram em subsequente realização do guião de entrevista mais simplificados, (**Apêndices A**), que se prenderam essencialmente com a simplificação das questões. Ainda durante a validação tivemos dificuldade em registar alguns dados no fluxograma, como idade, hora, sexo. É de salientar ainda que não foi identificado qualquer tipo de anormalidade na forma de conduta da entrevista. As entrevistas foram audiogravadas, transcritas na íntegra e analisadas na vertente representacional temática de Bardin (2011).

A amostragem para a entrevista não-diretiva se deu por saturação teórica na 17^a entrevista, momento em que as narrativas dos autores (no caso, utentes do HAN) tornaram-se repetitivas e permitiram a compreensão dos conceitos identificados pela profundidade e riqueza de seu conteúdo e teve como perguntas norteadoras: **Conte-me, o que o Sr.(a) entende por triagem? O que é atendimento de urgência para o Senhor(a)?**

3.1.6 Local de colheita de dados e cenário da pesquisa

A pesquisa teve como campo do estudo o serviço do BUA do HAN (**Anexo 1**) da cidade da Praia, Cabo Verde. O SUA constitui-se em uma das principais portas de entrada da cidade da Praia para os atendimentos clínicos, sendo também referência para outros serviços de saúde como Centro de Saúde, HRSN (Hospital Regional de Santiago Norte), S. Domingos e servindo de referência privilegiada (evacuados) de Maio e parte das delegacias de saúde da Brava, Sal e Boa Vista, com sede na cidade da Praia.

Este serviço tem várias valências e enquadra-se, a nível nacional, quanto ao nível de urgência em médico-cirúrgica. Várias valências são inerentes à urgência: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cardiologia, Pneumologia, Neurologia, Nefrologia, Oftalmologia, Otorrino, Maxilofacial. Em 2010, a triagem passou a ser feita em sistema informatizado com as seguintes categorias: Emergentes, Urgente, Pouco urgente, Não urgente, sendo os critérios clínicos definidos são: (ver Figura 3)

Emergência
 Muito Urgente
 Urgência
 Pouco Urgente
 Não Urgente

Grau de Gravidade(*):

Data Início Sintomas: 

Febre > 38 (< 7 dias)	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Cefaleia	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Dor Retro-Orbitária	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Mialgia	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Prostação	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Artralgia	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Exantema	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Dor Abdominal	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Náuseas Vômito	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Sangramento Pele	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Sangramento Nariz	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Sangramento Gengiva	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Sangramento Outro	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não		

Figura 3 - Triage Informatizada no SUA
 Fonte: BUA, 2012

Em Dezembro de 2011, surgiu uma proposta de reorganização do atendimento e prestação de cuidados de saúde nas Cidades de Mindelo e da Praia, nomeadamente Centros de Saúde (CS) / Urgências Pediatra e Adulto segundo RSU 70% dos atendimentos nos SU são situações que podem ser resolvidas nas estruturas de atenção primária. No entanto, para melhorar o atendimento e respostas nos SU, pensam em introduzir modificações no modelo organizativo e de funcionamento desses serviços (Ministério de Saúde, 2011). Nesse sentido, em Junho de 2012 foi implementado a proposta de Protocolos de Triagem baseada na classificação do risco / gravidade com cinco cores, Vermelho, Laranja, Amarelo, verde e azul, com a finalidade de uniformizar e melhorar a prestação dos cuidados assistenciais nos Serviços de Urgência de HAN e Hospital Baptista de Sousa (HBS) (idem).

3.2.7 Publico Alvo do estudo/Amostra

Fizeram parte deste estudo, após a saturação teórica, um total de 17 utentes que procura o SUA/ BUA do HAN da cidade de Praia, independente do sexo, idade, e todos os cidadão/ utente classificado com categoria de urgência e não urgente “Amarela”, “Verde” ou “Azul”, porque os que apresentam categorias de triagem “Vermelha ou Emergente” e “Laranja” são os que apresentam risco de vida, e não apresenta condições para realização das entrevistas.

3.1.8 Procedimentos Éticos e da Colheita de Dados

Todos trabalhos de investigação que estudam uma população constituída por seres humanos levantam questões morais e éticas. Portanto, em todas as fases do processo de investigação, é fundamental ter em conta os aspectos éticos que estas comportam.

Ao longo de todo o nosso estudo levamos em conta todos estes aspectos, considerando os princípios éticos de cada elemento da população em estudo, principalmente o consentimento informado e a confidencialidade (**Apêndices B**).

Neste sentido, foi elaborado um requerimento dirigido ao Conselho de Administração do HAN (**Apêndice C**), um outro ao Comité de Ética do MNS de CV (**Anexo 3**), obtendo parecer favorável, nº11 do Decreto-lei nº 26/2007. Para o mesmo efeito foi elaborado uma carta de consentimento informado (**Apêndice B**), no sentido dos entrevistados concordarem em participar da pesquisa. Para preservar o anonimato dos participantes, cada um deles foi identificado alfanumericamente entre parênteses, ao final dos trechos das entrevistas, ilustrando a apresentação dos resultados, a exemplo – Entrevista utente 1 (EU1) e sequencialmente até Entrevista Utente 17 (EU17) e os trechos recortados das observações estão expostos como OU1 a OU17 (observação do Utente 1 a observação do Utente 17).

3.1.9 Tratamento e Análise de dados

Nas pesquisas qualitativas, durante a análise dos dados, é indispensável a utilização de um olhar multifacetado sobre a totalidade dos resultados, apreciadas as observações e as entrevistas que compõem o corpus textual (Turato, 2003).

Os dados foram analisados de conteúdo, na vertente temática de Bardin (2011).

Para clarificar as etapas desenvolvidas durante a análise de conteúdo, apresentamos a seguir uma representação gráfica (Figura 4) das etapas da Análise de Conteúdo:

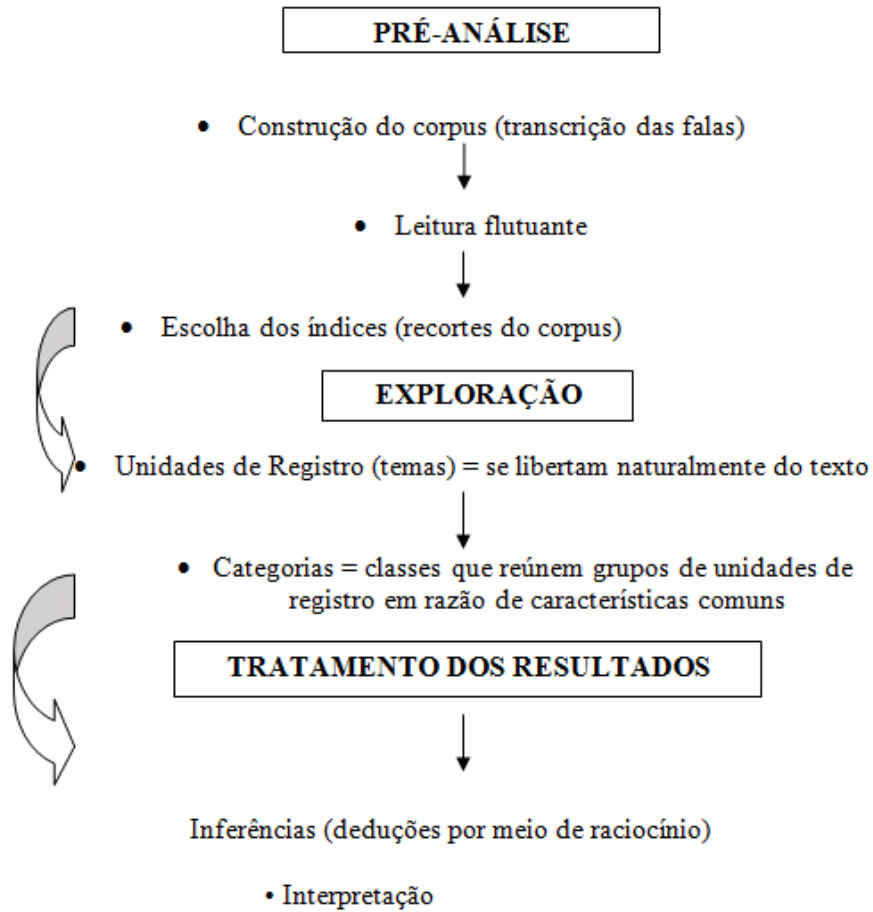


Figura 4 - Etapas da Análise de Conteúdo segundo Bardin (2011)

Fonte: Autora, 2012

CAPITULO IV – Resultados e Discussões

A partir da apresentação do delineamento metodológico do estudo, emergiram as categorias/temas de análise, as quais são descritas na próxima parte deste capítulo.

