

Teresa Paula da Cruz Sousa Baltar

**SERVIÇO DE URGÊNCIA DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA
DA UNIDADE DE FARO
DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE**

Um contributo do método DISTATIS para a melhoria da gestão do serviço



Teresa Paula da Cruz Sousa Baltar

**SERVIÇO DE URGÊNCIA DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA
DA UNIDADE DE FARO
DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE**
Um contributo do método DISTATIS para a melhoria da gestão do serviço

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor Guilherme José Fresca Mirador de Andrade Castela

Professora Doutora Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada



2021

SERVIÇO DE URGÊNCIA DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA
DA UNIDADE DE FARO
DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE
Um contributo do método DISTATIS para a melhoria da gestão do serviço

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Teresa Paula da Cruz Sousa Baltar

Direitos de cópia ou Copyright

© Copyright: Teresa Paula da Cruz Sousa Baltar

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

Aos meus queridos Pais, por me terem ensinado que tudo é possível com trabalho e dedicação, por isso posso hoje estar aqui.

Aos meus queridos filhos, Ana Rita e José Adriano, que me inspiraram e sempre me incentivaram à busca pelo conhecimento, mesmo quando era apenas no silêncio que ele se encontrava. Obrigada pela vossa compreensão nos momentos de ausência, pelo vosso amor incondicional que é a minha fonte de energia e principalmente pelo estímulo constante durante este percurso, que nem sempre foi fácil, mas que contribuiu para mais uma etapa da minha vida.

Sinto-me privilegiada por vos ter a todos vocês na minha vida.

AGRADECIMENTOS

*Lute diante das coisas mais difíceis de sua vida,
com amor e sabedoria.
Para que um dia, você possa olhar pra trás e dizer:
valeu a pena lutar...*

Jhon Alex S Jesus

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Susana Pescada pela sua paciência, disponibilidade e inestimável orientação neste percurso de aprendizagem. Por me ter ajudado quando mais precisei e por me ter transmitido otimismo e simpatia em dias mais difíceis. Não há palavras que quantifiquem a dedicação e disponibilidade demonstrada.

Quero agradecer igualmente ao Professor Doutor Guilherme Castela pela transmissão de conhecimentos, por me mostrar o caminho certo a seguir de forma única, admirável e exemplar.

A todos com quem tive o privilégio de contatar e que tiveram a amabilidade de dispensar algum do seu tempo, para a colaboração da recolha de dados essenciais para a elaboração deste trabalho e se disponibilizaram para algum esclarecimento ou complemento de informação adicional que entendesse necessário.

RESUMO

Num contexto de incontornável exigência a nível da gestão de serviços de saúde, as unidades hospitalares, e em particular os Serviços de Urgência (SU), deparam-se com decisões críticas para manter a sua sustentabilidade financeira e operacional. Com base nos desafios e objetivos definidos no PNS e no Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência (RICEU), esta investigação parte de uma listagem dos 10 principais problemas/desafios identificados nos SUGO-CHUA da Unidade de Faro por um painel interno e institucional de especialistas que lhes atribui importância de forma a produzir resultados cruciais no auxílio do processo de gestão. O período de recolha dos dados incidiu entre abril e maio de 2021, com recurso à técnica de *Brainstorming* em especialistas do serviço e chefes de equipa, de forma a obter um *Top 10* dos problemas/desafios associados a este serviço. Posteriormente, foram submetidos a apreciação, recorrendo à perceção da similitude através de *Sorting Tasks* por parte de um painel de especialistas com atividade direta com o serviço, de acordo com as diferentes dimensões de integração funcionais. Por último, a informação recolhida foi estruturada em matrizes de distância de Três-Vias, de forma a viabilizar uma análise de dados através do método DISTATIS (Abdi *et al.*, 2005; Abdi *et al.*, 2007a; Abdil *et al.*, 2012; Gómez-Corona, 2017). Dos resultados obtidos, foi possível esclarecer as intervenções para as quais a perspectiva dos especialistas é mais concordante/influente, assim como as áreas suscetíveis de desenvolvimento, com ações de gestão de melhoria do serviço.

Palavras Chave: DISTATIS, Sorting Task, Gestão na Saúde, Serviços de Urgência.

ABSTRACT

The pursuit of ideal health service management imposed hospital units, and in particular Emergency Services, to face critical decisions to maintain their financial and operational sustainability. Based on the challenges and objectives defined in the PNS and in the Roadmap for Intervention in Emergency and Urgent Care, this investigation was established from a list of the 10 main problems/challenges identified in the SUGO-CHUA of the Faro Unit, considered as fundamental by an internal and institutional panel of specialists that scored them in order to produce results that could help in the management process. Data collection took place between April and May 2021 using the Brainstorming technique with specialists and team leaders in order to obtain a Top 10 of the problems/challenges from the service, and subsequently, were submitted for consideration using the perception of similarity through Sorting Tasks by a panel of experts. Finally, the information collected was structured in Three-Way distance matrices in order to enable data analysis using the DISTATIS method (Abdi et al., 2005; Abdi et al., 2007a; Abdil et al., 2012; Gómez-Corona, 2017). From the results, it was possible to clarify the interventions that from the perspective of the specialists are more consistent/influential, as well as the areas susceptible to enhancement, with management actions to improve the service.

Keywords: DISTATIS, Sorting Task, Health Management, Emergency Services,

ÍNDICE GERAL

	Página
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE TABELAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO, OBJETIVOS E PERTINÊNCIA	1
1.1 Introdução	2
1.2 Objetivos	3
1.3 Pertinência	4
CAPÍTULO 2: GESTÃO NOS SERVIÇOS PUBLICOS DE SAÚDE	5
2.1 Introdução	6
2.2 Os Serviços de Urgência	7
2.3 A Problemática dos Serviços de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia	15
2.4 O Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA)	24
2.4.1 O Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia da Unidade de Faro do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve	29
2.5 Os desafios da Gestão nos Serviços de Urgência	33
CAPÍTULO 3: MÉTODOS	35
3.1 Os Métodos de Três-Vias	36
3.2 O Método STATIS	37
3.3 O Método DISTATIS	43
3.3.1 As Tarefas de Classificação	43
3.3.2 A Operacionalização do DISTATIS	46
3.3.2.1 Escalas Multidimensionais	46
3.3.2.1 <i>Sorting Taks</i> e a Matriz de Ordenação	48
CAPÍTULO 4: METODOLOGIA	52
4.1 Procedimento Metodológico	53
4.1.1 Constituição do Painel de Peritos	53
4.1.2 Composição do Painel de Avaliadores	54
4.1.3 Recolha de Informação	57
4.1.4 DISTATIS	57
4.1.5 Recomendações para Ações de Gestão	57
CAPÍTULO 5: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
5.1 As Avaliações dos Especialistas	59
5.2 Análise da Interestrutura	60
5.3 Análise do Compromisso	65
5.4 Análise da Intraestrutura	67
5.5 Discussão dos Resultados	72
CAPÍTULO 6: CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	77
6.1 Conclusões	78
6.2 Limitações	79
6.3 Sugestões	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 3.1: Estrutura de Três-Vias	36
Figura 3.2a: Diagrama de Decisão STATIS, PTA	40
Figura 3.2b: Diagrama de Decisão STATIS, PTA	41
Figura 3.2c: Diagrama de Decisão STATIS, PTA	42
Figura 3.4: Diagrama de Decisão MDS	50
Figura 3.5: Diagrama de Decisão DISTATIS	51
Figura 5.3: Estrutura tridimensional das 18 matrizes centradas de produtos cruzados	61
Figura 5.4: Representação euclidiana da Interestrutura	62
Figura 5.6: Representação euclidiana do Compromisso	67
Figura 5.9: Representação euclidiana da Intraestrutura relativa a equipamentos, sistemas informáticos e classificação da prioridade no atendimento	70
Figura 5.10: Representação euclidiana da intraestrutura relativa a recursos humanos, urgências não urgentes, literacia em saúde, bioética e avaliação da satisfação	71
Figura 5.11: Representação euclidiana da intraestrutura relativa a indicadores de qualidade	72

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 2.1: População algarvia residente em 2019	29
Tabela 2.2: População residente por sexo, no Algarve em 2020	30
Tabela 2.3: Número de médicos especialistas de Ginecologia/Obstetrícia por Concelhos do Algarve em 2019	30
Tabela 2.4: Número de Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia em 2019	31
Tabela 3.3: Matriz de Ordenação de um avaliador	47
Tabela 4.1: Esquema Metodológico	53
Tabela 4.2: TopTen dos Problemas/Desafios	54
Tabela 4.3: Painel de Especialistas	56
Tabela 5.1: Sorting Tasks do TopTen dos Problemas/Desafios	59
Tabela 5.2: Ranking da Importância atribuída pelos Especialistas ao TopTen dos Problemas/Desafios	60
Tabela 5.5: Padrões Comportamentais dos Especialistas	64
Tabela 5.7: Correlações das opiniões dos especialistas com os eixos do espaço compromisso	69
Tabela 5.8: Correlações mais significativas das opiniões dos especialistas com o espaço compromisso	69
Tabela 5.9: Opiniões sobre o <i>TopTen</i> dos Problemas/Desafios	70
Tabela 5.10: Categorias profissionais do SUGO que assinalaram necessidades de ações de gestão	71
Tabela 5.11: Recomendações para Ações de Gestão	72

LISTA DE ABREVIATURAS

AF	Realização Profissional
ARS	Administração Regional de Saúde
ALERT	Software Clínico
CHSJ	Centro Hospitalar de São João
CHUA	Centro Hospitalar Universitário do Algarve
CRRNEU	Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/urgência
CS	Centro de Saúde
CTG	Registo Cardio-Tocográfico
D	Despersonalização
DGORH	Departamento de Ginecologia/Obstetrícia e Reprodução Humana
DGS	Direção Geral da Saúde
EE	Exaustão Emocional
EESMO	Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia
EHCI	Euro Health Consumer Index
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
<i>et al</i>	E outros
EU	União Europeia
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISF	Índice Sintético de Fecundidade
MCEESMO	Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
MDS	Escalonamento multidimensional
MEM	Moto de Emergência Médica
MS	Ministério da Saúde
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
ODS	Objetivo Desenvolvimento Sustentável
OE	Ordem dos Enfermeiros
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Ordem de Serviço
PD	Problema/Desafio
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Plano Nacional de Saúde
p.p	Ponto percentual
RICEU	Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência
s.d.	Sem data
SHEM	Serviço de Helicóptero de Emergência Médica
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV	Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida

SMO	Saúde Materna e Obstetrícia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SONHO	Software Clínico
STATIS	<i>Structuration des Tableaux à Trois Indices de la Statistique</i>
STPM	Sistemas de Triagem de Prioridades de Manchester
SU	Serviço de Urgência
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUGO	Serviço de Urgência Ginecologia/Obstetrícia
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
WHO	<i>World Health Organization</i>

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO, OBJETIVOS E PERTINÊNCIA

1.1 Introdução

Nos últimos anos a sociedade portuguesa sofreu profundas mudanças demográficas e progressivas alterações do perfil patológico. O envelhecimento da população resultou num consequente aumento da prevalência de patologias dispendiosas e incapacitantes com implicações económicas e sociais que alteraram as expectativas dos cidadãos. Estes, por sua vez, tornaram-se mais exigentes com os serviços de saúde, exigindo respostas mais complexas e colocando assim novos desafios às organizações de saúde.

Em termos nacionais, a oferta da prestação de cuidados de saúde, assegurada maioritariamente pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e que permite um acesso universal aos cuidados de saúde encontra-se, desta forma, sob um escrutínio permanente, sendo as suas debilidades causadoras de frequentes análises e debates.

Neste campo de ação, o Serviço de Urgência (SU) dos Hospitais Públicos é considerado o núcleo do sistema de saúde. No entanto, a população considera que este serviço oferece maior facilidade de acesso, dispõe de mais recursos e fornece melhores cuidados de saúde, contribuindo para que haja uma afluência desmedida aos SU, situação esta que conduz a uma incontornável exigência ao nível da gestão dos serviços de saúde, das unidades hospitalares e em particular dos serviços de urgência, os quais, cada vez mais, se deparam com maiores dificuldades na manutenção da sua sustentabilidade financeira e operacional.

Assim, surge esta investigação no âmbito da dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, como uma tentativa de dar resposta aos problemas e desafios encontrados no Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia (SUGO) da Unidade de Faro do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA) e conhecer até que ponto, com a metodologia proposta se poderá aportar contributos para a melhoria da gestão deste serviço.

Trata-se de um estudo exploratório que é suportado com informação recolhida a partir de um painel de peritos constituído por profissionais das áreas médicas e de enfermagem com experiência em cargos de chefia que, através de *brainstorming*, analisaram a dinâmica institucional do SUGO-CHUA e aferiram o *TopTen* dos problemas e/ou desafios associados ao serviço.

Capítulo 1 Introdução, Objetivos e Pertinência

O *TopTen* dos problemas e/ou desafios foi, posteriormente, submetido à apreciação de um painel de especialistas selecionado, tendo em conta as funções que exercem nas áreas operacionais do SUGO-CHUA e as áreas de decisão que podem influenciar a dinâmica do serviço. Com as opiniões destes especialistas pretendeu-se, não somente, revelar a necessidade de reajustar a realidade percecionada, mas também contribuir para um processo de tomada de decisão mais eficaz através da identificação de ações de gestão.

Por fim, obtendo as suas perceções sobre a similitude do *TopTen* dos problemas e/ou desafios, que hierarquizaram e classificaram, através de *Sorting Tasks*, estas foram estruturadas em matrizes de distância de Três-Vias, possibilitando uma análise de dados com o método DISTATIS, a qual produziu informação detalhada que facultou um suporte à implementação de medidas corretivas face às ineficiências.

1.2 Objetivos

A presente investigação encontra-se alicerçada nos dois seguintes objetivos gerais:

- I. REALIZAR um diagnóstico do SUGO- CHUA da Unidade de Faro, a fim de caracterizar e avaliar as suas principais ineficiências.
- II. AUXILIAR o processo de gestão, dotando os decisores de informação útil e detalhada que sustente a implementação de futuras estratégias.

No entanto, tem em consideração três objetivos específicos:

1. A partir de um painel de peritos, formado por profissionais com experiência em cargos de chefia, que selecionou os principais problemas/desafios existentes AVALIAR, mediante um painel de especialistas, com funções nas áreas operacionais do SUGO-CHUA da Unidade de Faro, a forma como percecionaram, hierarquizaram e classificaram os principais problemas/desafios recorrentes no serviço;
2. JUSTIFICAR a adequabilidade do método DISTATIS;
3. Apresentar recomendações de ações de gestão com vista a um processo de tomada de decisão eficaz.

1.3 Pertinência

Tendo em conta a problemática apresentada e a carência de estudos específicos sobre a prestação de cuidados de saúde num SUGO, considerou-se pertinente a elaboração desta investigação, no sentido de dar resposta, através da contribuição dos decisores e profissionais qualificados, a esta lacuna. Para o efeito, pretende-se identificar, caracterizar e avaliar as principais ineficiências do SUGO - CHUA da Unidade de Faro, com o propósito de promover a implementação de medidas corretivas.

CAPÍTULO 2

GESTÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

2.1 Introdução

Este capítulo pretende contextualizar a temática em estudo através de uma revisão da literatura baseada em manuais especializados e artigos científicos, publicações de organismos internacionais e nacionais, fontes estatísticas, documentos oficiais e legislação atualmente vigente, que se entenderam pertinentes para o enquadramento do estudo.

Ao longo dos últimos 40 anos em Portugal, a prestação de cuidados de saúde em meio hospitalar sofreu várias transformações ao nível da gestão em busca de uma maior eficiência e qualidade de vida de milhões de cidadãos (SNS, 2016).

O setor da saúde ocupa um lugar fundamental na nossa sociedade e assume cada vez maior importância na economia. Este é financiado por impostos, sendo o Estado quem salvaguarda o direito à proteção da saúde (Nogueira, 2014). Este sempre foi um dos focos centrais dos debates orçamentais, justificado pelo peso que representa para as contas públicas e pela incontestável pertinência que tem para todos os cidadãos (Pereira, 2014b).

Segundo a OCDE, a despesa em saúde em Portugal cifra-se nos 9% do produto interno bruto (PIB) desde 2014, comparando com a média europeia de 9,8% em 2017. As despesas de Saúde per capita em Portugal são 30% mais baixas que a média da EU (OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development, 2019).

De acordo com os resultados da Conta Satélite da Saúde, em 2018 e 2019, a despesa corrente em saúde continuou a crescer a um ritmo superior ao do PIB, em 2018 a despesa corrente em saúde totalizou 9,4% do PIB e em 2019 estima-se que a despesa corrente em saúde tenha atingido 9,6% do PIB. Em 2018 a despesa pública cresceu mais que a despesa privada, representando 64,5% da despesa corrente. Em 2019, estima-se que a despesa pública tenha crescido a um ritmo inferior 4,6%, menos 1,5 p.p. que a despesa privada (variação de 6,2%) (INE, 2020a).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) implementado desde 1979, pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, integra uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

de saúde a toda a população, nomeadamente, os estabelecimentos hospitalares, as unidades locais de saúde e os agrupamentos de centros de saúde.

O processo pela qual atualmente as organizações hospitalares norteiam os seus processos de gestão, a fim de rentabilizar recursos e alcançar resultados, assenta em pressupostos fundamentais. A especificidade e abrangência dos seus serviços, a quantidade e especialidade dos recursos humanos que compõem as equipas multidisciplinares, e a forma como o processo de trabalho se desenvolve, são elementos chave no processo de gestão (Silva, 2017).

O SNS é entendido como um sistema com uma organização específica a diversos níveis de intervenção e integração, apresentando não só objetivos e métodos de avaliação específicos, como também modelos racionais de gestão (Fernandes, 2017).

Nos últimos anos, as organizações de saúde foram alvo de reestruturações, tendo havido uma integração horizontal das estruturas de oferta em cuidados de saúde (Santana e Costa, 2008). Do ponto de vista da gestão, a dimensão integração funcional é entendida como importante na comunicação, coordenação e cooperação efetiva das funções, bem como nas atividades básicas desenvolvidas pelas unidades operacionais do sistema de produção, através da prestação de cuidados de saúde com valor para o utente, incluindo-se nesta dimensão a integração clínica (contribui para a efetividade da prestação de cuidados de saúde), a integração da informação, da financeira e da administrativa (Santana e Costa, 2008). São principalmente estas dimensões que correspondem a uma verdadeira rede de suporte funcional de uma organização, que pretende caminhar para uma realidade integrada, pois permitem a criação/desenvolvimento de mecanismos tendentes a suportar/melhorar o funcionamento conjunto do sistema, com especial enfoque nas suas interligações (Santana e Costa, 2008).