4.1 Caracterização das populações da pesquisa segundo sexo e idade, 2012.

Tabela 9 - Caracterização das populações da pesquisa segundo sexo e idade, Praia, 2012

Características das populações da pesquisa		
População da pesquisa	Sexo	Idade
U1	M	62
U2	M	20
U3	M	38
U4	F	22
U5	F	38
U6	F	44
U7	F	64
U8	F	28
U9	M	20
U10	M	38
U11	F	37
U12	M	25
U13	F	53
U14	M	14
U15	F	33
U16	F	26
U17	F	25

Fonte: Autor (2012)

Em suma, a amostra deste estudo é constituída por sete utentes do sexo masculino e dez utentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre 14 e 64 anos.

4.1.1 Análise do Fluxograma da observação participante

A colecta dos dados por meio da observação foi desenvolvida durante a estadia dos utentes no serviço de urgência e registada no fluxograma adaptado segundo Merhy (2007) (**Anexo 2**).

Dos 17 participantes, apenas quatro foi considerado urgência, mas nenhuma apresentava risco de vida, desses, dez procuraram o SU para fazer consulta, dos quais dois foram transferidos do Centro de Saúde da ASA (Achada Santo António), outro serviço da maternidade do HAN e ultimo procurou a urgência para fazer injeção de penicilina procaína.

OUI- (Observação do Utente) – utente do sexo masculino (M), 62 A (Anos), deu entrada no serviço de urgência de adulto (SUA) no dia 9/8/2012, pelas 16:45mn. No BUA foi recebido pelo porteiro que encaminhou-o para recepção onde foi feito inscrição (informatizado) pelo pessoal administrativo. 5 minutos depois foi chamada para sala de Triagem pelo porteiro onde foi atendido pela enfermeira. Na descrição, o utente afirmava sentir dor intensa na perna direita e apresentava uma ferida infectada após mordedura de insecto há três dias. O mesmo fez curativo no Centro de Saúde, no entanto, passando 2 dias não mostrava sinais de melhoria, pelo que resolveu procurar a urgência para melhor atendimento. Foi atribuído a cor verde 5mn depois teve atendimento médico, foi receitado antibiótico (Floxacilina), Ibuprofem (analgésico anti-inflamatório) ambos pela VO, e encaminhamento por escrito para fazer curativo no Centro de Saúde, depois encaminhou o utente para a sala de pequena cirurgia para observar a ferida e indicou o tratamento da ferida com soro fisiológico pelo enfermeiro.

OU2- Sexo masculino, 21 A, procurou a urgência no dia 9/08/2012, pelas 16:44mn, fez inscrição na recepção e encaminhado pela sala de triagem pelo porteiro, feito triagem pela enfermeira, o utente descrevia que sentia dor lombar do lado esquerdo há seis dias, apresentava os parâmetros vitais normais. Foi lhe atribuído a **cor verde**, passando 30mn teve atendimento médica porque havia pouca gente na urgência, foi prescrito analgésico (Diclofenac) intramuscular para dor e encaminhamento por escrito para consulta de medicina interna.

OU3 - Sexo masculino 38 A, procurou a urgência no dia 9/08/2012, pelas 17:00, fez inscrição na recepção e encaminhado pela sala de triagem pelo porteiro, feito triagem pela enfermeira, o utente dizia sentir epigastria intensa, apresentava sudorese intensa com gemido, avaliado os parâmetros vitais que se encontrava normais, disse também o uso crónico de bebida alcoólica, foi atribuído a cor laranja. Observei o utente a deambular com o tórax encurvado pela frente e gritava de dor, cerca de 20mn teve atendimento médico. Na prescrição foi receitada a glicemia capilar que se encontrava no valor normal = 140mg/dl, soro dextrose 5% 500 ml mais uma ampola de Complexo Bê EV, Cimetidina endovenosa e um Tiamina IM, cerca de 10 min após o tratamento observou o paciente melhor, ficou na observação durante 2h e foi para casa com prescrição de Cimetidina VO.

OU4 - Sexo feminino (F), 22 A, deu entrada no SU de adulto no dia 20/08/2012, as 9h, passando pelo mesmo processo das anteriores, foi chamada para sala de Triage pelo porteiro onde foi atendido pelo enfermeiro, utente refere epigastria e dor no flanco direito há dois dias e foi classificado como urgência (amarela) e aguarda atendimento médico á frente do consultório cerca de 15mn, avaliado sinais vitais que estavam dentro dos parâmetros normais, observei utente sem risco de vida, 15mn depois teve atendimento médico, foi receitada uma injeção de cimetidina endovenosa que foi administrada pela enfermeira e foi para casa com receita médica de cimetidina VO.

OU5- Sexo feminino de 18 A, procurou a urgência no dia 20/11/12 às 11:00h, acompanhada pela mãe funcionária de HAN, na triagem refere dor, prurido e edema do olho direito, com início dia anterior, mensurado os parâmetros vitais e foi atribuído a **cor azul**, passou para consulta médica, sendo diagnosticado conjuntivite, foi de alta (para casa) com a prescrição médica de analgésico e Brufem 400mg, clorfeneramina VO 8/8 e repouso para três dias.

OU6- utente de 28 anos de idade, sexo feminino, que deu entrada na urgência no dia 22/08/12 as 9:00h, fez a inscrição na recepção e foi para triagem com queixa de prurido no corpo á três dias, ardor ao urinar e corrimento vaginal de cor esbranquiçada á 4 dias, os sinais vitais normais, atribuída cor azul e foi para sala de espera aguardar atendimento Médica, as 14 horas estava aguardar atendimento médico e acaba por desistir e reclamando do tempo de espera.

OU7- utente sexo masculino 20 anos de idade, procurou a urgência no dia 22/08/2012, pelas 11:32, fez inscrição na recepção e encaminhado para sala de triagem pelo porteiro, feito triagem pela enfermeira e o utente refere dor abdominal á uma semana, apresentava os parâmetros vitais normais, refere uso crónico de bebida alcoólica, foi atribuído a cor azul, aguarda atendimento médico na sala de espera, as 14h teve atendimento médico e foi para casa com Buscopam VO e orientação verbal para o controlo no centro de saúde da residência.

OU8- sexo masculino 38 A, procurou a urgência no dia 27/08/2012, pelas 11:48, fez inscrição na recepção e encaminhado pela sala de triagem pelo porteiro, feito triagem pela enfermeira e o utente refere dor intensa e imobilização do ombro esquerdo, apresentava os parâmetros vitais normais, foi atribuído a cor laranja, foi para consultório médico, solicitado um RX do ombro, teve como diagnóstico luxação do mesmo, feito redução pelo especialista e foi para casa com analgésico.

OU9- utente de 37 anos de idade, sexo feminino, que deu entrada na urgência no dia 26/8/12 as 20:58h, fez a inscrição na recepção e foi para triagem

com queixa de dor no pescoço com irradiação para tórax um dia de evolução, os sinais vitais normais, atribuído cor azul, foi atendida pelo médico as 22:30h, prescrito analgésico IM (Declofenac), com orientação verbal para consultar no centro de saúde da sua residência. Utente foi administrada medicamento pela enfermeira.

OU10- utente 38 anos de idade de sexo feminino, deu entrada na urgência no dia 20/08/12 as 11:50h, fez a inscrição na recepção e foi para triagem referindo síndrome alérgico com prurido urticária á três dias , sinais vitais normais, atribuído cor verde, aguarda atendimento médico na sala de espera, as 12h teve atendimento médico e foi para casa com receita médica prednisalona 20mg VO para tomar de 8/8h e hidrocortizona também VO de 12/12h para tomar durante sete dias e com orientação verbal para consultar no centro de saúde da sua residência.

OU11- utente sexo feminino 64 anos de idade procurou a urgência no dia 24/08/2012, pelas 11:28h encaminhado do serviço da maternidade do HAN, fez inscrição na recepção e foi para sala de triagem, feito triagem referiu infecção urinária, sinais vitais normais, atribuída cor verde, foi atendida pelo médico onde foi medicada e foi para casa com orientação verbal para marcar consulta neurológica.