Atualmente, já existe a preocupação de assegurar a qualidade dos serviços de saúde, dependendo o seu sucesso de uma gestão adequada, no entanto é necessário adotar uma filosofia de melhoria contínua de qualidade e tornar todos os participantes da organização responsáveis por essa mesma qualidade (Ferreira, 1991).

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

Essa gestão engloba um planeamento, com posterior implementação e avaliação dos sistemas, produtos e intervenções que estão inerentes à qualidade (Imperatori, 1999).

A qualidade em saúde envolve determinados conceitos, que levam à procura de maior responsabilidade e transparência. Esta premissa é defendida pela OCDE, referindo que a qualidade e a eficiência podem ser exponenciadas por uma maior transparência, nomeadamente em relação a centralização dos cuidados, à segurança e à sua eficácia (OCDE, 2017).

Em 2018, existiam 230 hospitais, cerca de 76% integravam mais do que uma valência. Desses, 119 consistem em hospitais privados, cujo o número aumentou desde o ano de 2016 (INE, 2020b) e 111 pertenciam aos serviços oficiais de saúde (107 hospitais públicos e 4 em parceria público-privada) e são estes que continuam a ser os principais produtores de serviços médicos, assegurando mais de 80% dos atendimentos em urgência, 75% dos internamentos, perto de 70% das cirurgias e cerca de 64% das consultas médicas.

Em 2019, o SNS integrava um total de 49 instituições hospitalares, correspondente à distribuição das instituições hospitalares do SNS por estatuto jurídico (33 Hospitais e Centros Hospitalares, 8 Unidades Locais de Saúde, 5 Entidades do Setor Publico-Administrativo, 5 Parcerias Publico Privadas) (SNS, 2019).

Dado os hospitais representarem mais de 50% da despesa corrente do SNS, é essencial a prática de uma gestão eficiente e ponderada dos seus recursos e o compromisso na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sendo vários os desafios que põem pressão sobre a sustentabilidade do sistema, incluindo as necessidades de saúde de uma população envelhecida e os pagamentos em atraso aos hospitais do SNS (OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development, 2019).

Nos últimos dez anos em particular, é notória a evolução da Saúde em Portugal, sobretudo no setor público, ou seja, no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este progresso gradual e sustentado, com reflexos muito positivos ao nível da oferta, da organização dos serviços, dos recursos disponíveis e dos resultados alcançados em termos de acesso, qualidade e eficiência resulta de um conjunto de reformas estruturais, do reforço da rede de prestação

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

de cuidados e de um ambicioso processo de modernização e de transformação digital (SNS, 2019).

Hoje, o nosso sistema de saúde, essencialmente através do SNS, constitui uma referência a nível europeu e mundial (SNS, 2018).

De acordo com a classificação anual dos sistemas de saúde nacionais da Europa pelo Euro Health Consumer Index (EHCI) 2018, Portugal foi reconhecido como um sistema de saúde com bom desempenho a nível mundial. O sistema de saúde português tem alcançado os melhores resultados, classificando-se entre 35 países em 13.º lugar (SNS, 2018).

A União Europeia (EU) emanou diretrizes no sentido da uniformização de práticas e respostas idênticas, para que os cidadãos europeus tenham a mesma forma de atendimento independentemente das grandes diferenças entre sistemas de saúde que existem nos diferentes estados-membros e que todos tenham a oportunidade de acesso a saúde com semelhante controlo de custos (Pereira, 2018).

Assim, e de modo a alinhar as políticas de saúde de forma estruturada e coerente, vários países adotaram uma estratégia, o Plano Nacional de Saúde (PNS), onde intervieram na sua criação instituições nacionais, organizações governamentais e não-governamentais, instituições do setor público e privado. O PNS tem como objetivo analisar o estado de saúde da população, de forma a identificar problemas, necessidades e possíveis soluções.

Para além do PNS, documento geral, existe um Plano de Saúde para cada região. Este é um instrumento de gestão que visa apoiar a tomada de decisão, no sentido da promoção e da obtenção de ganhos em saúde de toda a população residente nessa área de influência, contribuindo desta forma para a melhoria do estado de saúde global da comunidade (PNS, 2015).

A saúde é uma das dimensões que os cidadãos mais valorizam dada a sua influência notável nas circunstâncias de participação social, a nível da educação, do mercado de trabalho e da produtividade, ou seja de uma forma geral no bem-estar da população (Mauritti *et al.*, 2019). Estes autores, tendo presente a pertinência da dimensão da saúde pelas diferentes regiões do país, ao analisar alguns indicadores relativos ao acesso aos

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

direitos na área da saúde, nomeadamente as condições materiais oferecidas tendo em conta o número de profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) por 1000 habitantes, referem que no caso específico dos enfermeiros/as, a generalidade das regiões acompanha a média nacional situada nos 6,7%, ao contrário das regiões do Alentejo (6,1%) e do Algarve (6,0%) que revelam taxas inferiores à média nacional. Em relação ao número de médicos por 1000 habitantes, as diferenças de valores das regiões para a média nacional ganham outra expressão, o valor nacional ronda os 4,9 médicos por 1000 habitantes, sendo que nas regiões do Algarve, Açores e Alentejo esses valores são inferiores a 4 médicos por 1000 habitantes (Mauritti *et al.*, 2019).

Num contexto regional, verifica-se que as regiões de saúde do Norte e do Centro tinham, em 2019, uma cobertura de utentes inscritos com médico de família atribuído superior a 96% (98,4% e 96,8%, respetivamente). A região do Alentejo apresentava um valor de 93,9%. É, ainda, de referir que, no mesmo indicador, a região de saúde de Lisboa Vale do Tejo registou um aumento de 0,5 p.p. face ao período homólogo (situando-se nos 85,6% no final de 2019). Quanto à região de saúde do Algarve, a cobertura de utentes inscritos situou-se nos 86,7% (SNS, 2019).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a percentagem de episódios de urgência apresenta uma grande variabilidade regional. Esta percentagem atinge um valor de 28% na ARS do Algarve à qual pertence o SU do CHUA em análise, reforçando a pertinência deste estudo (Campos, 2014).

Outra desigualdade que importa referir é o grau de literacia em saúde definido pela OMS como “o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde” cit. in (DGS, 2019:3) sabendo-se que esta contribui não só para a promoção da saúde como para a prevenção da doença, mas também para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde e que por vezes estão relacionados com um maior número de internamentos e com uma utilização mais frequente dos serviços de urgência, bem como uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde, levando a uma diminuição da qualidade de vida. Em Portugal, os estudos revelaram que existe um elevado número de pessoas com baixos níveis de literacia,

particularmente os idosos, com doenças crónicas, com baixos níveis de escolaridade e baixos rendimentos (DGS, 2018).

Tendo em conta o compromisso de Portugal com a comunidade internacional no âmbito da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável intitulado “Transformando no mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento Sustentável”, em que dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o 10º refere-se a “Reduzir as Desigualdades” (United Nations, 2015), é indispensável que Portugal adote uma política de desenvolvimento (quer público, quer privado, quer comunitário), intervindo efetivamente sobre as desigualdades sociais que se observam à escala regional na sociedade portuguesa, com um enfoque particular sobre os territórios de baixa densidade populacional, a qual poderá ser construída e monitorizada a partir das seguintes dimensões: demografia, educação, emprego, classes sociais e saúde (Mauritti *et al.*, 2019).

Posto isto, a necessidade de adequação dos recursos dos profissionais às reais necessidades da população, mantendo um equilíbrio entre a quantidade e as competências, não descurando a qualidade e segurança, tem constituído uma preocupação para os gestores (Freitas, 2015). É esta a problemática que seguidamente se discute, pelo forte impacto que a mesma assume no desempenho dos profissionais de saúde, conduzindo a uma preocupação acrescida ao nível da capacidade de gestão dos administradores hospitalares.

2.2 Os Serviços de Urgência

O SU é a principal porta de entrada dos doentes num hospital, o qual depara-se com um dos maiores constrangimentos, igualmente sentido à escala mundial, associado ao fenómeno de grande afluência, onde é difícil antecipar acontecimentos inesperados, imprevisíveis e cheios de incertezas, assim como esclarecer verdadeiramente os casos urgentes e as situações de baixa gravidade. Estes e muitos outros fatores colocam este serviço dentro de uma unidade hospitalar no cerne dos que apresentam uma maior propensão à ineficiência, sendo alvo de várias críticas e muita mediatização (Pereira, 2014b).

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

Os serviços de urgência fazem parte da complexa rede de prestação de cuidados de saúde do SNS. É a Comissão Nacional de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (CNRRNEU) que esclarece que a urgência é “um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção (curativa ou paliativa) em curto espaço de tempo” (CRREU, 2012), isto é, situações agudas que envolvam uma intervenção num curto espaço de tempo deveriam ser assistidas no SU, porém, esta não é a realidade da população portuguesa.

De acordo com o Despacho n.º 5561/14 de 23 de abril, “a atividade de emergência médica tem uma vasta abrangência, desde a pré-hospitalar aos cuidados intensivos, passando pela prestação de cuidados em serviços de urgência e pelo transporte inter-hospitalar de doentes críticos” (Costa, 2014: 11124-25).

Em Portugal, caso os utentes necessitem de cuidados mais urgentes, podem recorrer ao SU disponibilizado para toda a população através do SNS e, de igual modo, a estruturas circundantes, nomeadamente os cuidados de Saúde Primários, os sistemas telefónicos de triagem e orientação e emergência pré-hospitalar (Pereira *et al.*, 2019). No sentido de prestar estes cuidados de emergência pré-hospitalar, garantindo melhor assistência em caso de doença súbita ou acidente e, com o objetivo principal de responder rapidamente às situações críticas, em 1981, foi criado o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

O atendimento hospitalar no SU em diversos países, como por exemplo, os Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, é realizado por especialistas em emergências médicas, formados e preparados para enfrentar situações críticas e de stress, trabalhando sempre em equipa, contrariamente ao que sucede em Portugal, onde existe um outro modelo de atendimento hospitalar no SU, o modelo multidisciplinar. Este propõe garantir as diversas especialidades do conhecimento médico, detentores de várias áreas, de forma a responder prontamente às urgências que surjam. Os utentes serão triados no momento do atendimento, seguindo para as diversas especialidades como obstetrícia, pediatria, anestesia, cirurgia, ortopedia, clínica médica e neurologia (Scarpelini, 2007).

Em Portugal, os SU estão repartidos em três níveis: o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) mais diferenciado na resposta às urgências; o Serviço de Urgência Médico-

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

Cirúrgico (SUMC) de segundo nível no acolhimento em situações de urgência, servindo de apoio ao SUP; e o Serviço de Urgência Básico (SUB) de primeiro nível de acolhimento, que consiste na resolução de situações mais simples e mais comuns na urgência (CRREU, 2012).

Averiguou-se que os atendimentos nos SU eram realizados de acordo com o tempo de espera previsto pela triagem de Manchester, sendo o número de episódios de urgência atendidos dentro do tempo previsto no protocolo de Triagem de Manchester 74,3% em 2018, valor superior aos 73,7% alcançados em 2017 e aos 72% de 2016 (SNS, 2019).

Porém, dados recolhidos em 2018 pela Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, refere que 43% das admissões no SU foram classificados como não urgentes de acordo com a Triagem de Manchester, ou seja, grande parte dos utentes que recorre ao SU hospitalar não apresenta verdadeiras situações de urgência, logo seriam passíveis de observação em outros serviços da rede do SNS. A este respeito, Silva (2009) sublinha que esta é uma das razões válidas para o mau desempenho do SNS, sobretudo na ineficiência do acesso aos cuidados de saúde primários.

A gestão da procura nos SU é um ponto fundamental do SNS Português, e para isso era primordial melhorar os níveis de literacia em saúde, promover o espírito crítico das pessoas face às suas decisões de saúde e as ferramentas disponíveis para este fim, apresentando-se mesmo como um desafio de saúde pública em Portugal, atendendo a que um dos objetivos do plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 para Portugal (DGS, 2019) é exatamente a capacitação dos cidadãos para a utilização adequada do sistema de saúde (Rocha, 2020).

É através do Despacho nº 10319/14 de 11 de agosto que são reconhecidos os padrões mínimos respeitantes à estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade a cumprir pelos SU, bem como a definição do processo de monitorização e avaliação dos mesmos (ACSS, 2018).

Em 2019, o Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, através do Despacho 696/2019, criou um grupo de trabalho para estudar o SU, tendo apresentado quatro medidas para a otimização da prestação de cuidados urgentes/emergentes:

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

- Necessidade de ter Serviços de Urgência enquanto serviços de Ação médica, isto é, equipas próprias, formação adequada, liderança e criação da especialidade de medicina de urgência e emergência.
- Rever a gestão da procura.
- Acabar com o internamento no SU e diminuição da demora média do internamento.
- Gestão Nacional pelo INEM do transporte Inter-hospitalar.

Se, por um lado, o SU procura dar resposta aos pacientes que ali ocorrem, de forma eficaz e imediata, por outro há situações do consumo de recursos sem efetiva necessidade, levando a que os hospitais deixem de conseguir dar a resposta esperada e adequada às reais necessidades dos utentes (Rocha, 2020). Como consequência, ocorre uma redução da eficiência, implicando, por vezes, a prestação de um serviço de menor qualidade e acarretando inúmeras preocupações a nível financeiro (Pereira, 2014b)

Num serviço crítico como é o caso do SU, as ineficiências podem ser encontradas em diversas vertentes, desde os tempos de espera, meios auxiliares de diagnóstico em excesso, incorreta afetação de recursos humanos aos vários níveis de gravidade dos doentes, consumos não uniformizados, deslocações desnecessárias, entre muitos outros (Pereira, 2014b).

Há autores (Seow, 2013) e (Cikriklar *et al.*, 2015)), que referem que as atividades desenvolvidas no âmbito dos SU, pelo facto de decorrerem em ambientes complexos, encontram-se fundamentalmente associadas a cinco problemas de gestão especialmente relacionados com:

1. Dificuldades de previsão e de planeamento;
2. Complicações orçamentais;
3. Problemas com a gestão dos equipamentos;
4. Contrariedades na gestão dos recursos humanos;
5. Obstáculos na otimização do espaço este, invariavelmente subdimensionado para a população que ocorre a estes serviços e para as necessidades que apresentam.

Na realidade, as características exclusivas da atividade dos SU não destacam apenas a presença de ineficiências (Seow, 2013; Gundrosen *et al.*, 2016; Lee *et al.*, 2017; Hu, Barnes and Golden, 2018), como avisam para a precisão de instrumentos de apoio à gestão dos serviços e dos recursos (Liu *et al.*, 2015; Chartier *et al.*, 2016; Carvalho-Silva *et al.*, 2017) *cit. in* (Pereira, 2018)

Por este motivo, as atividades desenvolvidas no SU têm conquistado relevância e causado inquietação ao SNS, evidenciando a complexa gestão e planeamento deste serviço (PNS, 2010a).

Para contrariar este fenómeno, foram preconizadas algumas medidas corretivas, tais como, incentivos a cuidados programados de saúde, melhoria na acessibilidade às consultas médicas, alargamento dos serviços de apoio e aplicação de taxas moderadoras, no sentido de penalizar a utilização das urgências de forma inadequada. Contudo, apesar do seu valor ter gradualmente aumentado recentemente através do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, esta providência não se verificou como eficaz (MS, 2011). As mesmas taxas moderadoras atualmente regulam o acesso às prestações do SNS por parte dos utentes, no que respeita à aplicação de regimes especiais de benefícios, tendo estabelecido as categorias de isenção e dispensa do pagamento de taxas moderadoras com base em critérios de racionalidade e de discriminação positiva dos mais carenciados, ao nível do risco de saúde ponderado e ao nível da insuficiência económica (SNS, 2019).

2.3 A Problemática dos Serviços de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia

A gestão e planeamento deste serviço é complexa, dado este ser frequentemente utilizado por pacientes que não necessitam de cuidados urgentes, gerando, por vezes, uma ineficaz utilização dos recursos existentes, um aumento dos custos a eles associados, em que os hospitais deixem de conseguir dar a resposta esperada, implicando a prestação de um serviço de menor qualidade e com tendência à rutura do próprio sistema. (Zayed *et al.*, 2020)

Atualmente, especialistas em políticas de saúde reconhecem que a saúde das mulheres se estende muito além das questões da saúde reprodutiva e pré-natal. A saúde das mulheres é uma área da medicina cirúrgica dedicada a prestação de cuidados de saúde das mulheres

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

a nível ginecológico e/ou obstétrico e é desempenhada por médicos com esta mesma especialidade, não podendo ser desempenhado por qualquer outra área da medicina, para que esses cuidados sejam seguros e de qualidade. A esta especialidade compete o atendimento clínico de uma forma completa de acordo com as necessidades da paciente, incluindo o diagnóstico, tratamento e execução de procedimentos médicos e cirúrgicos na área obstétrica e ginecológica, no ensino, pesquisa ou liderança no campo da obstetrícia/ginecologia. Esta prática de medicina requer dedicação e investimento para garantir qualidade e sustentabilidade. (Barradas *et al.*, 2015)

Estudos recentes referem o investimento nesta especialidade, no sentido de implementar e promover melhores práticas, isto porque há pesquisas que indicam que é mais seguro, reduz eventos adversos, reclamações e pagamentos por negligência. (McCue *et al.*, 2016)

O domínio da ginecologia/obstetrícia abrange áreas de intervenção que vão desde a saúde reprodutiva em geral, à saúde da mulher em particular, numa perspectiva do ciclo de vida, incluindo a sexualidade humana e a regulação da fertilidade. A esta especialidade compete igualmente a saúde da mulher durante a gravidez, parto, puerpério e do recém-nascido normal até aos 28º dias de vida, todas estas áreas de prestação de cuidados estão incluídas no Departamento de Ginecologia/Obstetrícia e Reprodução Humana – DGORH, do CHUA, ao qual pertence o SUGO- Unidade de Faro, serviço a que se refere o presente estudo.

A prática ginecológica é tradicionalmente dividida em serviços de emergência e eletivos. Os serviços ginecológicos de emergência prestam cuidados a mulheres que abortam, que apresentam uma gravidez ectópica e sintomas agudos não relacionados à gravidez, como a dor pélvica. Todas as outras condições ginecológicas são orientadas de maneira eletiva ou não aguda, logo a maioria das mulheres que recorre ao SUGO poderia ser tratada no ambiente de atendimento em ambulatório, composta por uma equipa multidisciplinar, em que os enfermeiros com competências específicas desta especialidade prestariam os devidos cuidados necessários, diminuindo assim o atendimento no SUGO (Jones e Pearce, 2009).

O SU é um importante local para prestação de cuidados médicos, não programados, que necessitam de atendimento imediato na área de Ginecologia/Obstetrícia. Algumas

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

mulheres elegem este serviço para obter cuidados de saúde, quando não frequentam regularmente as consultas de vigilância com o seu ginecologista (Nicholson *et al.*, 2001).

Num estudo realizado nos Estados Unidos entre 1992-1994, das diversas possibilidades de procura de cuidados de saúde do foro ginecológico, 5% recorreram ao SUGO. Este mesmo estudo identificou algumas dificuldades de acesso aos cuidados de saúde do foro ginecológico, que podem estar diretamente relacionadas com o sistema de saúde e, portanto, passíveis de mudanças nas políticas de saúde. No entanto, outras dificuldades podem estar relacionadas com os padrões de prática médica ou a fatores da própria paciente (Nicholson *et al.*, 2001).

Os departamentos de Ginecologia/Obstetrícia enfrentam desafios para garantir um atendimento de qualidade consistente. Aos médicos especialistas em Ginecologia/Obstetrícia é-lhes proposto melhorar os cuidados de saúde das mulheres, garantir a segurança e reduzir o risco de negligência, pois por vezes praticam cuidados em ambiente litigioso (White *et al.*, 2005).

Na última década, muito progresso foi feito na compreensão da saúde da mulher. Houve um reconhecimento da sua singularidade, o que leva a ter em consideração essas diferenças na prática clínica, mesmo porque a gravidez afeta o curso de várias doenças (Crandall e Livingston, 2019).

Segundo De La Fuente-Solana *et al.* (2019), o serviço de Obstetrícia e Ginecologia, que cuida da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, é considerado uma área particularmente sensível. Requer um forte senso de vocação e considerável controle emocional, pois as enfermeiras são responsáveis por fornecer um atendimento abrangente e ideal durante todo o ciclo de vida feminino. A unidade de ginecologia e obstetrícia possui, assim, características específicas que a distinguem de todas as outras, principalmente o contato emocional próximo entre os enfermeiros e seus pacientes e a extrema vulnerabilidade deste (De La Fuente-Solana *et al.*, 2019).

Embora os níveis de *burnout* e os fatores de risco correspondentes tenham sido estudados em muitos serviços de enfermagem, até ao momento não havia nenhum estudo realizado em unidades de obstetrícia/ginecologia, Autores como La Fuente-Solana *et al.* (2019)

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

através de uma revisão sistemática e meta-análise de quatorze estudos relevantes, incluindo nesta meta-análise 464 3nfermeiros, concluíram que enfermeiros que atuam em unidades de obstetrícia/ginecologia apresentam níveis elevados de síndrome de *burnout*, em mais de 33% da amostra do estudo. Referem, ainda, que o *burnout* é comumente vivenciado por enfermeiros que trabalham nessas áreas, com uma prevalência de altos níveis de (EE) 295, (D) 195 e baixa Realização Profissional (AF) 44%. Já nos serviços de urgência/emergências, os scores são 31%, 36% e 29%, respetivamente (De La Fuente-Solana *et al.*, 2019).

Os enfermeiros dos serviços de ginecologia e obstetrícia tendem a apresentar altos níveis de EE e D e baixos níveis de AF, mas deve-se levar em consideração que, devido à influência de variáveis ocupacionais em cada país, esses níveis podem variar (De La Fuente-Solana *et al.*, 2019). Em dados estudados, há relatos de outros grupos ocupacionais que trabalham na mesma área, como ginecologistas, refletem níveis mais altos de *burnout* (De La Fuente-Solana *et al.*, 2019)

Entre as situações de risco obstétrico, que podem em alguns casos mais do que duplicar com o aumento da idade materna, contam-se um aumento do número de abortamentos, cromossomopatias, pré-eclâmpsia, hemorragias anteparto, cesarianas eletivas e de urgências, partos pré-termo, macrossomias e restrições de crescimento fetal, mortalidade materna e perinatal impondo-se medidas de promoção da gravidez em mulheres de idades mais jovens (Loureiro, 2014). Perante esta evolução, é necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para o acompanhamento de grávidas com risco cada vez mais elevado, sem esquecerem a responsabilidade de colaborarem na promoção de medidas preventivas, no sentido de travar este fenómeno (Santos *et al.*, 2011).

Em meados do século XX, a taxa de mortalidade materna foi a primeira medida de qualidade utilizada nos serviços obstétricos, seguida da mortalidade perinatal. Apesar de ser um indicador grosseiro, mas ainda é usado para comparações internacionais. Quanto aos serviços de ginecologia, as medidas de qualidade não estão tão bem definidas. Nos anos 60 e 70 do século passado, Portugal debatia-se por reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil e de mortalidade materna, situando-se entre os países com os piores indicadores da Europa Ocidental. Contudo, hoje tais valores encontram-se ao nível dos melhores do mundo (SNS, 2018b).

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

Importa referir que, em relação a estes indicadores, o Algarve tem vindo a tornar-se numa das regiões portuguesas com maior natalidade, confirmando a crescente importância dos imigrantes para o rejuvenescimento da população, pois esta é responsável por parcela bastante significativa dos nascimentos no distrito de Faro. O ritmo de crescimento da população é muito fraco, permanecendo as correntes imigratórias a componente principal desse crescimento, e o envelhecimento demográfico que prossegue (Santos *et al.*, 2011).

Apesar da saúde ser um bem e um direito fundamental das pessoas, em algumas ocasiões vê-se debilitada pela prestação de um serviço desadequado pelas entidades prestadoras de saúde, que se traduzem em falhas e queixas dos pacientes (Zayed *et al.*, 2020). Das 20 entidades com maior número de processos de reclamações submetidos à ERS (Entidade Reguladora da Saúde) no 1.º semestre de 2020, o CHUA encontrava-se em 14º lugar com 842 processos de reclamação, em que os temas focados foram: 353 no utente e 337 nos cuidados de saúde prestados (ERS, 2020).

A distribuição por Região de Saúde dos temas mencionados nas reclamações com data de ocorrência de 2020, no 1.º semestre, com focalização no utente, foram 353, e com focalização nos cuidados de saúde foram 337. É de salientar que entre as queixas relativas à “Focalização no utente”, salienta-se o direito a tratamento pelos meios adequados, humanamente, com prontidão, correção e respeito, com 45,9% das referências e 0,6 % em dispersão dos serviços, 0,52% em Consentimento informado e esclarecido e 0,13% em respeito por convicções pessoais. (ERS, 2020)

Vários autores como De La Fuente-Solana *et al.* (2019), Chen *et al.* (2020) Jean Marie Guise *et al.* (2016) e Zeeshan *et al.*, (2019) salientam, assim, a importância de se considerar determinados fatores-chave para a prestação de cuidados eficazes e eficientes e promoção da segurança do paciente nos SUGO.

Uma boa liderança e organização adequada das tarefas de assistência, proporcionando aos enfermeiros autonomia suficiente, bem como um número adequado de funcionários, são fatores importantes na prevenção do desenvolvimento de *burnout* (De La Fuente-Solana *et al.*, 2019).

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

O trabalho em equipa é considerado outro dos fatores-chave para evitar falhas no trabalho e na comunicação, sendo crucial desenvolver um treino inicial e contínuo para médicos, parteiras, enfermeiros e outras equipas de saúde com foco no conhecimento clínico e nas habilidades técnicas. A didática estruturada parece ser eficaz para aumentar a consciencialização e influenciar atitudes, mas a adição de ferramentas e métodos para integrar conceitos de trabalho em equipa na prática clínica, seja por meio de simulação *in situ* e / ou ferramentas de trabalho em equipa incorporadas em documentos clínicos, parece ser fundamental para melhorar a clínica (Jean Marie Guise, 2016).

Vários autores defendem que os enfermeiros com formação em saúde materna e obstetrícia possuem competências para a triagem de obstetrícia, assistência ao trabalho de parto e parto (McCue *et al.*, 2016), contudo, tomando como exemplo o caso Português, não lhes são delegadas estas aptidões de forma independente. A OE refere que a triagem é uma intervenção autónoma do EESMO, que adquiriu formação e treino académico em contexto de formação continua/ em serviço sobre esta metodologia. Pela formação especializada e pelas competências que detém, é o profissional a quem compete o atendimento com identificação adequada do nível de risco das utentes, no seu ciclo sexual e reprodutivo, grávidas e não grávidas do foro ginecológico e a respetiva intervenção assistencial/terapêutica em tempo útil, assim como o seu encaminhamento para a valência de obstetrícia/ginecologia (OE-MCEESMO, 2017).

No Reino Unido, o papel do obstetra é lidar com as complicações da gravidez, enquanto a gravidez normal e o parto normal são da competência da enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia. Neste país, existe um alto nível de cooperação entre o obstetra, enfermeira parteira e o clínico geral, para que os cuidados à mulher sejam de forma individualizada, com planos, protocolos e organização desses mesmos cuidados, prevenindo possíveis emergências. Se ocorrer uma emergência poderá ser um indicador de maus cuidados planeados. As medidas de qualidade devem ter em atenção a frequência das emergências, quando acontecem e como são tratadas (Drife, 2001).

A conduta dos profissionais de saúde deve basear-se no modelo bioético da autonomia, prestando ao utente informação pertinente para que ele próprio possa tomar decisões. O respeito pelo ser humano, à sua dignidade, privacidade e liberdade devem sempre ser considerados (Silva *et al.*, 2012).

Capítulo 2

Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

Uma boa prática de consentimento pré-procedimento para pacientes obstétricos e ginecológicos é vital para um atendimento de alta qualidade e segurança e não deve ser visto apenas como um requisito ético e legal. Um consentimento fornece à paciente as informações necessárias, que ela deve entender e reter, que lhe possibilita fazer perguntas, que lhe dê uma oportunidade de deliberar sobre suas opções e expressar livremente opiniões antes de concordar formalmente (ou recusar) em se submeter a um determinado procedimento, atingindo o objetivo de tomada de decisão compartilhada (Zeeshan *et al.*, 2019).

O respeito à privacidade e à confidencialidade é uma responsabilidade dos profissionais de saúde. No SU, a privacidade e a confidencialidade geralmente são desafiados pelas características que o espaço físico apresenta, pela presença de acompanhantes, pelos aglomerados de profissionais de saúde, comunicações paralelas, comentários inapropriados (Geiderman, Moskop e Derse, 2006).

A importância da confidencialidade é descrita por Siegler (1982: 307) como:

A confidencialidade serve um ponto duplo na medicina. Em primeiro lugar, reconhece o respeito pelo senso de individualidade e privacidade do paciente. Os segredos físicos e psicológicos mais pessoais do paciente são mantidos em sigilo para diminuir o sentimento de vergonha ou vulnerabilidade. Em segundo lugar, a confidencialidade é importante para melhorar os cuidados de saúde do paciente - um objetivo básico da medicina. A promessa de confidencialidade permite que as pessoas confiem. Dessa maneira, os pacientes são incentivados a se comunicar de maneira honesta e direta com seus médicos. Isso é vital para uma história e um diagnóstico precisos.

Segundo Olsen e Sabin (2003), num serviço de formação de estudantes de medicina e enfermagem, as pacientes tendem a sofrer mais violações na sua privacidade e confidencialidade. De acordo com um estudo realizado por estes autores, é relatado que a localização das conversas ouvidas variam de acordo com o tipo de sala. As que tem cortinas permitiram ouvir 55% das conversas, 48% eram de salas adjacentes e a porta aberta permite que 19% das conversas fossem ouvidas no corredor. Comentários inapropriados ou não profissionais da equipa foram ouvidos por 1,6% dos pacientes (Olsen e Sabin, 2003).

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

Outro estudo conduzido por Hartigan *et al.* (2018) revelou que as pacientes manifestaram sentirem-se mais à vontade para contar a sua história e realizar exames físicos em salas com paredes. A privacidade e a confidencialidade das pacientes é aperfeiçoada em cubículos com paredes em comparação com cortinados, melhorando a qualidade e a experiência das pacientes (Hartigan *et al.*, 2018). A urgência obstétrica geralmente não é propícia para manter a privacidade, dado ocorrerem regularmente situações clínicas de natureza particularmente sensíveis. Por exemplo, uma utente a sofrer uma perda traumática de gravidez ou um mau diagnóstico próximo poderá estar a ouvir batimentos cardíacos fetais de uma outra grávida (Hartigan *et al.*, 2018).

A todas as utentes ou grávidas deve ser dado o direito a um acompanhante, de acordo com o Art.º12 da lei n.º 15/2014 de 21 de Março, sobre os Direitos e Deveres de Acompanhantes revogada pela lei n.º 110/2019 de 9 de setembro, que refere que “Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço” (MS, 2019:94).

A triagem, conforme referido, é o processo preliminar de avaliação clínica que classifica os pacientes antes do diagnóstico e tratamento e tem-se tornado crucial em unidades de urgência superlotadas e com restrição de recursos. Para fornecer pontualidade, eficiência e cuidados seguros e de alta qualidade, é importante selecionar os pacientes de acordo com a gravidade da sua condição. As pacientes de Ginecologia/Obstetrícia representam um grupo específico, atendendo as condições que podem estar associadas à gravidez e as alterações fisiológicas relacionadas com a própria gravidez e que podem tornar a maioria das escalas de triagem inadequadas para esta população. Além disso, algumas das complicações (exemplo a pré-eclampsia) não são bem conhecidas pelas equipas de emergência. A comumente utilizada triagem de Manchester não inclui estas complicações. Isto levou ao desenvolvimento de ferramentas, como o Índice de Triagem Materna e Fetal (MFTI), juntamente com o Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas, com o Sistema de Alerta Precoce Materno (MEWS) nos Estados Unidos e a Escala de Acuidade de Triagem Obstétrica (OTAS) no Canadá.

No entanto, estas ferramentas não têm confiabilidade, pois não incluem condições ginecológicas, consideram apenas especificidades obstétricas. As condições

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

ginecológicas também devem ser adequadamente representadas numa ferramenta de triagem. A Escala de Triagem Swiss Emergency Triage Scale (SETS) é um sistema válido e confiável de quatro níveis baseado em sintomas e é a escala usada na Europa para emergências de adultos. Esta escala representa uma ferramenta ótima a ser adotada num ambiente clínico para triagem de emergência em obstetrícia e ginecologia (Veit-Rubin *et al.*, 2017).

O setor da Saúde debate-se, ainda, com outros desafios e problemas, especificamente ao nível dos Sistemas e Tecnologias de Informação, nomeadamente no que diz respeito à interoperabilidade, ou falta dela, assim como à regulamentação e uniformização de nomenclaturas (Garcia, 2016).

O sistema de informação hospitalar é desenhado para auxiliar na gestão da informação clínica e administrativa da instituição, melhorando a qualidade da prestação de cuidados de saúde, e tem como objetivo integrar outros sistemas já existentes (Garcia, 2016).

Habitualmente, os sistemas de informação existentes num hospital refletem os vários departamentos da instituição, designadamente: os serviços administrativos que, em Portugal, utilizam, maioritariamente, o SONHO - serviço de gestão dos dados administrativos dos doentes; os Serviços Clínicos, que incluem subsistemas como a criação de registo clínico, execução das tarefas de requisição de exames e retorno de resultados; e os Serviços de Apoio, que cobrem as atividades dos laboratórios biológicos e serviços de imagem (Garcia, 2016).

Por forma a integrar todos os dados gerados dentro de uma organização de saúde, deve haver uma partilha e reutilização de informação entre os sistemas, tornando-os capazes de colaborar, designada por *interoperabilidade* (Nunes, 2004). No entanto, devido à disseminação de Tecnologia de Informação, muitos departamentos hospitalares adquiriram software ou criaram bases de dados informáticas para armazenar e gerir os registos com dados relevantes dos seus pacientes, sendo que muitos desses sistemas não foram desenhados de forma a permitir a interoperabilidade, tornando a utilização e partilha de informação clínica ineficiente (Garcia, 2016).

Dever-se-ia incentivar os profissionais à utilização adequada do software, com o fim de agilizar o serviço e utilizar as ferramentas tecnológicas disponíveis para esse fim (Sánchez *et al.*, 2016).

O acolhimento, a confiança e o fornecimento de informações claras são fundamentais para o relacionamento médico-paciente. É preciso unir esforços para que a mulher tenha uma assistência integral e humanizada, tornando-a uma personagem atuante no processo de decisão sobre a própria saúde. O acesso à informação de qualidade deve sempre ser uma meta e o fortalecimento da confiança entre paciente e médico um objetivo.

No entanto, há diversos estudos que relatam a sua inutilização ou utilização desadequada que, com muita frequência, se foca na obtenção da assinatura da paciente e não na comunicação bidirecional e transferência de informações entre a equipa de saúde e a paciente. Em estudos desenvolvidos por Zeeshan *et al.* (2019), Akkad *et al.* (2004) e Siddiqui, Shaikh e Memon (2010) referem que a duração média relatada foi de apenas 1 minuto, o que aponta para uma tendência geral dos profissionais de saúde a considerar o processo do consentimento informado apenas como uma oportunidade de obter a assinatura do paciente.

A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações. Existe suficiente evidência científica que apoia a noção que uma dotação insuficiente de enfermeiros influencia, nomeadamente, na ocorrência de eventos adversos (Pereira, 2014a).

2.4 O Serviço de Urgência do Centro Hospital e Universitário do Algarve (CHUA)

O CHUA é a designação atribuída ao antigo Centro Hospitalar do Algarve, após o abrigo do Decreto-Lei nº 101/17 de 23 de agosto. Este centro hospitalar, que funciona em articulação com as restantes unidades de saúde, integra o setor empresarial do estado e pertence ao SNS, incluindo as unidades hospitalares de Faro, Portimão e Lagos, bem como o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (CMFRS) e Serviços de Urgência Básica do Algarve (SUB) em Loulé, Albufeira e Vila Real de Santo António, cuja finalidade é a promoção da articulação da atividade assistencial entre estas unidades,

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

a sua complementaridade, melhorando a eficiência e a eficácia dos recursos humanos disponíveis na região do Algarve (NUTS II/III), sem prejuízo do acesso dos utentes a cuidados de saúde de qualidade (CHUA, 2019). Isto é, o CHUA foi alvo de uma integração horizontal nas suas estruturas de oferta em cuidados de saúde (Santana e Costa, 2008).