OU12- utente de 44 anos de idade de sexo feminino deu entrada na urgência no dia 24/08/2012, pelas 11:15h, fez inscrição na recepção às 12 h foi para sala de triagem com queixa de dor lombar direito há três dias e erupção cutânea há mais de uma semana, sinais vitais normal foi atribuída cor azul aguardando atendimento médico na sala de espera. Às 13:00mn teve atendimento médico, prescrito analgésico IM onde foi administrado pela enfermeira e foi para casa.

OU13- utente de sexo feminino de 53 anos procurou urgência no dia 14/09/12 pela 11:16h, fez inscrição na recepção e dirigiu para sala de triagem as

11: 40 referindo ser diabética, HTA, com trauma do pé esquerdo após queda, foi aferida a glicémia capilar com valor de 431 mg/dl (hiperglicemia), avaliados sinais vitais: TA- 114/85mmhg, TA_x-36.7c° e Fc-116bpm, foi atribuída cor amarelo, enfermeira deu conhecimento ao medico onde prescreveu Insulina rápida 6UI EV e SC mais 1000cc de soro fisiológico EV, duas horas depois foi reavaliada glicemia capilar com 331 mg/dl informado ao médico, e foi encaminhada para casa com orientação verbal para consultar no centro de saúde da sua residência.

OU14- utente de 25 anos de sexo masculino deu entrada na urgência no dia 14/09/12 pela 9:42h, também fez inscrição na recepção as 10:30 foi realizado triagem pela enfermeira, encaminhado de centro de saúde ASA por perda auditiva do ouvido esquerdo e dor no antebraço direito há 4 meses solicitada avaliação por otorrino, atribuída cor azul, foi avaliado pelo especialista e foi para casa com receita médica.

OU15- utente de sexo masculino, 14 anos de Idade, que deu entrada na urgência no dia 27/10/12 as 20:13mn, acompanhado da mãe, fez a ficha de inscrição na recepção pelo auxiliar administrativo, as 21:10 mn foi realizado triagem pela enfermeira, ele referia dor abdominal com início no dia anterior, foram avaliados os sinais vitais: TA:100/60mmHg, TAX: 36°C, Fc:88bpmn, foi atribuído a cor verde e aguarda atendimento médico na sala de espera. Às 21:30mn teve atendimento médico, foi para sala de procedimentos com a prescrição de 1 ampola Buscopam IM e Oralite para tomar em casa.

OU16- utente de 26 anos de idade, sexo feminino, que deu entrada na urgência no dia 30/10/12 as 8:00h, que também fez a inscrição na recepção e foi para triagem as 9:30 mn com queixa de cefaleia á três dias, aferidos os sinais vitais que encontra normais, atribuída a cor verde, as 13 horas foi atendida pelo médico, prescrito analgésico (Diclofenac IM), com orientação verbal para consultar no centro de saúde da sua residência. Utente foi administrada medicamento pela enfermeira, observei-a insatisfeita com o atendimento e pela

demora da mesma, alegando que o centro de saúde o atendimento é feito de acordo com a distribuição de números que são limitados que nem sempre é conseguido, e que tinha passado para o Centro de Saúde mas que a médica está a formação e outra encontrava de folga porque fez urgência no HAN no dia anterior.

OUI7- utente de 25 anos de idade, sexo feminino, que deu entrada na urgência no dia 30/10/12 as 17:00h, fez a inscrição na recepção, e foi para triagem as 20:30mn alegando procurar a urgência para fazer injeção porque o CS encontra fechado, foi realizada injeção no mesmo espaço porque a enfermeira da sala de procedimentos estava ocupado a fazer curativos. Pode se constatar a insatisfação do utente com atendimento, alegando falta de organização, que concordou com critério de atendimento com classificação de risco, mas que deviam ter em conta as pessoas que procuram a urgência para fazer injeção que são prescrito duas vezes ao dia, porque nem sempre o CS estão aberto a tarde, fim-de-semana e a noite, que o tempo perdido só para fazer injeção era desnecessário, e considera que os números de enfermeiros são insuficientes para o Serviço de Urgência com esta demanda, ainda reclamou sobre o mau atendimento prestados pelos porteiros.

É possível perceber durante a observação que alguns utentes estão insatisfeito principalmente com o tempo da espera prolongada, pela falta de informação, acolhimento, e organização, alegando que procuram a urgência por causa de falta de recursos humanos e matérias nos centro de saúde, tais como médicos, aparelho de medir glicemia e abertura do centro para fazer injeção quando é prescrito duas vezes por dia. Isto permite afirmar que há coerência entre o que dizem e o que foi referido como problemas da procura do serviço da urgência para Política de Saúde em Cabo Verde.

A insatisfação dos utentes em relação aos cuidados de saúde segundo Valdez (2007, p.47),

estão relacionados com muito tempo de espera (51,3%), falta pessoal qualificado (10,2%), uma diferença da insatisfação sobre o tempo da demora para a população do centro urbana de 62,4 % e para população rural de 38,6 %, em relação a falta de pessoal qualificada foi considerada pela população urbana como 13,5% da razão da insatisfação e 6,4% pela população rural.

Esta opinião vai ao encontro de um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás com 66 utentes sobre a percepções dos usuários quanto ao atendimento recebido no Serviço de Triagem, concluiu-se que o atendimento nestes serviços estão relacionadas ao aspectos como satisfação, rapidez no atendimento, resolubilidade, humanização, contudo, alguns ressaltaram insatisfação quanto aos encaminhamentos a outras unidades de saúde e demora nos agendamentos de consulta para especialidades (Azevedo & Barbosa, 2007).

Várias foram as impressões durante essas observações e, ainda que algumas não façam parte dos objectivos da pesquisa, julgo interessante sua exposição para maior contextualização ao leitor com o cenário pesquisado.

Primeiramente, observamos que a triagem segundo o protocolo instituído, não era praticada. A chamada dos utentes para triagem e atendimento médico são feitos pelos porteiros, os espaços físicos não estão identificados segundo a classificação de risco e, durante a triagem, observamos que nem todos os utentes foram informados sobre os critérios de atendimento (os possíveis tempos de espera). Este facto levou os utentes a ficarem insatisfeitos, observa-se que maioria não foi feita a triagem (aguardavam muitas horas para serem realizadas) porque alguns médicos não fazem atendimento sem a triagem. Percebe-se que a triagem fica somente sob responsabilidade dos enfermeiros. Ainda, os utentes que aguardavam o atendimento médico na sala de espera não foram reavaliados devido a sobrecarga dos enfermeiros, números de enfermeiros insuficiente e o espaço físico da sala espera dos utentes não urgente é

distante, ou seja, entre a sala de triagem e a sala de espera, existe uma barreira física que dificulta a visualização dos utentes na sala de espera.

Observou-se também, que existe uma discrepância entre os critérios de prioridade informatizada (ver Figura, 3) e o suporte papel (ver Tabela 4). Um outro aspecto muito relevante, foi que, mesmo com o trabalho excessivo, os enfermeiros não perderam a vontade de prestar um bom cuidado, observar os que estão nas macas em observação, cumprir as prescrições médicas, fazer admissão dos utentes, preocupados com a suspensão da triagem, reconhecendo sempre a sua importância e responsabilidade.

Este serviço não possui um fluxograma de atendimento e nenhuma referência e contra-referências instituídas. A referência e a contra-referência são ferramentas importantes de gestão nos sistemas de serviços de saúde e servem como um elo de ligação entre as estruturas da rede e os profissionais de saúde. Estes instrumentos provam o grau de confiança, transparência, qualidade e ainda ajuda na criação de vínculos e a responsabilização entre os actores nos distintos pontos em que é oferecida a assistência ao utente.

Na opinião de Azevedo e Barbosa (2007) a utilidade do serviço de triagem está especialmente em prevenir complicações e reconhecer quadros agudos que provocam risco de morte aos utentes. Para o melhor funcionamento deste serviço, é necessária a integração deste com outros serviços de saúde existentes no sistema, estabelecendo vínculos com os mesmos, para permitir o adequado encaminhamento dos utentes.

Várias vezes me questionei como aquilo era possível, pois, raramente o sector parecia “desorganizado”. Agora, como pesquisadora, tive a oportunidade de lançar um olhar externo, com maior imparcialidade, o que me deu a oportunidade de descortinar impressões antes ocultadas pela rotina fixada do quotidiano.

Como relatado na metodologia desta dissertação, o processo observacional implica que o observador faça abstracção do seu papel, integrando-se completamente no seu grupo social que se deu por tarefa estudar, e na observação

qualitativa o observador passa muito tempo no contexto a observar com objectivo de compreender melhor o fenómeno em estudo.

Entretanto, com a riqueza dos situações por mim evidenciadas e descritas deste instrumento, além da caracterização destas actividades, foi possível alcançar subsídios valiosos complementares às entrevistas. Diante disto, as anotações feitas durante as observações facilitaram realizar um complemento na discussão das categorias de análise, seja combinando com os discursos dos sujeitos nas entrevistas, ou fazendo um contraponto com estes, nos poucos casos em que as respostas divergiam do observado.

5. Analise das categorias

A partir da apresentação do delineamento metodológico do estudo, emergiram as categorias/temas de análise. O resultado apresenta **três categorias temáticas**: sendo triado pelo enfermeiro antes do médico, espaço para avaliar parâmetros bioquímicos e sinais vitais e atendimento de urgência: rapidez para salvar vidas.

Categoria 1. Sendo triado pelo enfermeiro antes do médico

Os utentes do serviço de urgência do HAN entendem que triagem é passar por atendimento de enfermagem antes de passar por atendimento médico. Na ocasião é verificado sinais vitais, colectam-se as queixas do momento, anota-se no prontuário o relatório e encaminha-se ao médico conforme os fragmentos dos discursos abaixo:

“Triage é passar pelo enfermeiro antes do médico, dizer o que esta a sentir para o enfermeiro e ele escreve e manda para o médico” (U1).

“Atendimento pelo enfermeiro, antes de ir para o médico” (U4).

“Intervenção feita antes de chegar ao médico e que pode ser feito por enfermeiro ou agente de saúde” (U6)

A triagem tem sido entendida pelos entrevistados como uma pré consulta, em que os enfermeiros fazem perguntas e anotações para posterior atendimento médico, como se resultasse em uma actividade desenvolvida para auxiliar o atendimento médico. Durante a recolha de dados observa-se que há médicos que não atendem pacientes sem a triagem e muitas vezes é devolvido o paciente de novo para enfermagem para realizar esses procedimentos. Muitas das vezes isto acontece devido a falta de pessoal de enfermagem que existe neste serviço.

Segundo (Sheehy, 2001) as funções essenciais do sistema de triagem prendem-se com a avaliação e reavaliação da queixa do utente, breve história, exame físico e avaliação dos sinais vitais.

A realidade do Serviço de urgência é que os enfermeiros triadores, não são capacitados para realizar a triagem no SUA, nem mesmo são capacitados para realizar o atendimento na emergência, antes da implementação do protocolo da triagem, isto é, acabam aprendendo na prática. Para o Ministério da Saúde de Cabo Verde, deveria haver uma capacitação apropriada e específica para esses profissionais, para que melhore a reorganização desses serviços (MNS, 2011).

Contudo, percebe-se que os enfermeiros dos SU se preocupam muito com a triagem, mas, devido ao número insuficiente do mesmo e a falta de capacitação sentem-se despreparados para prática da urgência.

Vários estudos têm sido feitos com a finalidade de compreender se existem benefícios na prática de triagem por enfermeiros ou por médicos. Os estudos de Vinha et al, Mallet et al, Albin et al e Lewis et al, (n.d.) citado por Diogo (2007) consideram o Enfermeiro, o profissional de saúde de excelência para o desempenho daquela actividade.

Os Enfermeiros reúnem as condições necessárias para a triagem dos utentes, dado serem detentores de uma linguagem clínica orientada para os sinais e os sintomas e não para os diagnósticos, conseguindo estabelecer uma relação empática fundamental na minimização de sentimentos como: a ansiedade, a

agressividade ou a impaciência explicando calmamente ao utente o objectivo do processo de triagem. Para além disso, os Enfermeiros têm uma visão da globalidade do serviço e dos recursos neles existentes, bem como do utente (Diogo, 2007).

Durante as entrevistas, observou-se utentes insatisfeitos com atendimento e a demora do mesmo, “ *alegando que se o enfermeiro explicasse bem o processo de triagem não tinha esperado das 8:00 as 13:30 hs e depois é encaminhado pelo médico para consulta no centro de saúde* (EU7, EU17).

Percebe-se que isso acontece devido ao número insuficiente de enfermeiros e a deficiente preparação do mesmo, não deixando para trás a excessiva demanda dos utentes no SUA. Segundo os dados estatísticos do Ministério de saúde, maioria dos atendimentos neste serviço, podem ser resolvidos nos centros de saúde (Ministério de saúde de Cabo verde, 2012).

A enfermeira do Acolhimento com classificação de risco segundo Valdez:

deve manter contacto e controle visual com a área de administração e sala de espera dos pacientes, devendo receber estes e seus familiares com empatia em um ambiente seguro, privado e confidencial; deve ter amplo conhecimento da escala de classificação de risco e ser capaz de fazer uma rápida avaliação clínica; deve acompanhar os pacientes ao local do atendimento e manter os pacientes e familiares informados, bem como reavaliar periodicamente os pacientes da sala de espera (2007,p.72).

Na opinião de Valdez (2007) a distribuição e concentração de profissionais de saúde nos HC atraem a procura da população para as estruturas com maior número de recursos humanos qualificados e tecnológicos.

Beveridge, Clarke, Janes et al (1998) citada por Diogo (2007), consideram o essencial no processo de triagem a capacidade de comunicação do Enfermeiro triador, a sua sensibilidade, paciência, compreensão e descrição, a capacidade organizativa e a capacidade para actuar em situações éticas.

O Enfermeiro triador é o elemento mediador do SU, detém a responsabilidade de tornar perceptível na prestação dos cuidados de enfermagem, especialmente na sala de espera para triagem, anunciar a continuidade da prestação de cuidados e comunicar os utentes sobre os objectivos do SU. Portanto o aumento de números dos enfermeiros, tanto como a formação da área são os principais passos para melhoria de prestação de cuidados de saúde no SUA (Diogo,2007).

Este pensamento vai ao encontro ao protocolo do SUA implementado em Junho de 2012 sobre a triagem recomendado pelos enfermeiros (Silva & Pinheiro, 2012).

Embora ainda este protocolo não é praticado devido a falta de recursos humanos, principalmente os enfermeiros, porque mesmo o utente alegando a falta de informação pelos mesmos, por exemplo: *”alegando que se foi explicado a cor azul atribuído, desistia da consulta” (U7)*.

Assim, na perspectiva de Morishita et al. (2009) citado por Machado (2011) a triagem é um trabalho essencial para o correcto redireccionamento dos utentes e serve para descongestionar o serviço de urgência e emergência. No entanto, deve ser realizada por profissionais qualificados, aumentando a resolutividade dos problemas dos utentes e a qualidade do atendimento complementando ainda com as mudanças estruturais e a reorganização dos vários níveis de saúde para a melhoria do atendimento à saúde da população.

Segundo Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais,

A Classificação de Risco deve ser realizada por profissional de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos, e tem por objectivos avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando os em ordem de prioridade para o atendimento médico (2011,p.2).

Segundo Julie, Robyn et al. (2006) citando Moreira (2010) a triagem realizada por enfermeiros no Serviço de Urgência/Emergência é interpretada como uma habilidade para identificar, interpretar e intervir perante alterações fisiológicas dos utentes. Ainda para o mesmo autor, a triagem é considerada fundamental na redução da mortalidade e morbidade pela prevenção de eventos adversos.

Para Tracy (2007) citada por Moreira (2010) o que acontece nos momentos iniciais da admissão de um doente no sector de emergência, ou seja, na triagem, tem efeitos directos na saúde do utente, na imagem que o mesmo constrói do Hospital e dos seus profissionais. “Actualmente os *standards* da triagem tem como objectivo diminuir a morbidade, dor, stress emocional, satisfação dos utentes e capacidade de reprodutibilidade” (Moreira,2010,p.14).