O CHUA é responsável pela prestação direta de cuidados de saúde às pessoas que habitam na região ou que a visitam, englobando os concelhos do Algarve e também parte do Alentejo, servindo aproximadamente 600 mil residentes “(...) Algarve, Baixo Alentejo e no concelho de Odemira, do Alentejo Litoral” (CHUA, 2018: 20). A capacidade de lotação do internamento do CHUA é de 901 pessoas, com a seguinte distribuição: 574 na Unidade de Faro; 287 na Unidade de Portimão; e 40 na Unidade de Lagos (Circular Normativa n.º 172/17 de 28 de agosto).

A missão do CHUA, além da prestação de cuidados de saúde diferenciados, tem igualmente a de investigação, do ensino médico e em saúde, sendo uma instituição de referência no SNS com estatuto de hospital universitário (CHUA, 2018). Para concretizar a abordagem moderna de articulação da atividade assistencial, do ensino e da investigação, foi criado o Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve, através do Despacho n.º 75/2016, o consórcio entre o Centro Hospitalar Universitário do Algarve e a Universidade do Algarve através do centro de investigação - Center for Biomedical Research e do seu Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina (CBMR). Estas entidades constituem-se como uma estrutura integrada de assistência, ensino e investigação médica, que tem como principal objetivo o avanço e a aplicação do conhecimento e da evidência científica para a melhoria da prestação de cuidados de saúde (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

O CHUA tem como objetivo, oferecer equidade e universalidade do acesso aos cuidados de saúde (CHUA, 2018), de acordo com o exposto na Lei de Bases da Saúde, que menciona que o SNS é caracterizado por “ser universal quanto à população abrangida” e “garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (Lei n.º 48/90 de 24 de agosto de 1990: 3456).

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

No Despacho n.º 13427/15 de 20 de novembro, é referenciado que a Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve detém quatro SUB, um SU Médico-Cirúrgico (SUMC), que se localiza na Unidade de Portimão, e um SUP, que se localiza na Unidade de Faro.

O SU da Unidade de Faro do CHUA é considerado um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), na medida em que corresponde ao “(...) nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” (Despacho n.º 10319/2014, 2014: 20674).

O SUP do CHUA dispõe das valências médicas de medicina interna, cirurgia geral, cirurgia plástica, ortopedia, anestesiologia, bloco operatório (24 horas por dia), gastroenterologia, cardiologia de intervenção, neurocirurgia, nefrologia (com diálise para situações agudas), medicina intensiva, imagiologia, patologia clínica com toxicologia, apoio das especialidades de cirurgia plástica e reconstrutiva, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e urologia (CHUA, s.d.).

De acordo com o Despacho já referido (Despacho n.º 10319/14 de 11 de agosto), deveria também dispor das valências de cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilo-facial e cirurgia vascular. No entanto, o hospital não as apresenta, o que exige colaboração e articulação com os Hospitais de referência nestas especialidades, recorrendo-se quando necessário à transferência inter-hospitalar.

Os SU anteriormente referidos complementam-se com os seguintes meios de emergência pré-hospitalares: três Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), uma no SUMC da unidade de Portimão, uma no SUP da unidade de Faro e uma no SUB de Albufeira; quatro ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), sedeadas em Lagos (SUB Lagos), Loulé (SUB Loulé), Tavira (CS Tavira) e Vila Real de Santo António (SUB de VRSA); uma Moto de Emergência Médica (MEM) sedeadada em Faro e um Serviço de Helicóptero de Emergência Médica (MEM), sendo que o heliporto é em Loulé.

O INEM é a entidade responsável por definir, organizar, coordenar e avaliar as atividades do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), dispondo de VMER, de SIV, de motociclo de emergência médica e de helicóptero de emergência médica.

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

Segundo a legislação em vigor, os SUP e os SUMC devem integrar uma VMER e os SUB devem integrar uma ambulância SIV. Contudo, o CHUA apresenta uma exceção - o SUB de Albufeira dispõe de uma VMER e não de uma SIV como preconizado - devido à extensão da abrangência geográfica e ao facto da população aumentar bastante em algumas alturas do ano, nomeadamente nas épocas festivas e no Verão, sendo necessário ter os meios adequados para responder a questões de saúde mais complexas (INEM, 2018a).

Segundo o Relatório Anual de 2017, “a integração dos meios de emergência pré-hospitalar – VMER e Ambulâncias SIV - veio potenciar sinergias, possibilitou a gestão otimizada dos recursos, contribuindo, inequivocamente, para a sustentabilidade desta importante rede de meios de emergência médica” (INEM, 2018b:13).

No SUP do CHUA são prestados cuidados de saúde em situação de urgência/emergência à pessoa doente e família todos os dias do ano e 24 horas por dia (CHUA, s.d). Relativamente aos últimos indicadores disponibilizados em relação ao movimento assistencial das urgências do CHUA, o número total de atendimentos em 2018 foi de 348.652 e, de acordo com a tipologia do serviço de urgência, o SUP da Unidade de Faro atendeu 127.966 utentes, o SUMC da Unidade de Portimão atendeu 98.716 utentes e os SUB da região do Algarve atendeu 121.970 utentes (CHUA, 2018).

O circuito dos doentes inicia-se com a inscrição na admissão de doentes do SUP. Posteriormente, é realizada a classificação do grau de prioridade de atendimento, por um enfermeiro, com recurso à Triagem de Manchester “(...) metodologia de triagem, a análise do doente pode ser executada rapidamente e com segurança, para se atribuir uma prioridade clínica apropriada a guiar a tomada de decisão” (GPT, 1997:5).

Foram desenvolvidos ao longo dos últimos anos numerosos instrumentos de triagem, em vários países: Austrália – Australasian Triage Scale (ATS); Reino Unido – Manchester Triage System (MTS); Canada – Escala Canadense de Triagem e Acuidade (CTAS) e nos Estados Unidos – Emergency Severity Index (ESI) (Veit-Rubin *et al.*, 2017).

No Artigo 12º do Despacho n.º 10319/14 de 11 de agosto, é referida a obrigatoriedade da implementação de Sistemas de Triagem de Prioridades de Manchester (STPM) nos

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

serviços de urgência em Portugal, que permite, através de uma avaliação inicial do doente, com base na queixa de apresentação e identificação de critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, estabelecer um nível de prioridade clínica, bem como a previsão do tempo para o atendimento médico. Após a realização da classificação do risco, o doente deve ser encaminhado no serviço de acordo com as normas previamente definidas e padronizadas, respeitando e privilegiando a seriação feita na triagem de prioridades, de modo a garantir que o doente seja observado no local, com a logísticas e pela equipa mais adequada, em tempo clinicamente aceitável (MS, 2014).

O enfermeiro que realiza a triagem é responsável pelo encaminhamento da pessoa para a área de cuidados adequado à sua situação clínica, onde são continuados os cuidados necessários. Em relação as mulheres que necessitem de cuidados ginecológico ou as mulheres grávidas (obstetrícia), têm um atendimento preferencial e são transferidas para o SUGO.

O SUGO situa-se no piso 5 do CHUA - Unidade de Faro, serviço que pertence ao Departamento de Ginecologia/Obstetrícia e Reprodução Humana (DGORH), que advém de decisão de departamentalização, como modelo de governação clínica do CHUA e que foi concretizado na Ordem de Serviço 3/2016 (CHUA, 2018).

De acordo com a ARS do Algarve, a requalificação das áreas comuns do serviço de obstetrícia e ginecologia, bem como do bloco de partos e da unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos, potenciaram a segurança das mães e recém-nascidos (ARS Algarve, 2014)

Dados relativos à classificação do TOP 10 de Hospitais Portugueses, extraídos do relatório anual de acesso de 2018, o CHUA obteve a classificação do 3º lugar como Hospital com maior volume assistencial. A especialidade de Ginecologia, por sua vez, classificou-se em 7º lugar a nível nacional no TOP 10 de especialidades de maior volume assistencial (SNS, 2018).

2.4.1 O Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia da Unidade de Faro do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

O SUGO da Unidade de Faro, integrado no Departamento de Ginecologia/Obstetrícia e Reprodução Humana (DGORH), é gerido por uma administradora hospitalar e um diretor de departamento, os quais exercem funções executivas na unidade de Portimão, deslocando-se regularmente e quando necessário a esta unidade.

A unidade de Faro do CHUA é considerada a unidade de referência na área da SMO na região do Algarve, por ter associado a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), admitindo mulheres remetidas dos Cuidados de Saúde Primários e/ou especializados de outros centros de urgência hospitalares da região, que detenham patologias com maior complexidade relacionadas com a gravidez e parto em situações de risco (SNS, 2014).

O SUGO presta assistência de ginecologia e obstetrícia à população do Algarve (conforme **Tabela 2.1**) e às utentes que a ela recorram, independentemente da área de residência ou nacionalidade.

Tabela 2.1: População algarvia residente em 2019

População no Algarve	População do distrito de Faro	População estrangeira residente no Algarve	População estrangeira residente no distrito de Faro
438.635	60.995	92.558	8.663

Fonte: INE, PORDATA (2020)

A população do sexo feminino residente no Algarve (conforme **Tabela 2.2**) é uma referência do número de eventuais utentes a recorrerem ao SUGO.

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

Tabela 2.2: População residente por sexo, no Algarve em 2020

População residente	Homens	Mulheres
438.188	208.240	229.948

Fonte: INE, PORDATA (2021)

A especialidade de ginecologia e a obstetrícia em Portugal no ano de 2019, continha 36.340 médicos nesta área, sendo por isso a 3ª maior especialidade médica. No entanto, no Algarve existem 69 médicos com a especialidade de Ginecologia/Obstetrícia, distribuídos da seguinte forma, tal como se pode observar na **Tabela 2.3**.

Tabela 2.3: Número de médicos especialistas de Ginecologia/Obstetrícia por Concelhos do Algarve em 2019

Concelhos do Algarve	Especialistas por Concelho
Alcoutim, Aljezur, Castro Marim, Monchique, São Brás de Alportel, Vila do Bispo	0
Albufeira, Olhão, Vila Real de Santo António	1
Lagoa, Silves, Tavira	2
Lagos	3
Loulé	5
Portimão	12
Faro	40

Fonte: INE, PORDATA (2020)

A esta equipa de saúde fazem, igualmente, parte enfermeiros, mas atendendo à área específica de atendimento e assistência à mulher no que se refere ao ciclo reprodutivo, somente os EESMO estão habilitados para o exercício profissional com total responsabilidade e competência, devendo a triagem ser considerada um posto de trabalho (OE-MCEESMO, s.d.). A **Tabela 2.4** enumera os enfermeiros EESMO existentes em 2019.

Capítulo 2
Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

Tabela 2.4: Número de Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia em 2019

EESMO no país	EESMO na Seção Regional do Sul	EESMO no distrito de Faro	EESMO no SUGO-CHUA Unidade de Faro
2.985	1.160	107	28

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2020)

No ano de 2019, verificaram-se 21.605 atendimentos nas duas unidades de urgência de ginecologia/obstetrícia do CHUA, sendo que 13.252 foram no SUGO da Unidade de Faro (Figueiredo, 2020). Importa, contudo, salientar, mesmo com o primeiro Estado de Emergência Nacional decretado a 18 de março de 2020, resultante da situação pandémica de SARS-CoV-2, que veio regular a atividade assistencial do DGRH do CHUA, bem como a da maioria dos serviços do SNS, a atividade de 2020 relativamente à Ginecologia atendeu preferencialmente atividade urgente, adiando a atividade ambulatória e cirúrgica programada. No entanto, a Obstetrícia não parou a sua atividade assistencial, como também realizou mais atos médicos durante o período em causa, tendo oferecido um acréscimo de 32% (+394 rastreios de gravidez que 2019) à população algarvia, dado que as grávidas que deveriam ser seguidas nos Cuidados de Saúde Primários foram obrigadas a encerrar durante a pandemia (Figueiredo, 2020).

Em relação ao número de partos, em 2019 ocorreram 3.813 partos, já em 2020 foram de 3.645, um decréscimo de 4%. Por outro lado, a taxa de cesarianas passou de 30,5%, em 2019, para 27,8% em 2020, o que demonstra um esforço do DGRH em alinhar-se com o que é preconizado pela Comissão Nacional de Redução das Taxas de Cesariana (Figueiredo, 2020). No ano de 2020, do total de 17.803 atendimentos no serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia do CHUA, 10.510 foram no SUGO da Unidade de Faro (Figueiredo, 2020).

O SUGO da Unidade de Faro inclui quatro salas, são elas: duas salas de admissão, com o sistema informático Alert®, equipados de ecógrafo com sonda vaginal e abdominal, bem como equipamento para monitorização de parâmetros vitais; uma sala para exames de obstetrícia (sala de CTG, com 2 cardiocógrafos para controle fetal) e uma sala de observações com 2 camas separadas por cortinas. No que se refere às salas de admissão,

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

estas dispõem de uma secretária separada por uma cortina para o espaço onde se localiza a mesa de observação ginecológica/obstétrica e a porta dessas salas mantém-se aberta para um corredor comum. Todas as salas estão equipadas com material para atender as urgências ginecológicas e/ou obstétricas hospitalares. Ocasionalmente, as pacientes de obstetrícia necessitam deslocar-se de uma sala para a outra. O SUGO tem ao seu dispor meios complementares de diagnóstico, analíticos, ecográficos e técnicos.

A equipa que exerce funções no SUGO é uma equipa multidisciplinar constituída da seguinte forma: por 12 médicos com a especialidade de ginecologia/obstetrícia pertencentes ao mapa de pessoal da CHUA; 13 médicos com a especialidade de ginecologia/obstetrícia que são prestadores de serviços médicos; 7 médicos em formação, internos da especialidade de ginecologia/obstetrícia; 28 EESMO; 13 enfermeiros de cuidados gerais; 1 enfermeiro com a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica (coordenadora do bloco operatório do DGORH do SUGO-CHUA da Unidade de Faro); 18 assistentes operacionais; bem como outros profissionais de diversas áreas, com formações académicas diferenciadas (anestésistas, neonatologistas, técnicos de serviço social e psicólogos).

É importante diferenciar que o médico ginecologista está mais centrado nas mudanças e cuidados com o sistema reprodutor e o corpo feminino em geral, desde a infância à terceira idade, já o médico obstetra dedica o seu trabalho à reprodução e assistência durante a gravidez, acompanhando o pré-natal, parto e pós-parto, garantindo a saúde da mãe e do filho. No entanto estes profissionais, são médicos com a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia e no caso específico do SUGO tem como missão a prestação de cuidados a mulheres com necessidades urgentes de cuidados ginecológicos, a grávidas com intercorrências e a mulheres em trabalho de parto.

Conforme aponta o SNS (2019), o sucesso da atividade assistencial assenta, não só em mais recursos financeiros, mas, sobretudo, nas pessoas, em particular, nos profissionais de saúde - nas suas condições de trabalho, na sua motivação – e nos cidadãos – na resposta às suas necessidades, na aposta à sua literacia e na abertura à sua participação (SNS, 2019).

2. 5 Os desafios da Gestão nos Serviços de Urgência

Os SU do SNS são diferentes e cada um tem a sua particularidade, tendo em conta os contextos em que estão inseridos: as características da população que abrangem; a política das instituições e a organização dos serviços, o que pode significar diferenças de resultados na aplicabilidade das estratégias (Gonçalves, 2018).

O SNS necessita de um investimento público para fazer face aos desafios do futuro e para dar uma resposta efetiva às necessidades da população (Sakellarides, 2020). Para que os indicadores de qualidade sejam atingidos, depende o sucesso de uma gestão adequada, onde os participantes da organização são responsáveis por essa mesma qualidade (Ferreira, 1991) resultados que só se conseguem alcançar com o empenho e motivação de todos os profissionais (Gonçalves, 2018). Não menos importante, é de referir que todas as áreas operacionais são relevantes na prestação de cuidados de saúde, centralizadas no utente, promovendo uma prestação com melhor qualidade assistencial, no sentido de uma eficiência técnica e económica, como nos refere Santana e Costa (2008).

Além destes desafios, a literatura refere que muitos departamentos hospitalares adquirem softwares ou criam bases de dados que tornam a partilha de informação clínica ineficiente, como defende Garcia (2016) e Nunes (2014), tornando-os até mesmo interoperáveis, devendo os profissionais serem incentivados ao uso adequado dos equipamentos e sistemas de informação. (Sanchez *et al*, 2016)

Outro desafio para a gestão do SUGO prende-se com a classificação da prioridade no atendimento. Atendendo que as pacientes de ginecologia/obstetrícia representam um grupo específico pelas condições associadas à gravidez, a maioria das escalas de triagem não estão orientadas para esta população (Veit.Rubin *et al*, 2017). Já McCue *et al* (2016) refere que as enfermeiras EESMO possuem competências para a triagem em obstetrícia. Contudo, em Portugal, os utentes são triados no momento do atendimento, seguindo posteriormente para as diversas especialidades, como a de ginecologia/obstetrícia.

Os recursos humanos são outro desafio a destacar, sendo que a sua escassez é evidente para fazer face às necessidades de funcionamento dos serviços de urgência. Uma das recomendações vindas de estudos empíricos apontam para a necessidade de cumprir com

Capítulo 2 Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

dotação adequada de enfermeiros com nível de qualificação e perfil de competências adequado à especificidade do serviço (Pereira, 2014; Mauritti et al, 2019).