Categoria 2. Espaço para avaliar parâmetros bioquímicos e sinais vitais

Representa o significado que os utentes atribuem ao espaço físico do HAN chamado de Urgência/Emergência onde são avaliados os parâmetros bioquímicos e sinais vitais para serem classificados ou não como casos urgentes e encaminhados para tal atendimento.

“A parte de urgência /emergência onde é medido a pressão e temperatura, se não for grave, e eles solicitam exames. Eu acho que qualquer pessoa que vai a urgência é porque precisa ser visto com urgência” (U7).

“É Lugar onde é feito avaliação de sinais vitais. Depois é encaminhado para o médico”. (U8)

“Pelo que eu sei é avaliar os parâmetros vitais ou seja adiantar o serviço antes de ir para o médico” (U11).

Percebe-se que este serviço é frequentemente procurado para avaliação dos parâmetros vitais e exames complementares, principalmente para pressão arterial e glicemia capilar porque os utentes não estão conscientizados a respeito da utilização dos serviços de Urgência/Emergência, ou seja é cultura dos utentes deste serviço, principalmente os hipertensos e diabéticos devido a falta de acesso aos cuidados primários de saúde, e aos números limitados dos recursos humanos e materiais como Enfermeiros e Médicos nos Centros de Saúde.

Esta percepção vai ao encontro da PNS de Cabo Verde, afirmando que as orientações fundamentais para uma boa prestação de cuidados de saúde assentam, principalmente, na melhoria do acesso geográfico, económico e cultural das populações a esses cuidados e, por conseguinte, da cobertura, através da reorganização do Serviço Nacional de Saúde que vise:

Organizar com prioridade uma rede de centros de saúde nas cidades da Praia e do Mindelo para a prestação duma atenção primária de qualidade e reestruturar a prestação dos cuidados secundários nos hospitais centrais aí sedeados (Política Nacional De Saúde de Cabo Verde, 2007, p.27)

Para Tanabi, Yarnold, et al. (2004) citado por Diogo (2007) a avaliação dos Sinais Vitais (SV) pode fazer parte do processo de triagem, cuja alteração pode levar o enfermeiro triador a reavaliar o utente em que nível de urgência se encontra.

No que respeita à utilização do SUA pelos utentes, estes parecem não se encontrarem bem informados sobre as verdadeiras causas que os deverão levar ao SU, à existência de Centros de Saúde na comunidade, próprios para atender os utentes que não apresentam situações de doença e/ou lesões emergentes ou urgentes e referentes ao horários de funcionamento do mesmo.

Ainda é de salientar que durante a entrevista percebe-se que os investigados pensam que as alterações dos valores da glicemia e TA (por exemplo, Hiperglicemia e hipertensão consistem num “índice” mais priorizados pelos enfermeiros triadores).

Nota-se que a avaliação da temperatura, glicemia, SPO2 (Saturação de oxigénio) e a da tensão arterial na triagem foram os procedimentos valorizados tanto para os utentes, enfermeiros, como também para maiorias dos Médicos do SUA do que um bom acolhimento.

Assim, observam que, muitas vezes, os utentes ao chegarem ao consultório médico são encaminhados para triagem com a indicação por escrito, para serem avaliados os parâmetros vitais. Isto acontece porque nem todos os utentes passam pela triagem antes de ir para observação do médico por falta de pessoal de enfermagem, muitas vezes os enfermeiros encontra-se ausente da triagem para prestar cuidados aos utentes que se encontra em observação no espaço físico onde são colocados os utentes classificados como laranja e amarelo, os que se encontra internados neste espaço quando não há vagas no SO, os que aguarda transferência para o bloco operatório, principalmente os utentes com problemas psiquiátricos, dar atenção aos familiares, administrar medicamentos, cateterização das veias para hidratação, e admissão dos utentes.

Ainda é de salientar que o segundo enfermeiro passa maioria do seu tempo na pequena cirurgia a fazer suturas e curativo porque a principal causa da procura e atendimento do SUA, foi devido ao aumento de números de agressão por arma de fogo e arma branca durante 2012 (HAN,2012).

Ainda observa-se durante a entrevista grande insatisfação dos participantes da pesquisa em relação a demora do atendimento ”alegando que se foi explicado a cor azul atribuído desistia da consulta” (U7).

Percebe-se também que a insatisfação do utente esta relacionado com a falta de informação sobre o processo de triagem pelos enfermeiros. Esta deficiente

informação foi constatada realmente durante a colheita de dados e mesmo a nível nacional a informação sobre a atenção primária, atendimento de urgência, principalmente sobre o novo sistema de atendimento implementado no serviço de urgência são insuficiente. Portanto trata-se de um aspecto essencial para o bom entendimento da rede de saúde, principalmente sobre a missão do SU, tendo em conta a importância deste sistema de triagem no atendimento, bem como para a reorganização da prestação de cuidados de saúde aos nossos cidadãos/utente. Porém é indispensável que esta informação seja bem clara, pois utentes bem informados encontram-se mais satisfeitos e menos ansiosos. Os utentes procuram urgência por falta de acesso aos cuidados de saúde primário e por desconhecimento sobre a missão do SU.

Segundo (Política Nacional De Saúde de Cabo Verde, 2007):

A população da cidade de Praia e Mindelo, cerca de um quarto do país, não é servida por uma rede adequada dos centros de saúde de atenção primária, o que os levam a procurar esses cuidados no Hospital central. Relativamente a isso, o tempo de espera nos corredores e salas de espera do SUA são sempre momentos de aflição para os utentes e seus acompanhantes.

Categoria 3. Atendimento de urgência: rapidez para salvar vidas

Os utentes consideram que todo atendimento que adentram o espaço físico hospitalar da urgência é risco de morte e necessita atendimento imediato:

“ [...] é quando alguém está a sentir que está a morrer, então tem que passar para urgência, para receber um atendimento rápido”. (U1)

“É aqui onde eu estou agora, o lugar com atendimento mais rápido “ (U3)

Quando alguém apresenta, por ex, ferida, queda e que deve ter um atendimento mais rápido” (U4)

“Quando um paciente chega com um sangramento ou um trauma e recebe um atendimento de urgência, rápido” (U10)

A maioria dos utentes deste serviço apresenta dificuldade em compreender o que é a urgência. Há um entendimento do senso comum de que qualquer pessoa que procura o SU deve ser atendido e que esse atendimento deve ser realizado por ordem de chegada, como um serviço ambulatorio. Entretanto, outros entendem que urgência é para atendimento rápido, para salvar vidas. Depreendemos que o entendimento acerca da urgência para os utentes é subjectivo, isto é, qualquer pessoa pode considerar grave ou urgente a sua situação de doença por isso que eles dirigem-se directamente ao SU.

Em face desse cenário, é relevante realçar que os significados de urgência para os profissionais e para os cidadãos/utentes são diferentes, como também são distintos as definições da doença e saúde em conceitos biomédicos e nas representações e práticas, que diversificam conforme segmentos e culturas da sociedade. Para os profissionais de saúde, as urgências estão relacionadas às patologias que comprometem a vida ou função vital indispensável dos utentes, enquanto os utentes, relacionam-se as necessidades diversas como: sofrimento, angústia, dor, abandono, ansiedade, que solicitam ajuda e/ou assistência, com solução imediata a uma dificuldade temporária (Garlet, Lima, Santos & Marques,2009).

Os cenários relatados indicam contradições em relação ao conceito de que a todos os utentes será garantido o atendimento nos serviços de saúde, de acordo com a complexidade tecnológica, que deverá estar organizada de forma regionalizada, hierarquizada e regulada (PNSCV, 2007).

O conceito de Urgência é tido como sendo uma situação de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo utente dependa de assistência médica /enfermagem imediata (Martins et al., 2009).

Vale destacar que, durante as entrevistas, as percepções dos utentes quanto ao atendimento recebido no SU estão associados aos aspectos como satisfação, rapidez no atendimento, resolubilidade, humanização.

Ainda, no decorrer da colheita de dados, alguns utentes ressaltaram insatisfação quanto aos encaminhamentos a outras unidades de saúde e demora nos agendamentos de consulta para especialidades, as dificuldades de acesso podem estar relacionado a um conjunto de factores tais como a quantidade excessiva de utentes para serem atendidos num mesmo local, aumentando o tempo de espera; a longa distância entre o domicílio e o serviço de saúde; recursos humanos e materiais deficitários.