Outro desafio identificado é a grande afluência de utentes ao SUGO. Segundo Costa (2014), este serviço tem sido utilizado de forma inadequada para consultas de vigilância, situações que poderiam ser tratados em ambiente de ambulatório (Nicholson et al, 2001; Jones e Pearce, 2009)

O acesso aos cuidados de saúde tem sido apontado por autores como Nicholson et al (2001) como um desafio na gestão dos utentes, pelo que muitos utentes que recorrem ao SUGO resulta do facto de não frequentarem as consultas de vigilância regularmente e dos baixos níveis de literacia em saúde (DGS, 2018, 2019), comprometendo a qualidade em saúde, igualmente definida por Imperoti (1999), Santana e Costa (2008) e Rocha (2020) como um conceito multidimensional, que procura excelência e que pode ser retratado pela comunicação médico-utente e pelo uso devido do consentimento informado (Zeeshan *et al.*, 2019; Akkad *et al.*, 2004; Siddiqui, Shaikh & Memon, 2010), assim como pela confidencialidade e privacidade das utentes (Geiderman, Moskop e Derse (2006); Olsen e Sabin, 2003). A qualidade em saúde é, deste modo, vista como um desafio para o futuro, a qual depende da forma como são implementados e monitorizados os indicadores de qualidade por parte dos participantes das organizações, garantindo, assim, a qualidade dos serviços e dos cuidados prestados (Ferreira, 1991).

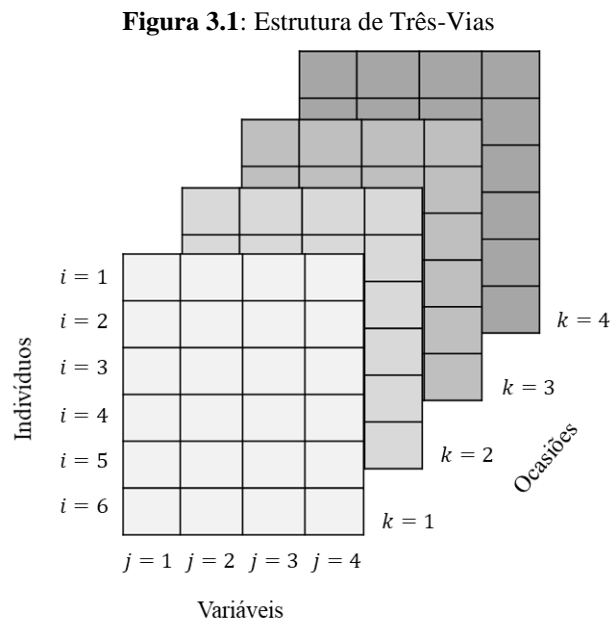
CAPÍTULO 3

MÉTODO

3.1 Os Métodos de Três-Vias

De modo geral, a estatística multivariada trata do estudo de dados obtidos pela medição de várias variáveis sobre um conjunto de indivíduos ou objetos, representados numa estrutura de dupla entrada (duas-vias), denominada matriz de dados. Contudo, por vezes existe a necessidade de incorporar, nos estudos, as diversas ocasiões ou situações experimentais em que as medições das variáveis se realizaram sobre o conjunto de indivíduos. Por outras palavras, existe a necessidade de incluir uma terceira via na matriz de dados. Assim, surgem os métodos de Três-Vias quando a informação se organiza em estruturas onde cada dado é representado tridimensionalmente (**Figura 3.1**) através de:

1. Um índice para identificar os indivíduos (i) que são objeto de estudo;
2. Outro para as variáveis (j) que se mediram sobre esses indivíduos e,
3. Um terceiro para identificar as diversas ocasiões ou situações experimentais (k) em que essas medições se realizaram.



Fonte: elaboração própria

Estas estruturas correspondem, geralmente, a dois tipos de organização de dados:

Capítulo 3

Método

1. Observações de diferentes conjuntos de indivíduos, num número fixo de variáveis, em diferentes ocasiões; ou
2. Observações dos mesmos indivíduos, em diferentes conjuntos de variáveis, em diferentes ocasiões.

Muito embora uma estrutura de dados de Três-Vias se possa considerar como uma sucessão de matrizes de duas-vias, os métodos estatísticos que tradicionalmente as analisam não são indicados para o tratamento de estruturas de Três-Vias, uma vez que não permitem analisar, em simultâneo, as diversas matrizes, ordenadas por tempo ou por espaço, com o objetivo de detetar as semelhanças e as diferenças observadas nas configurações das trajetórias dos indivíduos e das variáveis. Dito de outra forma, os métodos de estatística multivariada de duas-vias não identificam os padrões da estrutura interna, presentes nas configurações de Três-Vias. Desta forma, estes métodos, ao descreverem a relação entre as Três-Vias, geram análises mais completas e, neste contexto, assumem principal relevância ao permitir analisar simultaneamente diversas matrizes de dados, possibilitando uma análise mais robusta e mais aderente à realidade, pelo facto de serem capazes de perceberem os fenómenos e, essencialmente, de captarem as mudanças.

Os principais trabalhos referenciados na bibliografia, sobre este tipo de estruturas, apresentaram diferentes métodos de análise, provenientes das escolas francesa e anglo-saxónica. Da escola francesa, onde se enquadra esta investigação, destaca-se o método STATIS (*Structuration des Tableaux à Trois Indices de la Statistique*) de Escoufier (1973); L'Hermier des Plantes (1976); Lavit (1988); Lavit *et al.* (1994).

3.2 O Método STATIS

Trata-se de um método de análise exploratória de dados que permite detetar uma estrutura comum em várias matrizes de dados, obtidas durante determinado período de tempo ou no decorrer de várias situações experimentais, por forma a identificar as diferenças e as semelhanças ao longo dessas ocasiões (Klie *et al.*, 2014; Shinkareva *et al.*, 2014; Bono e Giacomarra 2016; Rivadeneira *et al.*, 2016; Feki-Sahnoun *et al.*, 2018; Rundle *et al.*, 2018).

O STATIS pode ser, ainda, entendido como uma extensão da Análise de Componentes Principais (ACP) em presença de matrizes de dados relativos a variáveis recolhidas para as mesmas observações (Shinkareva *et al.*, 2014; Boumaza *et al.*, 2015; Rivadeneira *et al.*, 2016). Não obstante, permite a extração de informações a partir de dados multidimensionais recolhidos em situações ou instantes diferentes.

O STATIS baseia-se na álgebra linear e, em particular, em espaços vetoriais euclidianos e pretende comparar configurações de indivíduos ou de variáveis, em diferentes horizontes temporais ou espaciais, de modo a detetar uma estrutura comum, estável e representativa de todas as matrizes de dados.

Na realidade, o STATIS permite não só captar as trajetórias dos indivíduos e das variáveis ao longo do tempo, do espaço ou de situações experimentais, identificando os momentos em que as mudanças mais significativas ocorreram, como também identificar as variáveis e os indivíduos responsáveis por essas alterações.

Ainda no âmbito do STATIS, é possível ainda considerar uma situação particular que atribui a designação de dados cúbicos ou triádico a observações dos mesmos indivíduos, no mesmo conjunto de variáveis, em diferentes ocasiões que é designada por Análise Triádica Parcial (PTA) de Jaffrenou (1978) e que está na base do método DISTATIS que sustenta este estudo.

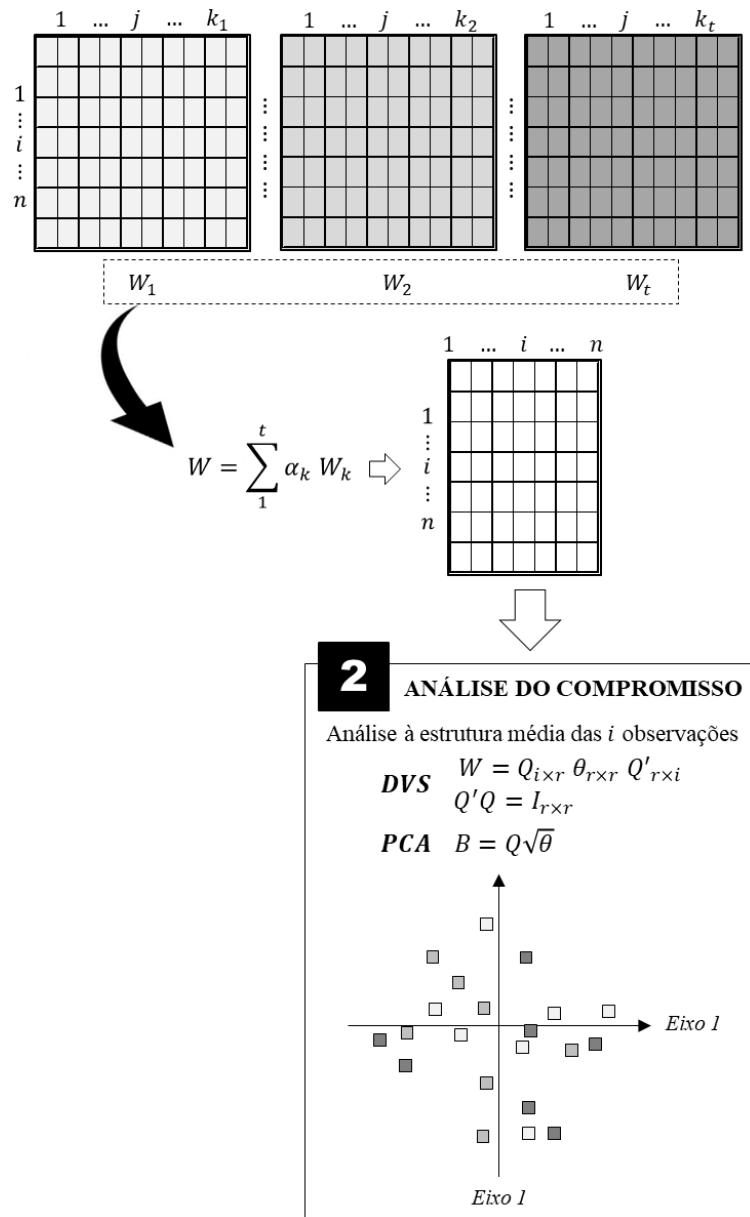
A PTA distingue-se pela particularidade de ser utilizada quando todas as matrizes de dados contêm informação sobre os mesmos indivíduos e sobre as mesmas variáveis e executa-se em três etapas:

- **Etapa 1: A Análise da Interestrutura** que consiste numa comparação global das matrizes de dados para identificar semelhanças e/ou diferenças, mas sem identificar os indivíduos e/ou as variáveis responsáveis;
- **Etapa 2:** Por sua vez a representação da interestrutura, num plano fatorial, permite criar uma matriz que dá origem à **Análise do Compromisso** a qual caracteriza uma estrutura comum à série original que é representativa de todas as matrizes de dados;

- **Etapa 3:** Por fim, a definição do compromisso possibilita a representação euclidiana das “posições” dos indivíduos. Ou seja, mediante a detecção das associações entre as variáveis e os indivíduos torna-se possível interpretar as “posições” dos indivíduos no espaço-compromisso, no que concerne às semelhanças/diferenças entre as variáveis originais, conduzindo finalmente à identificação dos responsáveis na **Análise da Intraestrutura**. A partir do espaço-compromisso traçam-se trajetórias que descrevem o comportamento evolutivo de cada indivíduo ou de cada variável.

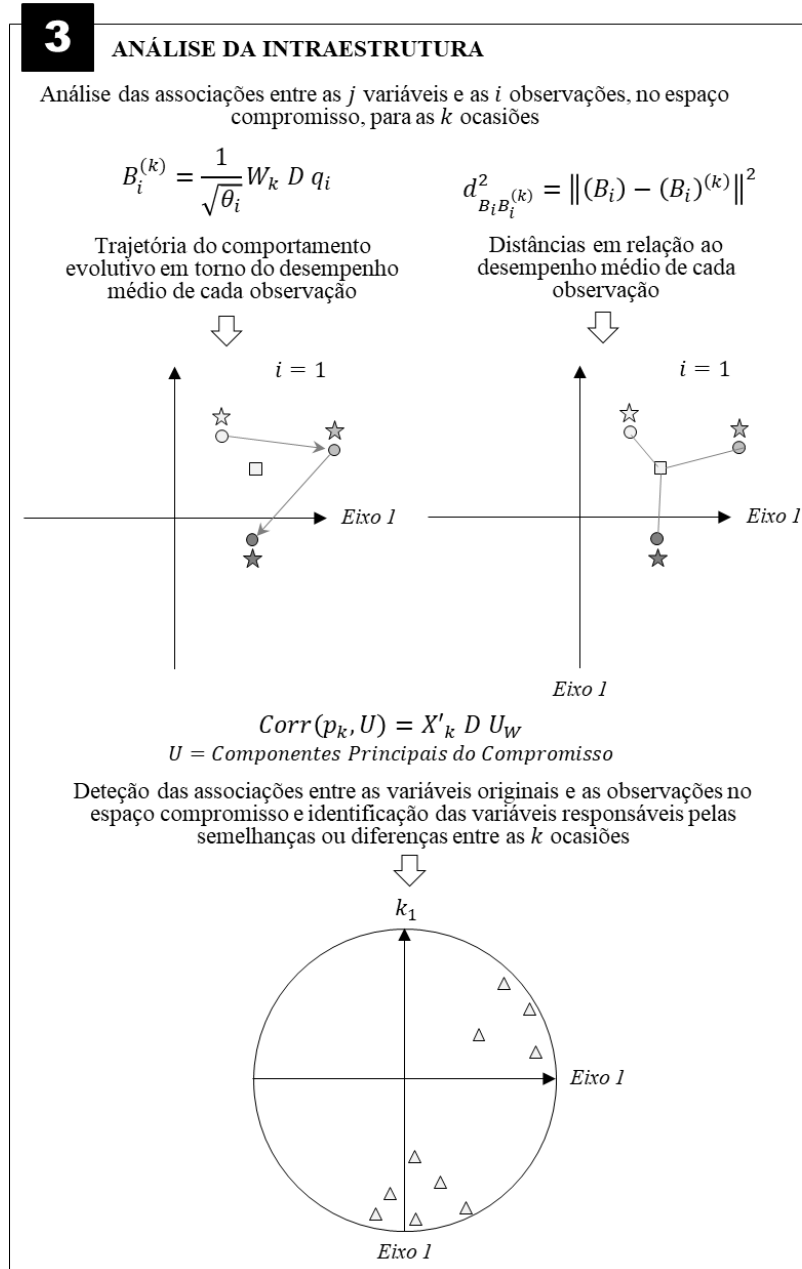
A **Figura 3.2** descreve intuitivamente a aplicação do método STATIS, particularmente a PTA.

Figura 3.2b: Diagrama de Decisão do STATIS, PTA



Fonte: adaptado de Pereira (2018)

Figura 3.2c: Diagrama de Decisão do STATIS, PTA



3.3 O Método DISTATIS

É uma generalização do Escalonamento Multidimensional (MDS) desenvolvido por Togerson (1958) e tem por principal objetivo analisar várias matrizes de distâncias, calculadas sobre o mesmo conjunto de indivíduos ou de objetos, numa única representação gráfica.

O DISTATIS é igualmente uma metodologia de Três-Vias bastante versátil na análise das relações entre a estrutura de uma série de matrizes de dados, como um todo. Trata-se também de um método exploratório de análise de dados adequado a matrizes de distâncias de Três-Vias que é muito utilizado em situações relacionadas com tarefas de classificação (*Sorting Tasks*) (Schwarz *et al.*, 2015; Lahne *et al.*, 2016).

Tal como a PTA, o DISTATIS avalia, em primeiro lugar, a semelhança entre matrizes de distância e, a partir daqui, é calculada uma matriz de compromisso na qual as matrizes de distância originais são projetadas (Abdi *et al.*, 2005; Abdi *et al.*, 2007; Ballester *et al.*, 2009; Abdi *et al.*, 2012; Beaton *et al.*, 2014; Schwarz *et al.*, 2015; Lahne *et al.*, 2016; Gómez-Corona *et al.*, 2017).

3.3.1 As Tarefas de Classificação

Sendo o DISTATIS uma metodologia que se inicia com tarefas de classificação, suportadas através de matrizes de distâncias, o conceito de classificação torna-se, portanto, de interesse. Uma tarefa de classificação traduz um procedimento simples com elevado potencial de aplicação. Trata-se de um processo cognitivo natural para recolher dados que sejam similares, relacionados entre si e que não requerem uma resposta quantitativa. São usualmente dados da vida quotidiana que representam objetos, conceitos e produtos ou serviços com características comuns, os quais são agrupados com a finalidade de se obterem informações relevantes com um esforço intelectual mínimo (Chollet *et al.*, 2011; Varela e Ares, 2014; Vidal *et al.*, 2014; Blanchard *et al.*, 2017; Clicerri *et al.*, 2017; Morrison *et al.*, 2017).

Capítulo 3 Método

As tarefas de classificação remontam a 1935 (Hulin e Katz, 1935) e tiveram o seu início, na década de 70, na área da psicologia (Hulin e Katz, 1935, Coxon, 1999), campo científico onde continuam a ser utilizadas frequentemente (Coxon, 1999; Gevaux e Petty, 2018; Nielsen *et al.*, 2018; van Krugten *et al.*, 2018).

As *Sorting Tasks* foram usadas pela primeira vez na avaliação sensorial, no início dos anos 90, para investigar a estrutura preceptiva dos odores (Lawless, 1989; Lawless e Glatler, 1990; MacRae *et al.*, 1992; Stevens e O'Connell, 1996; Chrea *et al.*, 2005) e, na classificação de produtos alimentares por Lawless *et al.* (1995). Atualmente são frequentemente utilizadas na área do marketing, para estudos de marca, de posicionamento e de categorização dos produtos (Chollet *et al.*, 2011; Blanchard *et al.*, 2017).

Neste tipo de tarefas de classificação, é solicitado a avaliadores (peritos ou especialistas) uma classificação de estímulos, em grupos, tendo por base a similaridade percebida. Este processo é de extrema importância na identificação e na priorização de ideias (Chollet *et al.*, 2011; Laakso *et al.*, 2013; Vidal *et al.*, 2014; Morrison *et al.*, 2017; Nielsen, *et al.*, 2018; van Krugten *et al.*, 2018). De acordo com (Blanchard *et al.*, 2017), no domínio sensorial, estas tarefas são um modo eficiente e económico de se obterem informações relevantes sobre as diferenças entre produtos e serviços, possibilitando assim, determinar a vida útil e o desenvolvimento de produtos, serviços e processos.

Segundo Vidal *et al.*, (2014), com a evolução desta metodologia, a utilização de painéis de avaliadores treinados tornou-se uma prática comum, mais atrativa e simples, menos exaustiva e menos demorada.

No que diz respeito ao número de avaliadores necessários nas tarefas de classificação, não é consensual entre os investigadores. Faye *et al.* (2004) sugeriram a necessidade de um grande número de avaliadores, no entanto, Chollet *et al.* (2011) referem que as *Sorting Tasks*, dependentemente do objeto de estudo, sejam realizadas com um número ótimo de avaliadores compreendido entre 10 a 15 peritos.

Uma tarefa de classificação é executada numa única sessão. Os estímulos são apresentados simultaneamente e exibidos aleatoriamente numa tabela, com uma ordem

Capítulo 3 Método

diferente para cada avaliador. A estes é então solicitado que os avaliem e, em seguida, é-lhes pedido que classifiquem os estímulos em grupos mutuamente exclusivos, tendo por base as semelhanças percebidas. Os avaliadores podem usar os critérios que desejarem para classificar os estímulos e são livres para criarem quantos grupos quiserem (Lawless *et al.*, 1995; Tang e Heymann, 1999; Faye *et al.*, 2004, 2006; Saint-Eve *et al.*, 2004; Cartier *et al.*, 2006; Lelievre *et al.*, 2008; Santosa *et al.*, 2010; Chollet *et al.*, 2011; Ballester *et al.*, 2013; Hopfer e Heymann, 2014; Bucher *et al.*, 2016; Guyot *et al.*, 2017; Honoré-Chedozeau *et al.*, 2017; Morrison *et al.*, 2017; Gevaux e Petty, 2018; Nielsen *et al.*, 2018; van Krugten *et al.*, 2018).

Finalmente, pode afirmar-se que o objetivo final de uma tarefa de classificação é revelar, por meio de análises estatísticas, a estrutura espacial do estímulo e interpretar as suas dimensões subjacentes. No entanto, foi sugerido por Blancher *et al.*, (2012) e Vidal *et al.*, (2014) que a estabilidade dos resultados das tarefas de classificação poderia depender das características dos conjuntos de estímulos e do nível de especialização do avaliador.

A título de exemplo dos últimos dez anos, as tarefas de classificação foram usadas numa grande variedade de produtos alimentares, tais como, pepinos e tomates (Deegan *et al.*, 2010), azeite (Santosa *et al.*, 2010), vinhos (Becue-Bertaut e Lê 2011; Ballester *et al.*, 2013; Hopfer e Heymann, 2014; Honoré-Chedozeau *et al.*, 2017), carne (Hoek *et al.*, 2011), Queijo (Alvarado *et al.*, 2013), Frutos e vegetais (Mielby *et al.*, 2014), Lanches dos adolescentes (Bucher *et al.*, 2016), whiskeys (Lahne *et al.*, 2016), Milhos e ervilhas (Clicerri *et al.*, 2017), cervejas (Gómez-Corona *et al.*, 2017), e licores amargos (Lahne *et al.*, 2018). Além disso, têm sido utilizadas na avaliação sensorial de produtos não alimentares, também referentes aos últimos dez anos e que são, Livros (Schwarz *et al.*, 2015), sons dos líquidos (Guyot *et al.*, 2017), estágios internacionais de Enfermagem (Morrison *et al.*, 2017), Resiliência dos profissionais de saúde mental (Gevaux e Petty, 2018), Depressão (van Krugten *et al.*, 2018) e capacidade para a realização das atividades de vida diária em doentes com doenças crónicas (Nielsen *et al.*, 2018).

Recentemente, como uma investigação inovadora, foi utilizado nos serviços de saúde, mais propriamente no SU, com o objetivo de classificar e hierarquizar os principais problemas e desafios desse mesmo serviço, no sentido de poder vir a contribuir para a melhoria da gestão dessa entidade (Pereira, 2018).

Tradicionalmente, as tarefas de classificação eram avaliadas com recurso ao MDS (1958), contudo, de acordo com Lawless *et al.* (1995), Abdi (2007b), Varela e Ares (2014), Lahne *et al.* (2016) e Clicerri *et al.* (2017), a grande desvantagem da análise MDS devia-se ao facto de que as informações sobre os avaliadores são perdidas porque os dados individuais são agrupados por forma a obter-se uma matriz de similaridade. Como consequência, as diferenças individuais estão ocultas e a representação média pode ter pouca semelhança com cada uma das representações individuais do avaliador. Assim, não é possível visualizar as diferenças sensoriais e as perceções de cada participante. De facto, segundo Varela e Ares (2014) e Clicerri *et al.* (2017), a variação individual no processo de categorização favorece uma representação espacial menos influenciada pelos avaliadores, porque estes comportam-se de formas distintas e muitas vezes únicas.

Uma solução para ultrapassar esta limitação seria utilizar o DISTATIS (Abdi *et al.*, 2005; Abdi e Valentin, 2007b; Hopfer e Heymann., 2014; Schwarz *et al.*, 2015; Lahne *et al.*, 2016; Clicerri *et al.*, 2017; Gómez-Corona *et al.*, 2017; Lahne *et al.*, 2018). Trata-se de um novo método de Três-Vias que permite a análise simultânea de várias matrizes de distâncias. Este método combina o MDS clássico com o STATIS (Schlich, 1996; Abdi e Valentin 2007b; Santosa *et al.*, 2010; Varela e Ares 2014; Schwarz *et al.*, 2015) e tem a vantagem adicional de permitir a análise sensorial dos participantes de uma forma individual (Abdi, 2007b; Abdi *et al.*, 2007; Varela e Ares 2014; Lahne *et al.*, 2016).

3.3.2 A Operacionalização do DISTATIS

Tradicionalmente existem três etapas envolvidas num procedimento DISTATIS:

- **Etapa 1:** *Sorting Tasks* e a Matriz de Ordenação
- **Etapa 2:** Escalas Multidimensionais;
- **Etapa 3:** STATIS.

3.3.2.1 *Sorting Tasks* e a Matriz de Ordenação

Como já referido, os estudos que utilizam *Sorting Tasks* são normalmente analisados com recurso ao MDS, mas, nesta situação, o procedimento é apenas considerado como uma etapa preliminar para uma aplicação do método DISTATIS.

Capítulo 3
Método

Portanto, foi solicitado aos avaliadores uma classificação de 10 estímulos, tendo por base a similaridade percebida. Executada numa única sessão, esta tarefa de classificação registou, para cada um dos 18 avaliadores, a ordenação, em grupos, dos 10 estímulos. Na verdade, é gerada uma matriz de similaridade designada de Matriz de Ordenação ($L_{[t]}$), que descreve o número de vezes que cada estímulo é classificado num mesmo grupo.

A **Tabela 3.3** descreve a matriz de ordenação de um avaliador que agrupou os 4 primeiros estímulos no mesmo grupo (Grupo 1), juntou os estímulos 5, 8, 9 e 10 num outro grupo (Grupo 2) e associou os estímulos 6 e 7 num terceiro grupo (Grupo 3).

Tabela 3.3: Matriz de Ordenação de um avaliador

ESTÍMULOS	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8	Grupo 9	Grupo 10
1	1	0	0							
2	1	0	0							
3	1	0	0							
4	1	0	0							
5	0	1	0							
6	0	0	1							
7	0	0	1							
8	0	1	0							
9	0	1	0							
10	0	1	0							

Fonte: elaboração própria

Esta matriz de ordenação é analisada, recorrendo ao MDS, mediante um mapa fatorial dos estímulos, os quais são representados por pontos, no espaço, posicionados de forma que as distâncias entre pares de pontos reflitam tão bem quanto possível as semelhanças e as diferenças entre os pares de estímulos (Varela e Ares, 2014; Lahne *et al.*, 2016; Morrison *et al.*, 2017).

3.3.2.2 Escalas Multidimensionais

No DISTATIS, o *input* para o MDS é constituído por uma matriz simétrica de $K \times K$ cujas entradas representam as distâncias (euclidianas) entre os K elementos de um determinado conjunto de interesse. Assim, a matriz de distâncias é transformada num mapa fatorial no qual as K categorias são representadas através de pontos posicionados de tal forma que as distâncias entre elas apresentam a melhor aproximação das distâncias originais entre as categorias (Abdi *et al.*, 2005; Abdi *et al.*, 2007; Abdi *et al.*, 2012; Beaton *et al.*, 2014).

A partir de cada matriz de ordenação ($L_{[t]}$) é criada uma matriz de Co-ocorrência ($R_{[t]}$), onde o valor 1 significa que o objeto representado em linha e a respetiva classificação, representada em coluna, foram colocados no mesmo grupo.

$$R_{[t]} = L_{[t]} L'_{[t]} \quad 3.1$$

Por sua vez, de cada matriz de Co-ocorrência é derivada uma matriz de distância ($D_{[t]}$) na qual um valor de 0 significa que o objeto representado (em linha) e o respetivo grupo de pertença (em coluna) foram colocadas no mesmo grupo e um valor de 1 significa que os dois não foram agrupados juntos.

$$D_{[t]} = 1 - R_{[t]} \quad 3.2$$

Por outro lado, a matriz de massas representa um vetor de massa composto de números positivos cuja soma é igual a 1 onde, na maioria dos casos, todas as observações são de igual importância e cada elemento de m é igual a $m_i = 1/I$.

$$\begin{matrix} 1 & m^T \\ I \times 1 & \times I \end{matrix} \quad 3.3$$

A matriz S_n de $K \times K$ é calculada por pré e pós-multiplicação da matriz de distância por uma matriz de centragem (Ξ), definida como:

$$\Xi = I - 1 m^T \quad 3.4$$

Se as matrizes de distâncias são expressas com diferentes escalas, as matrizes S_n têm de ser normalizadas. Isso é executado dividindo as entradas de cada matriz de produtos cruzados, S_n pelo seu primeiro valor próprio. As matrizes normalizadas têm o seu primeiro valor próprio igual à unidade. Esta normalização garante que nenhuma matriz domina as primeiras dimensões da análise (quando várias matrizes são concatenadas, as

matrizes com os maiores primeiros valores próprios irão dominar as primeiras dimensões da matriz comum (Escofier e Pagès, 1990).

Onde I é a matriz de identidade (conforme, $K \times K$), m é um vetor $K \times 1$ de massas (isto é, $m_k \geq 0$ e $\sum m_k = 1$, frequentemente utiliza-se $m_k = 1/k$) e $\mathbf{1}$ um vetor coluna (isto é, $K \times 1$) de 1's. A Transformação do conjunto de matrizes de distâncias num conjunto de matrizes de produtos cruzados (S_n). Tal como no MDS, o primeiro passo do DISTATIS é transformar cada matriz de distância $D[t]$, numa matriz de somas de produtos cruzados S_n (essa matriz é análoga a uma matriz de variância-covariância). Formalmente, a matriz S_n é obtida por:

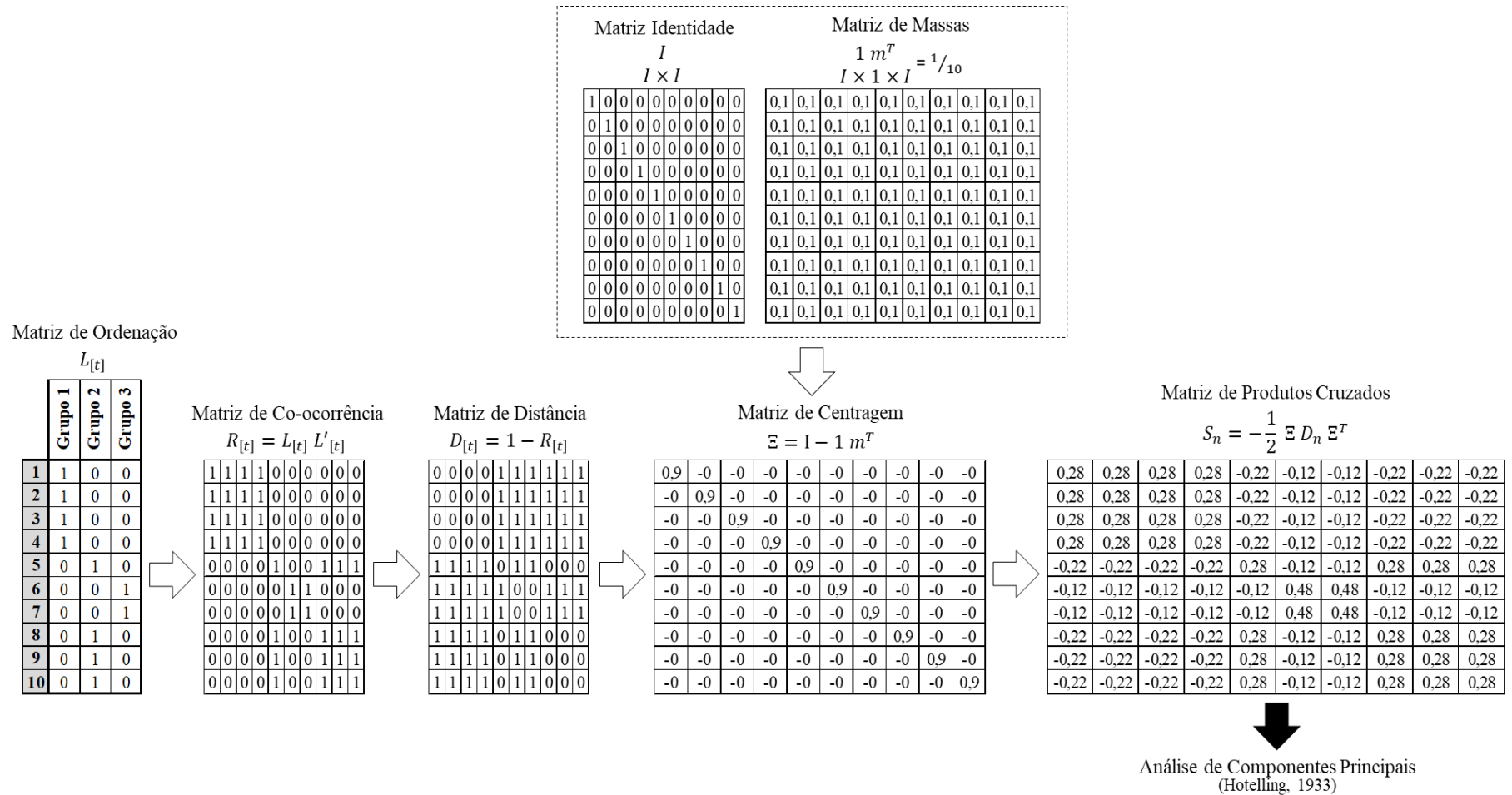
$$S_n = -\frac{1}{2} \mathbf{E} D_n \mathbf{E}^T \quad 3.5$$

Seria, portanto, a partir desta matriz de produtos cruzados que, mediante uma Decomposição em Valores Singulares (DVS), usualmente via ACP, este procedimento de recolha de informação permite revelar a estrutura espacial de um determinado produto/serviço, sensação ou problema (Chollet *et al.*, 2011; Hopfer e Heymann, 2014; Varela e Ares, 2014; Blanchard *et al.*, 2017; Guyot *et al.*, 2017; Morrison *et al.*, 2017). Mais ainda, os padrões detetados nos resultados assim obtidos são comparáveis àqueles obtidos através de outros métodos descritivos, (Tang e Heymann, 1999; Faye *et al.*, 2004, 2006; Saint Eve *et al.*, 2004) e parecem ser mais fiáveis e robustos (Falahee e MacRae, 1997; Morrison *et al.*, 2017).

A partir da Matriz de Ordenação apresentada na **Figura 3.3**, a **Figura 3.4** pretende descrever, no contexto do DISTATIS, a aplicação do método MDS. Por último, a **Figura 3.5** mostra como o método DISTATIS se operacionaliza.

Capítulo 3 Método

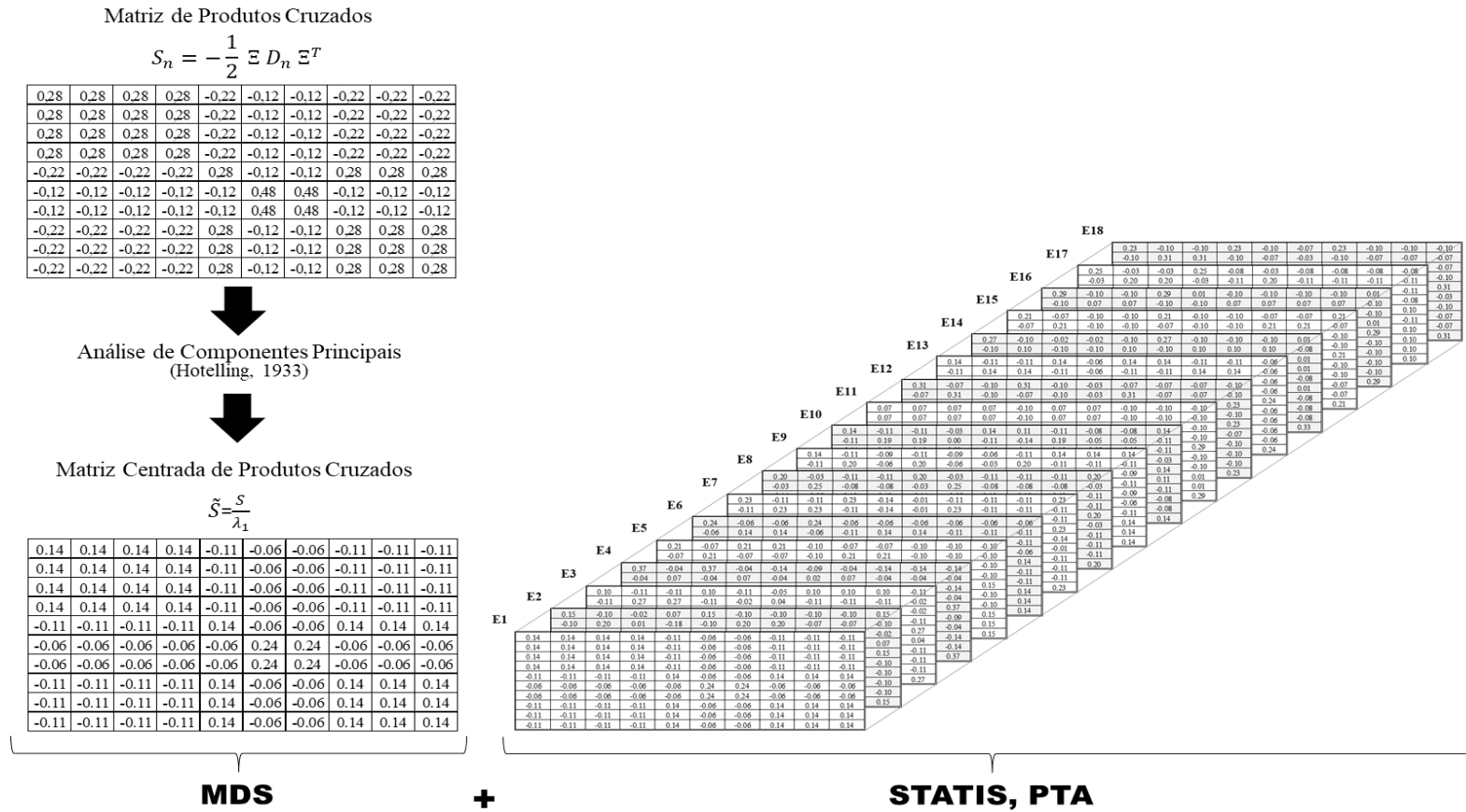
Figura 3.4: Diagrama de Decisão do MDS



Fonte: adaptado de Pereira (2018)

Capítulo 3 Método

Figura 3.5: Diagrama de Decisão do DISTATIS



Fonte: adaptado de Pereira (2018)

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA

4.1 Procedimento Metodológico

Apresenta-se, assim, na **Tabela 4.1** o esquema metodológico que suporta esta investigação e que está estruturado em cinco etapas, as quais são descritas nos pontos seguintes.