Para a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências (2006) citado por Diogo (2007) a procura dos SU deve-se também à grande confusão de definições entre Serviço de Atendimento Permanente (SAP) e Serviço de Urgência (SU). O primeiro constitui um recurso para o atendimento não planejado em horário alargado, e o segundo, o local adequado para a abordagem das situações emergentes e urgentes. A comissão considera que a ignorância destes conceitos modificou o SU em unidades de resposta a todo o tipo de “sofrimentos” e “problemas”, deturpando a missão do SU e superlotando o mesmo com casos não urgente, que colocam em causa o bom funcionamento.

Ainda é de salientar que, a percentagem dos utentes que procura o SU com procura espontânea é grande que ainda muitas medidas terão que ser tomadas no futuro, principalmente a sensibilização para os utentes/cidadãos mudar as suas culturas e a recorrer em primeiro lugar os Centros de Saúde, e também a uma melhor organização dos CS segundo proposto nos objectivos da Reorganização dos SU pelo MNS principalmente os meios técnicos nos CS. No decorrer da

recolha de dados observa-se que a maior parte dos casos que procuram o serviço de urgência e emergência não são graves, porém, são responsáveis pela superlotação.

Na opinião de Morishita et al. (2009) citado por Machado (2011) a falta de conhecimento dos utentes em relação à missão do serviço de urgência e emergência, bem como ao atraso e a limitação dos agendamentos na rede pública de saúde, faz com que os utentes procurem este serviço por se tratar de um sector que irão encontrar médicos e enfermeiros durante 24 horas e os utentes/cidadãos procuram o atendimento de suas necessidades em curto espaço de tempo.

Durante a investigação foi possível identificar procuras de utentes provenientes do próprio Centro de Saúde e de outros serviços da rede municipal, que, não alcançando a resolução dos seus problemas de forma integral, procuraram o SU para complementar o que já havia sido iniciado. Essas procuras foram constatadas, tanto para atendimentos médicos, quanto de enfermagem no Serviço de triagem para avaliação (TA, glicemia capilar, nebulizações, aplicação de injectáveis, mudança de sonda vesical e injeção IM, principalmente penicilina procaína) e procura de receita de medicamentos em relação aos utentes crónicos.

Um estudo sobre avaliação dos serviços Hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro aponta que a principal causa de superlotação nos 24 serviços urgências e emergências, foi o atendimento aos pacientes com problemas ambulatoriais. Em 60% desses (n=14), houve referência espontânea à falência da rede básica como determinante da superlotação (O'Dwyer, Matta & Pepe, 2008).

Percebe-se que a triagem é vista como um dos princípios do cuidado de urgência e emergência sendo que, a classificação de risco distingue-se do tradicional conceito de triagem e suas práticas de exclusão, uma vez que todos os utentes serão atendidos. Seu principal objectivo é identificar prioridades de saúde e é essencial em qualquer serviço que haja a procura excessiva dos cidadãos/utentes.

O processo de triagem com classificação de risco é indicado pelo enfermeiro, previamente capacitado e deve ser dinâmico e eficaz. Segundo a metodologia de Manchester, fazer triagem de prioridades é identificar critérios de gravidade, de uma forma objectiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido, baseado nos problemas identificados e o respectivo tempo recomendado até ao início do primeiro atendimento médico através de um respectivo fluxograma de decisão e não se trata de estabelecer diagnósticos.

No serviço de triagem o utente deve ser avaliado de forma integral para que se identifique que tipo de atendimento é necessário, sabendo que a maioria da procura deste serviço não são casos de urgência, para isso, o utente deve ser visto como um todo, respeitando sempre o conceito de saúde recomendado pela OMS e a Constituição da Republica sobre os direitos á saúde dos cidadãos/utentes, porque eles precisam estar em sincronia consigo mesmo em todos os aspectos físico, mental, espiritual e com o mundo que o rodeia, pois a doença é uma consequência do desequilíbrio e da divergência destes elementos, causando em uma manifestação biológica de enfermidade.

São factores limitantes desse estudo, algumas dificuldades no inicio de colheita de dados sobre a compreensão por parte dos utentes sobre a linguagem técnico, o que foi ultrapassado com a formulação do questionário e a validação da resposta do crioulo para português, deficiente registo sobre a triagem com classificação de risco no SUA e falta de estudo sobre o tema em cabo verde dado que um tema novo. Para complementar este estudo tenho com futuros estudos a Percepção dos Enfermeiros e Médicos a partir da implementação de triagem com avaliação e classificação de risco, uma vez que se trata de uma tecnologia nova em fase de implementação em Cabo Verde, e é uma área que carece dos estudos sobre a temática.

CAPITULO VI – Considerações finais

Pode se dizer que o objectivo do presente estudo foi alcançado, uma vez que o uso do estudo de caso e da observação participante e entrevistas como metodologia e técnica de colheita de dados respectivamente, permitiram compreender o processo de triagem e atendimento de Urgência do Adulto no Hospital Agostinho Neto (HAN) na perspectiva dos utentes, como subsídio para gestão de cuidados e reorganização do serviço de saúde dos Cabo-Verdianos. A partir da análise da observação participante, por meio do fluxograma de saúde adaptado segundo Merhy (2007), em relação a triagem com classificação de risco, concluímos que a maioria dos atendimentos neste serviço é classificada como prioridade verde e azul (urgência grau IV e V), e que poderiam ter resolutividade na Atenção primário/ Centros de Saúde.

Verificou-se também que aos utentes em geral compreendem o papel do Serviço de Triagem e atendimento de urgência, diferentes do conceito Hospitalar, isto é, existe fortemente a cultura de que no serviço de urgência o atendimento é mais rápido e com mais condições em termos de recursos humanos e materiais.

Pode-se observar a insatisfação dos mesmos em relação a demora do atendimento, a falta de informação sobre a triagem de prioridade e encaminhamento para o Centro de Saúde, justificado pela falta de médico no domicílio e abertura do mesmo a partir das 15 horas.

Durante este estudo pode-se constatar que não foi realizada a triagem à um grande número de utentes que procuraram o serviço durante o período do estudo.

Este fato se deve principalmente a ausência de enfermeiros triadores, falta de identificação das prioridades na ficha de atendimento e abandono do serviço antes do atendimento.

Por fim, notou-se a falta de concordância do uso de protocolos institucionais, bem como a ausência de referência e contra-referencia, a deficiente interligação entre os cuidados primários e o SUA.

Mediante a análise dos discursos evidenciaram-se três categorias temáticas que elucidam o conhecimento dos utentes sobre o processo de triagem e atendimento no serviço de urgência no HAN: Sendo avaliado pelo enfermeiro antes do médico, espaço para avaliar parâmetros bioquímicos e sinais vitais e por fim o atendimento de urgência como rapidez para salvar vidas.

Ainda concluímos a partir da revisão bibliográfica que os enfermeiros são os profissionais mais indicados para classificar o risco dos utentes que procuram os serviços de urgência e emergência, devendo ser capacitados, experientes, assim como deve ser dada autonomia para solicitação de exames e administração de medicamentos previamente estabelecidos em protocolos locais.

Por outro lado evidenciou-se a partir dos resultados que a procura do atendimento e a superlotação nos serviços de urgência estão relacionadas aos aspetos como satisfação, rapidez no atendimento, resolubilidade, humanização.

Contudo, alguns ressaltaram insatisfação quanto aos encaminhamentos a outras unidades de saúde e demora nos agendamentos de consulta para especialidades. Referem também, que o serviço de urgência é utilizado como um refúgio dos serviços de saúde primários, prejudicando o atendimento dos casos considerados urgentes, uma vez que o excesso da procura conduz acúmulo de tarefas, com conseqüente sobrecarga de trabalho para todos os profissionais, bem como contribuem para o aumento dos custos hospitalares e utentes/cidadãos insatisfeito.

Pretende-se com o resultado dessa pesquisa e a partir da compreensão dos utentes acerca do actual serviço de triagem, propor ao Ministério de Saúde de Cabo Verde (MNSCV) a implantação do acolhimento com classificação de risco no Serviço Urgência de Cabo Verde e Centro de Saúde de CV como processo de reorganização da assistência e prestação do atendimento acolhedor e humanizado, pois, os problema ora apresentados com a prestação de cuidados primários, tanto em recursos humanos como materiais, põe em causa a missão deste serviço.