Tabela 4.1: Esquema Metodológico

1ª Etapa	Constituição do Painel de Peritos
2ª Etapa	Composição do Painel de Avaliadores
3ª Etapa	Recolha de Informação
4ª Etapa	DISTATIS Togerson (1958); Abdi (2007a)
5ª Etapa	Recomendações para Ações de Gestão

Fonte: elaboração própria

4.1.1 Constituição do Painel de Peritos

A seleção dos principais problemas e/ou desafios do SUGO-CHUA da Unidade de Faro, foi solicitada a profissionais experientes com funções de chefia de equipas (médicos com a especialidade de Ginecologia/Obstetrícia e enfermeiros com a especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia) que, através de *brainstorming*, sustentado por informação contida no Plano Nacional de Saúde com Revisão e Extensão a 2020 e no Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência, que elegessem os principais 10 problemas/desafios, que mesmo transversais ao SU, fossem relevantes no SUGO-CHUA.

Participaram, neste painel, 12 peritos, constituído por 5 médicas e 1 médico, com a especialidade médica de Ginecologia/Obstetrícia e 6 enfermeiras com a especialidade de enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, apresentado as seguintes características sociodemográficas:

- Todos com idades superiores a 50 anos, com experiência profissional na área de Ginecologia/Obstétrica;
- 5 Peritos com 21 a 29 anos de experiência;

Capítulo 4 Metodologia

- c) 7 Peritos com mais de 30 anos de experiência;
- d) 9 Peritos com 21 a 29 anos de tempo de permanência no SUGO-CHUA da Unidade de Faro;
- e) 3 Peritos com mais de 30 anos de tempo de permanência no SUGO-CHUA da Unidade de Faro.

A **Tabela 4.2** mostra o *TopTen* dos problemas/desafios, associados ao SUGO-CHUA da Unidade de Faro, que foi escolhido por este painel.

Tabela 4.2: *TopTen* dos Problemas/Desafios

PD1	Ausência de critérios e indicadores de qualidade da rede de urgência hospitalar.
PD2	Excessivo recurso às urgências, por doentes não urgentes.
PD3	Ausência de equipas fixas de médicos da própria instituição, em prol de equipas médicas prestadoras de serviços que não facilitam a continuidade de cuidados, gestão, formação e investigação.
PD4	A não realização de inquéritos de satisfação (na ótica dos utentes e profissionais).
PD5	Equipamentos e sistemas informáticos obsoletos.
PD6	Violação da privacidade e da confidencialidade.
PD7	Ausência de campanhas de educação dos cidadãos que contribuam para uma boa utilização dos Serviços de Saúde.
PD8	A Triagem de Manchester usada no hospital, não orientada para a obstetria/ginecologia.
PD9	Triagem realizada por profissionais da urgência geral, sem especialistas da área de obstetria/ginecologia.
PD10	Ausência de programas/sistemas informáticos no serviço de urgência que não facilitam o acesso à informação clínica do utente nos serviços.

Fonte: elaboração própria

4.1.2 Composição do Painel de Avaliadores

Este painel de especialistas, profissionais com funções operacionais e influência nas áreas de decisão que podem afetar a dinâmica do SUGO-CHUA da Unidade de Faro, foi selecionado tendo por base 4 critérios:

1. Área de intervenção/área da especialidade;
2. Experiência profissional na área e no cargo;
3. Relação com funções executivas e/ou diretivas;

Capítulo 4
Metodologia

4. Responsabilidade e/ou a autoridade no cargo ocupado, que pode ser critério decisivo para o planejamento e formulação de futuras estratégias de intervenção.

A **Figura 4.3** caracteriza este painel, formado por 18 especialistas

Capítulo 4
Metodologia

Tabela 4.3: Painel de Especialistas

Especialista	Gênero	Idade	Área de Intervenção	Área de Especialidade	Experiência Profissional no Cargo	Funções	Responsabilidade/Autoridade no Planejamento e na Formulação de Estratégias
E1	Masculino	61 anos	Medicina	Médico com Especialidade de Obstetrícia/Ginecologia	7 anos	Executivas	Sim
E2	Feminino	56 anos	Medicina	Médica com Especialidade de Obstetrícia/Ginecologia	3 anos	Executivas	Sim
E3	Feminino	59 anos	Medicina	Médica com Especialidade de Anestesiologia	7 anos	Executivas	Sim
E4	Masculino	57 anos	Medicina	Médico com Especialidade de Pediatria	2 anos	Executivas	Sim
E5	Feminino	62 anos	Medicina	Médica com Especialidade de Obstetrícia/Ginecologia	9 anos	Executivas	Sim
E6	Feminino	64 anos	Enfermagem	Enfermeira com Especialidade de Pediatria	14 anos	Diretivas	Sim
E7	Masculino	61 anos	Gestão	Médico com Especialidade de Obstetrícia/Ginecologia	10 anos	Executivas	Sim
E8	Feminino	51 anos	Administração	Obstetrícia/Ginecologia e Reprodução Humana	8 anos	Diretivas	Sim
E9	Masculino	53 anos	Financeira	Técnico Superior na área de Finanças	12 anos	Executivas	Sim
E10	Masculino	54 anos	Informática	Técnico Superior na área de Informática	7 anos	Executivas	Não
E11	Feminino	60 anos	Logística	Enfermeira com Especialidade de Obstetrícia/Ginecologia	6 anos	Executivas	Sim
E12	Feminino	42 anos	Aprovisionamento	Técnico Superior na área de Aprovisionamento	2 anos	Executivas	Não
E13	Feminino	51 anos	Farmácia	Técnico Superior na área de Farmácia	7 anos	Diretivas	Sim
E14	Feminino	52 anos	Operações	Assistente Técnica na área Administrativa	3 anos	Executivas	Sim
E15	Feminino	47 anos	Operações	Assistente Técnica na área Administrativa de Ginecologia	12 anos	Executivas	Sim
E16	Feminino	58 anos	Operações	Assistente Técnica na área Administrativa de Obstetrícia	9 anos	Executivas	Sim
E17	Feminino	65 anos	Logística	Assistente Operacional na área do SUGO	25 anos	Executivas	Não
E18	Masculino	60 anos	Estruturas	Técnico Superior na área de Instalações e Equipamentos	7 anos	Diretivas	Sim

Fonte: elaboração própria

4.1.3 Recolha de Informação

Após as devidas autorizações por parte do CHUA, os dados foram recolhidos entre abril e maio de 2021. A informação obtida resultou de duas tarefas que foram solicitadas ao painel de especialistas:

1. Uma Tarefa de Ordenação onde os especialistas avaliaram o *Top Ten* dos problemas/desafios do SU de acordo com o nível de importância que lhes atribuíam. Com os 10 estímulos expostos, os avaliadores foram convidados a ordenar os problemas por ordem de importância (do mais importante ao menos importante);
2. Uma Tarefa de Classificação (*Sorting Tasks*) onde os especialistas avaliaram o *Top Ten* dos problemas/desafios do SU de acordo com as suas perceções. E posteriormente com esses mesmos 10 estímulos expostos, os avaliadores foram convidados a classificar os problemas em grupos segundo o grau de similaridade percebida.

4.1.4 DISTATIS

A aplicação do método DISTATIS permitiu, deste modo, a clarificação das relações entre as diferentes áreas operacionais do serviço em estudo, relativamente à perceção dos problemas e da sua ordenação individual. Esta etapa é objeto de atenção na Análise dos Resultados do **Capítulo 5**.

4.1.5 Recomendações para Ações de Gestão

As etapas anteriores permitiram viabilizar informação útil e detalhada de suporte à elaboração de recomendações para ações de gestão, contribuindo, deste modo, para um processo de tomada de decisão mais eficaz no SUGO. Esta etapa é alvo de atenção no **Capítulo 5** no seguimento da discussão dos Resultados.

CAPÍTULO 5

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 As Avaliações dos Especialistas

Neste estudo participaram 18 avaliadores (**Tabela 4.3**), que aceitaram responder às tarefas de classificação e de ordenação do *TopTen* dos problemas/desafios (PD) do SUGO-CHUA da Unidade de Faro (**Tabela 4.2**).

Como já referido, no capítulo anterior, foi solicitado ao painel de especialistas que hierarquizassem e classificassem, em grupos, os principais 10 PD. A **Tabela 5.1** descreve a ordenação, em grupos, dos 10 estímulos e a **Tabela 5.2** apresenta o *ranking* da importância atribuída aos 10 PD.

Tabela 5.1: *Sorting Tasks* do *TopTen* dos Problemas/Desafios

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18
PD1	1	3	2	3	3	2	2	2	1	1	3	4	2	2	1	3	2	2
PD2	1	2	1	5	1	3	3	3	2	2	3	3	3	1	2	1	3	4
PD3	1	2	1	3	3	3	3	1	3	2	3	1	3	3	3	1	3	4
PD4	1	3	2	5	3	2	2	1	2	3	3	4	2	3	3	3	2	2
PD5	2	3	3	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1
PD6	3	2	1	4	1	3	4	3	4	1	3	5	2	2	3	1	3	5
PD7	3	2	2	5	1	3	3	1	2	2	3	3	2	1	3	1	1	2
PD8	2	1	2	2	2	1	1	1	1	4	2	2	3	1	2	1	1	3
PD9	2	1	2	2	2	1	1	1	1	4	2	2	3	1	2	1	1	3
PD10	2	3	3	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	4	1	2	1	1

Fonte: elaboração própria

Capítulo 5
Análise e discussão dos resultados

Tabela 5.2: *Ranking* da Importância atribuída pelos Especialistas ao *TopTen* dos Problemas/Desafios

1°	Equipamentos e sistemas informáticos obsoletos (PD5).
2°	A Triagem de Manchester usada no hospital, não orientada para a obstetria/ginecologia (PD8).
3°	Triagem realizada por profissionais da urgência geral, sem especialistas da área de obstetria/ginecologia (PD9).
4°	Ausência de programas/sistemas informáticos no serviço de urgência que não facilitam o acesso à informação clínica do utente nos serviços (PD10).
5°	Excessivo recurso às urgências, por doentes não urgentes (PD2).
6°	Ausência de campanhas de educação dos cidadãos que contribuam para uma boa utilização dos Serviços de Saúde (PD7).
7°	Ausência de equipas fixas de médicos da própria instituição, em prol de equipas médicas prestadoras de serviços que não facilitam a continuidade de cuidados, gestão, formação e investigação(PD3).
8°	Ausência de critérios e indicadores de qualidade da rede de urgência hospitalar (PD1).
9°	A não realização de inquéritos de satisfação (na ótica dos utentes e profissionais) (PD4).
10°	Violação da privacidade e da confidencialidade (PD6).

Fonte: elaboração própria

5.2 Análise da Interestrutura

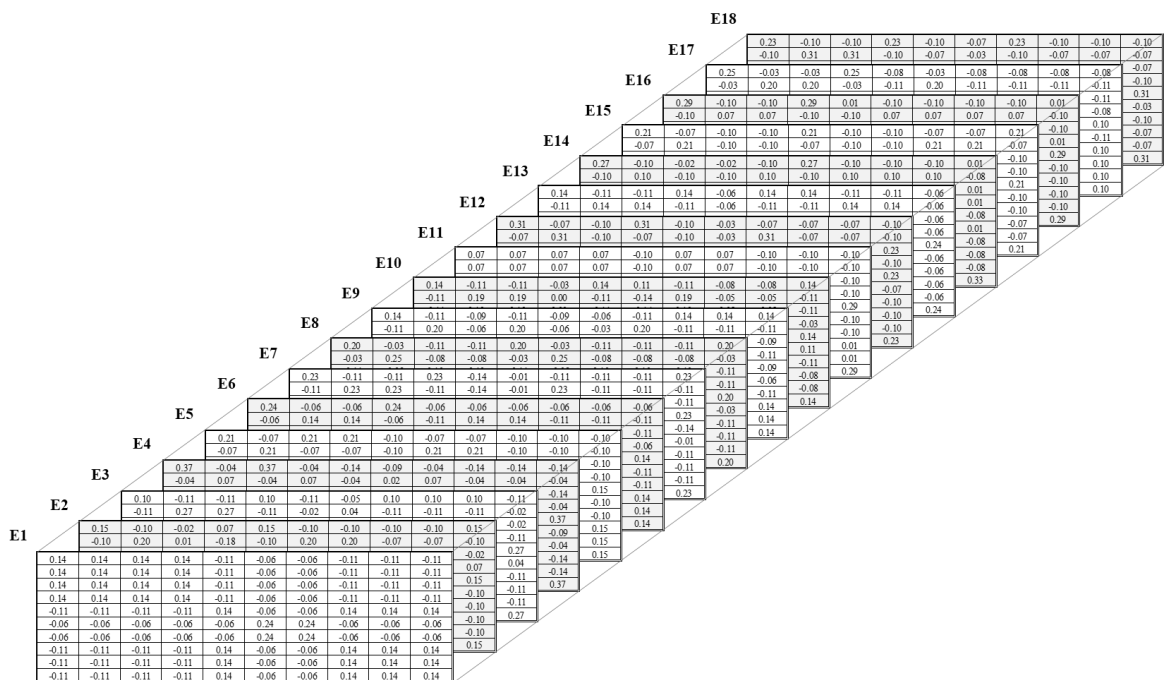
Nesta etapa procedeu-se à análise da estabilidade das opiniões dos especialistas, observando as semelhanças e as diferenças das suas respostas. Assim, as 18 matrizes Centradas de Produtos Cruzados, que avaliam as suas escolhas, produziram a estrutura tridimensional representada na **Figura 5.3**.

Esta estrutura tridimensional gerou uma matriz RV que, após Decomposição em Valores Singulares (DVS), revelou ser não-positiva, o que significa que existe inconstância nas opiniões manifestadas pelos especialistas no que concerne aos 10 PD associados ao SUGO-CHUA da Unidade de Faro.

Capítulo 5

Análise e discussão dos resultados

Figura 5.3: Estrutura tridimensional das 18 matrizes centradas de produtos cruzados

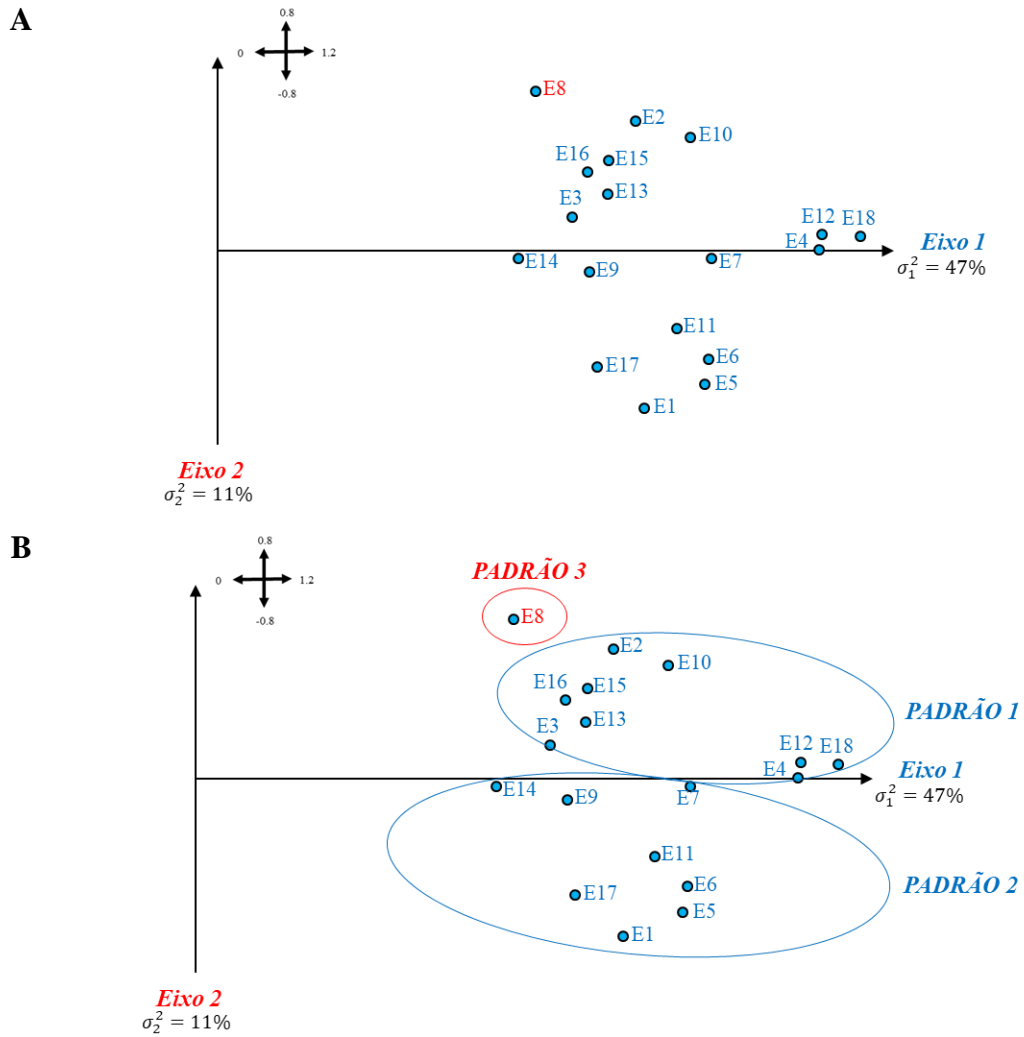


Fonte: elaboração própria

A **Figura 5.4** mostra a representação euclidiana da estrutura tridimensional referida na figura anterior, a qual revela no gráfico três realidades distintas associadas às apreciações dos especialistas inquiridos. O eixo de máxima inércia (**Eixo 1**) apresenta uma interpretabilidade de 47% e apenas 11% é captada no **Eixo 2** (Gráfico A).