Portanto para que os utentes recebam um atendimento eficaz e rápido, é necessária a implantação do acolhimento com classificação de risco, que é uma

tecnologia leve e considerada actualmente uma ferramenta que permite melhorar a gerência do serviço de urgência, contribuindo para garantir o acesso adequado dos utentes, diminuir tempo de espera, diminuir riscos de vida e melhorar a qualidade do atendimento e utentes satisfeitos.

Como resultados podemos recomendar:

1. Oferecer espaços formais para reflexão sobre a realidade Cabo-Verdiana no que refere a demanda de urgência como porta de entrada de sistema de saúde, a insatisfação dos utentes, tempo da demora e a sobrecarga do serviço;
2. Criar protocolos com discriminador clara e informatizado para realização de triagem que facilita os enfermeiros na tomada de decisão;

Quanto ao processo de triagem:

1. Deverá ser realizado por enfermeiros experientes e devidamente capacitados e levar em conta sempre os enfermeiros recém-formados;
2. Aumentar os recursos humanos, principalmente os enfermeiros;
3. Criar o serviço de cuidados intensivos para descongestionar o serviço de urgência;
4. Determinar um modelo de fluxogramas de atendimento no SUA;
5. Informar os cidadãos/utentes através das Mídia, Rádio e Televisão sobre a função do serviço de urgência;
6. Promover a utilização das técnicas de comunicação no momento da triagem, mais precisamente na realização das questões e interpretação das mensagens emitidas pelos utentes;
7. Fomentar um período de integração significativo na actividade Triagem/acolhimento junto de enfermeiros triadores experientes e treinados;
8. Realizar auditorias internas e externas dos processos de triagem;
9. Agendar reuniões formativas dos auditores com os enfermeiros triadores, de modo a realizar-se um acompanhamento contínuo desta actividade;

10. Impulsionar a crítica e sugestão na aplicação do STM, com vista a uma possível mudança;
11. Construir e implementar um ST a aplicar nos CS, que permita triar os cidadãos/utentes que a ele recorrem e encaminhar os mesmos, se necessário, para o SU;
12. Planear, organizar e oferecer mais e melhores condições no CS, no que respeita aos equipamentos, recursos humanos e materiais;
13. Informar os cidadãos/ utentes do SNS sobre a existência desses Serviços;
14. Colocar interfone na sala de triagem, consultório médico e na sala de espera para acabar com triagem de porteiro;
15. Criar, implementar e auditar a referência e contra-referência dos cidadãos/ utentes pelos médicos de urgência e dos CS, mediante estabelecimento de fluxos e transferência claros, com definição de co-responsabilidades, com objectivo de dar a continuidade do cuidado, seja em serviços de maior complexidade, seja na atenção primária para a continuidade do tratamento, visando acções de prevenção da doença e de promoção da saúde de modo a corrigir as demandas espontâneas ainda existentes no SUA.
16. Sendo assim, a qualificação do processo de trabalho ligado ao acolhimento no serviço de urgência é fundamental para melhoria dos serviços de saúde de Cabo Verde.

Ao fim desta pesquisa interessa-se reflectir sobre a sua pertinência no reconhecimento dos aspectos a aperfeiçoar no atendimento, pois só desta forma, é possível alcançarmos ao encontro das necessidades dos utentes, aperfeiçoando os cuidados prestados e assim aumentar a satisfação com os mesmos.

CAPITULO V - Referências Bibliográficas

1. Albino, R.M; Grosseman,S; G., Riggenbach,V. (2007). *Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. Disponível em:*
<http://www.Acm.org.br/revista/pdf/artigos/523 .pdf>
2. Álvaro, E. (2011). *Informações em Saúde e Epidemiologia Gerencial*. São Paulo, Brasil.
3. Azevedo, J. e Barbosa, M. (2012). Triage em Serviços de Saúde: Percepções dos Usuários. *Revista de Enfermagem UERJ*. 15:1. 33-9. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a05.pdf>
4. Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Edições 70. Lisboa, Portugal.
5. Cabo Verde, Universidade de Cabo Verde, Deliberação Nº 003 CONSU/2012 (2012). *Aprova o Regulamento dos Estudos de Pós-Graduação da Universidade de Cabo Verde*. Conselho da Universidade de Cabo Verde. Praia: Universidade de Cabo Verde.
6. Cabo Verde, Universidade de Cabo Verde, Deliberação Nº 007 CONSU/2011 (2011). *Aprova o Regulamento dos Trabalhos de Fim dos Cursos de Graduação da Universidade de Cabo Verde*. Conselho da Universidade de Cabo Verde, Praia: Universidade de Cabo Verde.
7. Coelho, M. F., Chaves, L.D.P., Anselmi, M. L., Hayashida, M. e Santos C. B. (2010). Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18 (4) (09 telas). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_16.pdf
8. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (2011). *Competência do enfermeiro para realizar a Classificação de Risco nos diversos Pontos de atenção à saúde da população*. Disponível em: <http://www.corenmg.gov.br/anexos/Parecer%20T%C3%A9cnico%20136.2011.pdf>

9. Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. 2ª edição. Coimbra: Portugal. Almedina, S.A.
10. Delgado, A P. C. (2009). *Políticas de Saúde em Cabo Verde na década de 1980-1990: Experiência de Construção de um Sistema Nacional de Saúde*. Praia, Cabo Verde
11. Diogo, C. S. (2007). *Impacto da Relação Cidadão - Sistema de Triagem de Manchester na Requalificação das Urgências do SNS*. Disponível em: <http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/993/1/IRCSima%20Triagem%20Manchester%20na%20requalifica%C3%A7%C3%A3o%20das%20urg%C3%A2ncias%20do%20SNS.pdf>
12. Escola Superior de Saúde: Cruz Vermelha (2011). *Regulamento das Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos*. 6.ª ed. Lisboa, Portugal. REG.CPD.07.01.
13. Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
14. Fortin, M.F. (2003). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realidade*. Loures: Edições: Lusodidacta. ISBN: 972-8383-10-X
15. Furtado, C. (2008). *Governança de Sistema de Saúde em Cabo Verde – Relatório*. Organização Mundial da Saúde.
16. Garlet, E. R., Lima, M. A. D. S., Santos, J. L. G. e Marques, G. Q. (2009). *Organização do Trabalho de uma Equipe de Saúde no Atendimento ao Usuário em Situações de Urgência e Emergência. Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 18 (2): 266-72.
17. Gil A. C. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Brasil. Atlas.
18. Hospital Agostinho Neto (2012). *Relatório de Serviço de Banco de Urgência de Adulto*. Praia: Cabo Verde.
19. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde (2011). *Censo 2010*. Praia: Cabo Verde

20. Machado, S. (2011). *Desafios e Possibilidades da Triage na Emergência*. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/1045/Suelen%20Machado.pdf?sequence=1>
21. Martins, H., Zamboni, V. e Velasco, I. T. (2009). *Atualização em Emergências*. Barueri, São Paulo: Brazil. Manole.
22. Merhy E. E. (2007). *Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*. 3ª ed. São Paulo, Brazil: Hucitec.
23. Minayo, M. (2006). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo, Brazil: Hucitec.
24. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. (2009). *Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
25. Ministério de Saúde de Brasil (2004). *Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco*. 2ª ed. Brasília: Brasil
26. Moreira, C. T. P. (2010). *A Qualidade do Serviço de Urgência: Percepções dos Utentes e dos Prestadores*. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/24572/4/teseMIMcatiaM.pdf>
27. O'Dower, G., Matta, I E. A e Pepe V. L. E. (2008). Avaliação dos Serviços Hospitalares de Emergência do Estado do Rio de Janeiro. *Ciências & Saúde Coletiva*. 13 (5):1637 – 1648. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500030
28. Pinheiro, I. e Silva, N. M. (2012). *Protocolo de triagem com classificação de risco: Serviço de Urgência de Adulto*. Praia: Cabo Verde.
29. Ramos, O. L. e Jorin, S. E. (2012). *Protocolo de triagem com classificação de risco: Serviço de Urgência de Adulto*. Praia: Cabo Verde.

30. República de Cabo Verde, Assembleia Nacional (2013). Constituição da República, Artigo 71º. Direito à saúde: Praia.
31. República de Cabo Verde, Hospital Agostinho Neto (2011). *Plano Estratégico 2012-2016 e nova imagem institucional*. Disponível em: http://www.radioeducativa.cv/index.php?paginas=21&id_cod=486
32. República De Cabo Verde, Ministério da Saúde (2007) – *Politica Nacional de Saúde: Reformar Para Uma Melhor Saúde*. Disponível em: http://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE_2020%20%282%29.pdf
33. República De Cabo Verde, Ministério da Saúde (2011). *Relatório Estatístico 2010*.
34. República de Cabo Verde, Ministério da Saúde (2012). Relatório de Actividades do Serviço de Urgência de Adultos 2011. Praia: Cabo Verde
35. República De Cabo Verde, Ministério da Saúde (2012). *Relatório Estatístico 2011*.
36. República de Cabo Verde, Ministério da Saúde. Lei de Bases da Saúde. Lei nº. 41/VI/2004. Publicado no B.O. nº.10 em 05/04/2004. Cidade da Praia.
37. República de Cabo Verde, Ministério da Saúde. Lei Quadros dos Hospitais. Decreto-lei nº. 83/2005. Cidade da Praia.
38. República de Cabo Verde, Ministério de Saúde. (2011). *Direitos e deveres dos utentes*. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/utentes>
39. República de Cabo Verde, Ministério de Saúde. (2012). *Plano Nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2016: Reformar Para Uma Melhor Saúde*, volume I. Praia: Cabo Verde,

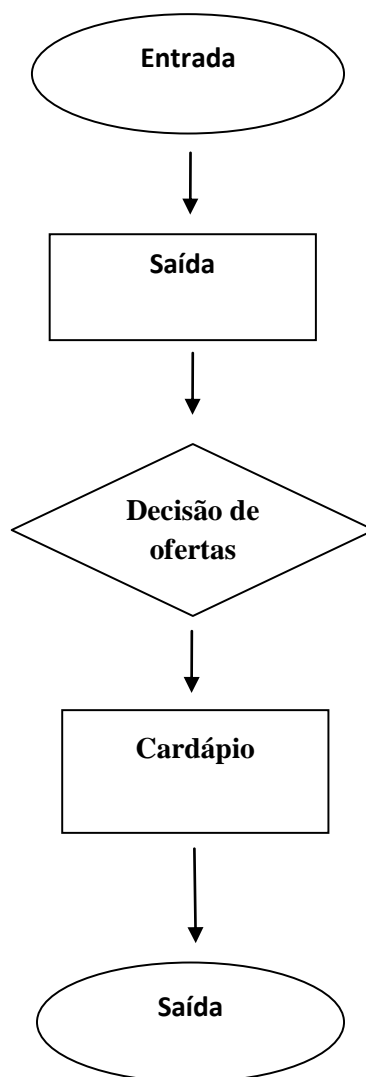
40. República de Cabo Verde, Ministério de Saúde. (2012). *Plano Nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2016: Reformar Para Uma Melhor Saúde*, volume II. Praia: Cabo Verde
41. República de Cabo Verde. Ministério de Saúde (1999). *Carta Sanitária de Cabo verde*. Praia: Cabo Verde.
42. Saraiva, D. e Esteves, J. (2009). *A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares*. Disponível em: <http://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/jspui/bitstream/10884/95/7/Monografia11.pdf>
43. Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. 4ª ed.; Loures: Lusociência.
44. Souza, C. C., Toledo, A. D., Tadeu, L. F. R. e Chianca, T. C. M. (2011). Classificação de Risco em Pronto-Socorro: Concordância entre um Protocolo Institucional Brasileiro e Manchester. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.19.1.08. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt05.pdf>
45. Teixeira, R. R. (2003). *O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede e conversação*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300016
46. Valdez. T. (2007). *Regionalização e Integração Sistémica: Cenários para a Reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde*. Rio de Janeiro: Brasil
47. Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Panejamento e Métodos*. 4a ed. Porto Alegre: Bookman.

CAPITULO VII – Anexos

Anexo 1 – Hospital Agostinho Neto



Anexo 2 - Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde adaptado segundo Merhy (2007)



Anexo 3- Aprovação do comité de ética

COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE

DELIBERAÇÃO nº 31__ / 2012

1. Foi submetido ,a 15/5 /12,nos termos do artigo 5º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, para apreciação do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS), o Projecto intitulado "**Compreendendo a Triagem no Serviço de Urgência do Adulto no Hospital Agostinho Neto na perspectiva dos utentes**" pela mestranda em saúde pública Maria Natalina Lopes Silva.
 2. Trata-se de um projecto de pesquisa que visa a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, curso ministrado pela Universidade de Cabo Verde em parceria com a Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" Campus de Botucatu, sob a orientação da professora doutora Regina Stella Spagnuolo.
 - 3- Como documentos de suporte, foram apresentados o Projecto de Pesquisa incluindo o guião de entrevista, a autorização do HAN para realização da pesquisa, o Curriculum Vitae do Orientador e o Termo de Consentimento livre e esclarecido, que foram analisados pelo CNEPS na sua 28ª Reunião Ordinária, tendo-se feito as seguintes recomendações:
 - a)Reformular o termo de consentimento livre e esclarecido que deve ter uma estrutura e linguagem mais claras, separando-se a informação para o consentimento, do termo de consentimento propriamente dito.
 - a) Rever globalmente o documento do projecto, com reestruturação do texto e clarificação de alguns aspectos, nomeadamente, esclarecimento da correlação entre os objectivos do estudo, a pergunta de investigação e as opções teóricas e metodológicas. Igualmente deve ser reformulado o objectivo de forma a se poder conhecer as causas que levam as pessoas a procurarem o Banco de Urgência ao invés de optarem por uma consulta.
 - 4-O CNEPS deliberou no sentido da aprovação do estudo por preencher os requisitos ético-legais, ao abrigo do artigo nº11 do Decreto-lei nº26/2007 de 30 de Julho, devendo a investigadora manter o CNEPS informado sobre o andamento dos trabalhos e os resultados alcançados.
- Cidade da Praia 04 de Junho de 2012.

A Presidente do CNEPS

Maria da Conceição Moreira de Carvalho



Apêndices

Apêndice A – Roteiro de entrevista



Roteiro de entrevista

Com anuência dos utentes da referida unidade, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A), a entrevista será gravada, transcrita na íntegra e posteriormente eliminada. Terá como questões norteadoras:

1. Conte-me, o que você entende por triagem?
2. O que você entende por atendimento de urgência?

Apêndice B – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

UNIVERSIDADE DE CABO VERDE

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA

POS -GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CAMPUS DE PALMAREJO -PRAIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA**

➤ **ENTREVISTADOS**

Projecto de Pesquisa: Percepção dos Utentes sobre o Processo da Triagem com Classificação de Risco e Atendimento de Urgência do Adulto no Hospital Agostinho Neto.

Objectivo da Pesquisa: Compreender a experiência dos utentes acerca do processo de Triagem e Atendimento de Urgência no Serviço de Urgência do Adulto do HAN.

- Propor ao Ministério de Saúde de Cabo Verde (MNSCV) a implantação do acolhimento com classificação de risco no Serviço Urgência e Centro de saúde de Cabo Verde para organização de uma assistência mais acolhedora e humanizada.

Solicito seu consentimento para participar de entrevista, respondendo as seguintes perguntas:

- 1- **O que é que o Sr.\(a) entende por Triagem?**
- 2- **O que é atendimento de urgência para você?**

Essa entrevista será gravada em fita cassete, posteriormente transcrita e destruída.

Suas informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora que manterá sigilo sobre sua identidade. A pesquisadora estará disponível para responder quaisquer perguntas e você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento.

Eu, _____
_____, tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa sob responsabilidade da Mestrada em saúde pública¹, aluna do curso de Mestrada em Saúde Pública da universidade de Cabo Verde e da sua orientadora Prof. Dra. Regina Stella Spagnuolo², do Departamento da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, declaro que concordo em participar da mesma, respondendo as perguntas apresentadas em entrevista.

Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com a pesquisadora e/ou orientadora através dos telefones e e-mails listados abaixo.

Praia, ____ de _____ de 2012.

Pesquisadora

Orientadora

M^a Natalina L. Silva

Regina Stella Spagnuolo

e-mail: natalinasilva1@hotmail.com

e-mail: rstella@fmb.unesp.br

Entrevistado

Apêndice C - Aprovação do campo de estudo no HAN