Capítulo 5
Análise e discussão dos resultados

Figura 5.4: Representação euclidiana da Interestrutura



Fonte: adaptado de *outputs* do Programa R do Software ADE4

Ainda na **Figura 5.4**, o **Gráfico B** identifica 3 padrões no comportamento dos 18 especialistas:

Capítulo 5
Análise e discussão dos resultados

- **PADRÃO 1:** Sob o *Eixo 1*, um comportamento estável e similar nas opiniões de 9 especialistas (**Tabela 5.5**);
- **PADRÃO 2:** Sob o *Eixo 1*, um comportamento estável e semelhante nas apreciações de 8 especialistas (**Tabela 5.5**);
- **PADRÃO 3:** Sob o *Eixo 2* um comportamento instável na opinião de 1 especialista (**Tabela 5.5**).

Capítulo 5
Análise e discussão dos resultados

Tabela 5.5: Padrões Comportamentais dos Especialistas

PADRAO 1

Especialista	Gênero	Idade	Área de Intervenção	Área de Especialidade	Experiência Profissional no Cargo	Funções	Responsabilidade/Autoridade no Planejamento e na Formulação de Estratégias
E2	Feminino	56 anos	Medicina	Médica com Especialidade de Obstetria/Ginecologia	3 anos	Executivas	Sim
E3	Feminino	59 anos	Medicina	Médica com Especialidade de Anestesiologia	7 anos	Executivas	Sim
E4	Masculino	57 anos	Medicina	Médico com Especialidade de Pediatria	2 anos	Executivas	Sim
E10	Masculino	54 anos	Informática	Técnico Superior na área de Informática	7 anos	Executivas	Não
E12	Feminino	42 anos	Aprovisionamento	Técnico Superior na área de Aprovisionamento	2 anos	Executivas	Não
E13	Feminino	51 anos	Farmácia	Técnico Superior na área de Farmácia	7 anos	Diretivas	Sim
E15	Feminino	47 anos	Operações	Assistente Técnica na área Administrativa de Ginecologia	12 anos	Executivas	Sim
E16	Feminino	58 anos	Operações	Assistente Técnica na área Administrativa de Obstetria	9 anos	Executivas	Sim
E18	Masculino	60 anos	Estruturas	Técnico Superior na área de Instalações e Equipamentos	7 anos	Diretivas	Sim

PADRAO 2

Especialista	Gênero	Idade	Área de Intervenção	Área de Especialidade	Experiência Profissional no Cargo	Funções	Responsabilidade/Autoridade no Planejamento e na Formulação de Estratégias
E1	Masculino	61 anos	Medicina	Médico com Especialidade de Obstetria/Ginecologia	7 anos	Executivas	Sim
E5	Feminino	62 anos	Medicina	Médica com Especialidade de Obstetria/Ginecologia	9 anos	Executivas	Sim
E6	Feminino	64 anos	Enfermagem	Enfermeira com Especialidade de Pediatria	14 anos	Diretivas	Sim
E7	Masculino	61 anos	Gestão	Médico com Especialidade de Obstetria/Ginecologia	10 anos	Executivas	Sim
E9	Masculino	53 anos	Financeira	Técnico Superior na área de Finanças	12 anos	Executivas	Sim
E11	Feminino	60 anos	Logística	Enfermeira com Especialidade de Obstetria/Ginecologia	6 anos	Executivas	Sim
E14	Feminino	52 anos	Operações	Assistente Técnica na área Administrativa	3 anos	Executivas	Sim
E17	Feminino	65 anos	Logística	Assistente Operacional na área do SUGO	25 anos	Executivas	Não

PADRAO 3

Especialista	Gênero	Idade	Área de Intervenção	Área de Especialidade	Experiência Profissional no Cargo	Funções	Responsabilidade/Autoridade no Planejamento e na Formulação de Estratégias
E8	Feminino	51 anos	Administração	Obstetria/Ginecologia e Reprodução Humana	8 anos	Diretivas	Sim

Fonte: elaboração própria

5.3 Análise do Compromisso

Esta etapa dedica-se ao estudo das semelhanças e das diferenças detetadas nas respostas dos especialistas a propósito dos 10 principais PD do SUGO-CHUA da unidade de Faro. A representação fatorial da matriz compromisso (**Figura 5.6**) permite aferir sobre a possibilidade de se caracterizarem, bem como os padrões detetados nas manifestações dos especialistas, similitudes entre os PD.

Assim, observa-se no **Gráfico A** da **Figura 5.6**, sob o eixo de máxima inércia (**Eixo 1**), com uma interpretabilidade de 30%, são observadas semelhanças nas opiniões dos especialistas quando relacionadas com 9 PD. Por outro lado, e com uma interpretabilidade de 22%, sob o **Eixo 2**, é apenas observada similitude em respostas sobre 1 PD.

O **Gráfico B** da **Figura 5.6**, por sua vez, assinala 3 padrões comportamentais:

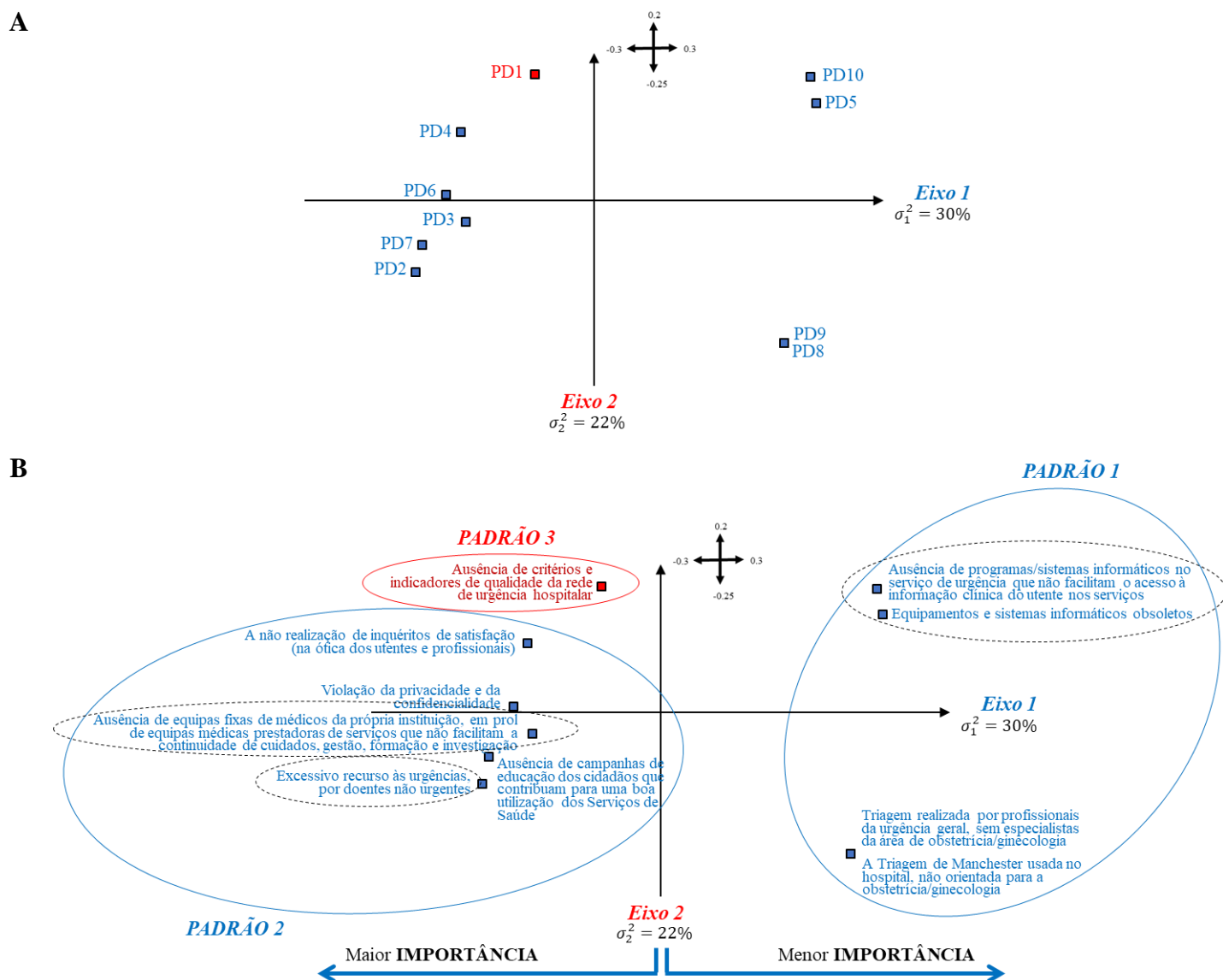
- **PADRÃO 1:** Sobre o **Eixo 1**, semelhança nas manifestações dos especialistas no que se refere à *Ausência de programas/sistemas informáticos no serviço de urgência que não facilitam o acesso à informação clínica do utente nos serviços* (PD10) e a *Equipamentos e sistemas informáticos obsoletos* (PD5), sinalizados no 1º Quadrante, como os PD cujas respostas mais contribuíram. E, no que concerne à *Triagem realizada por profissionais da urgência geral, sem especialistas da área de obstetrícia/ginecologia* (PD9) e *Triagem de Manchester usada no hospital, não orientada para a obstetrícia/ginecologia* (PD8), mostrados no 4º Quadrante. Assim, optou-se por denominar este padrão por **EQUIPAMENTOS, SISTEMAS INFORMÁTICOS E CLASSIFICAÇÃO DA PRIORIDADE NO ATENDIMENTO**;
- **PADRÃO 2:** Sobre o **Eixo 1**, semelhança nas opiniões dos especialistas relativas à *Não realização de inquéritos de satisfação (na ótica dos utentes e profissionais)* (PD4) e à *Violação da privacidade e da confidencialidade* (PD6), apontados no 2.º Quadrante. E, *Ausência de campanhas de educação dos cidadãos que contribuam para uma boa utilização dos Serviços de Saúde* (PD7), *Ausência de equipas fixas de médicos da própria instituição, em prol de equipas médicas prestadoras de serviços que não facilitam a continuidade de cuidados, gestão,*

formação e investigação (PD3) e *Excessivo recurso às urgências, por doentes não urgentes* (PD2) assinalados no 3º Quadrante, onde as manifestações dos especialistas que mais contribuíram foram detetadas nestes últimos dois PD. Decidiu-se designar este padrão por **RECURSOS HUMANOS, URGÊNCIAS NÃO URGENTES, LITERACIA EM SAÚDE, BIOÉTICA E AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO**;

- **PADRÃO 3:** Sobre o **Eixo 2**, semelhança nas opiniões dos especialistas relativas à *Ausência de critérios e indicadores de qualidade da rede de urgência hospitalar* (PD1) no 2º Quadrante. Resolveu-se nomear este padrão de **INDICADORES DE QUALIDADE**.

Complementarmente, o significado destes padrões aprofunda-se com a informação suplementar cedida pelos especialistas, nomeadamente a que deriva da hierarquização, por ordem de importância, dos 10 PD. Deste modo, sob o **Eixo 1** do **Gráfico B** da **Figura 5.6**, constatou-se que, nos 2º e 3º quadrantes desta representação euclidiana, encontram-se maioritariamente os PD considerados mais importantes no *ranking* atribuído pelos 18 especialistas. Em contrapartida, nos 1º e 4º quadrantes, encontram-se, na maioria, os PD considerados menos importantes.

Figura 5.6: Representação euclidiana do Compromisso



Fonte: adaptado de outputs do Programa R do Software ADE4

5.4 Análise da Intraestrutura

Esta etapa debruça-se sobre a análise das associações entre as opiniões manifestadas pelos especialistas e os padrões detetados no *TopTen* dos Problemas/Desafios do SUGO da Unidade de Faro do CHUA. A deteção destas associações permite, no espaço

Capítulo 5
Análise e discussão dos resultados

compromisso, a identificação dos especialistas responsáveis pelas diferenças ou diferenças mais relevantes nos 10 PD.

Torna-se, assim, possível observar a variabilidade e consistência das opiniões manifestadas e, portanto, qualificar os 10 PD quanto à concordância ou discordância na perspectiva dos avaliadores.

A concordância e a discordância revelam-se através das correlações nas opiniões dos 18 especialistas para cada um dos 10 PD. Assim, a **Tabela 5.7** não só mostra os coeficientes de correção das opiniões com o espaço compromisso, como destaca os mais significativos.

Por seu turno, a **Tabela 5.8** destaca os coeficientes de correlação mais significativos, agora associados a cada um dos eixos do espaço compromisso.

Capítulo 5
Análise e discussão dos resultados

Tabela 5.7: Correlações das opiniões dos especialistas com os eixos do espaço compromisso

	PD1		PD2		PD3		PD4		PD5		PD6		PD7		PD8		PD9		PD10	
	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>	<i>Eixo 1</i>	<i>Eixo 2</i>
E1	-0,715	0,209	-0,715	0,209	-0,715	0,209	-0,715	0,209	0,958	-0,158	-0,469	-0,099	-0,469	-0,099	0,958	-0,158	0,958	-0,158	0,958	-0,158
E2	0,339	0,903	-0,536	-0,283	0,167	-0,659	0,447	0,3	0,339	0,903	-0,536	-0,283	-0,536	-0,283	0,167	-0,659	0,167	-0,659	0,339	0,903
E3	0,088	-0,23	-0,465	-0,076	-0,465	-0,076	0,088	-0,23	0,565	0,561	-0,465	-0,076	0,088	-0,23	0,088	-0,23	0,088	-0,23	0,565	0,561
E4	-0,219	0,274	-0,65	-0,107	-0,219	0,274	-0,65	-0,107	0,669	0,566	-0,195	0,035	-0,65	-0,107	0,588	-0,696	0,588	-0,696	0,669	0,566
E5	-0,487	0,382	-0,701	-0,221	-0,487	0,382	-0,487	0,382	0,982	-0,133	-0,701	-0,221	-0,701	-0,221	0,982	-0,133	0,982	-0,133	0,982	-0,133
E6	-0,283	0,504	-0,844	-0,208	-0,844	-0,208	-0,283	0,504	0,991	-0,054	-0,844	-0,208	-0,844	-0,208	0,991	-0,054	0,991	-0,054	0,991	-0,054
E7	-0,044	0,66	-0,673	-0,346	-0,673	-0,346	-0,044	0,66	0,571	-0,166	0,024	0,227	-0,673	-0,346	0,752	-0,5	0,752	-0,5	-0,044	0,66
E8	0,401	0,785	-0,412	-0,033	-0,115	-0,628	-0,115	-0,628	0,401	0,785	-0,412	-0,033	-0,115	-0,628	-0,115	-0,628	-0,115	-0,628	0,401	0,785
E9	0,661	-0,055	-0,699	-0,078	0,026	0,198	-0,699	-0,078	0,026	0,198	-0,348	0,051	-0,699	-0,078	0,661	-0,055	0,661	-0,055	0,661	-0,055
E10	0,327	0,806	-0,602	-0,394	-0,602	-0,394	-0,045	-0,337	0,327	0,806	0,076	0,571	-0,602	-0,394	0,467	-0,726	0,467	-0,726	0,327	0,806
E11	-0,982	0,133	-0,982	0,133	-0,982	0,133	-0,982	0,133	0,829	0,374	-0,982	0,133	-0,982	0,133	0,767	-0,59	0,767	-0,59	0,829	0,374
E12	-0,338	0,439	-0,563	-0,339	0,381	0,458	-0,338	0,439	0,381	0,458	-0,331	-0,04	-0,563	-0,339	0,476	-0,758	0,476	-0,758	0,381	0,458
E13	-0,538	0,449	0,205	-0,745	0,205	-0,745	-0,538	0,449	0,644	0,572	-0,538	0,449	-0,538	0,449	0,205	-0,745	0,205	-0,745	0,644	0,572
E14	-0,311	0,495	0,341	-0,606	-0,377	0,316	-0,377	0,316	0,341	-0,606	-0,311	0,495	0,341	-0,606	0,341	-0,606	0,341	-0,606	0,235	0,579
E15	0,528	0,737	0,314	-0,759	-0,697	0,018	-0,697	0,018	0,528	0,737	-0,697	0,018	-0,697	0,018	0,314	-0,759	0,314	-0,759	0,528	0,737
E16	-0,102	0,689	-0,295	-0,879	-0,295	-0,879	-0,102	0,689	0,581	0,739	-0,295	-0,879	-0,295	-0,879	-0,295	-0,879	-0,295	-0,879	0,581	0,739
E17	-0,403	0,49	-0,678	-0,092	-0,678	-0,092	-0,403	0,49	0,768	-0,18	-0,678	-0,092	0,768	-0,18	0,768	-0,18	0,768	-0,18	0,768	-0,18
E18	-0,495	0,346	-0,405	-0,27	-0,405	-0,27	-0,495	0,346	0,652	0,516	-0,216	-0,025	-0,495	0,346	0,571	-0,745	0,571	-0,745	0,652	0,516

Fonte: adaptado de *outputs* do Programa R do Software ADE4

Tabela 5.8: Correlações mais significativas das opiniões dos especialistas com o espaço compromisso

Sobre o *Eixo 1*

	PD1	PD2	PD3	PD4	PD5	PD6	PD7	PD8	PD9	PD10
E1	-0,715	-0,715	-0,715	-0,715	0,958			0,958	0,958	0,958
E2										
E3										
E4										
E5		-0,701			0,982	-0,701	-0,701	0,982	0,982	0,982
E6		-0,844	-0,844		0,991	-0,844	-0,844	0,991	0,991	0,991
E7								0,752	0,752	
E8										
E9										
E10										
E11	-0,982	-0,982	-0,982	-0,982	0,829	-0,982	-0,982	0,767	0,767	0,829
E12										
E13										
E14										
E15										
E16										
E17					0,768		0,768	0,768	0,768	0,768
E18										

Sobre o *Eixo 2*

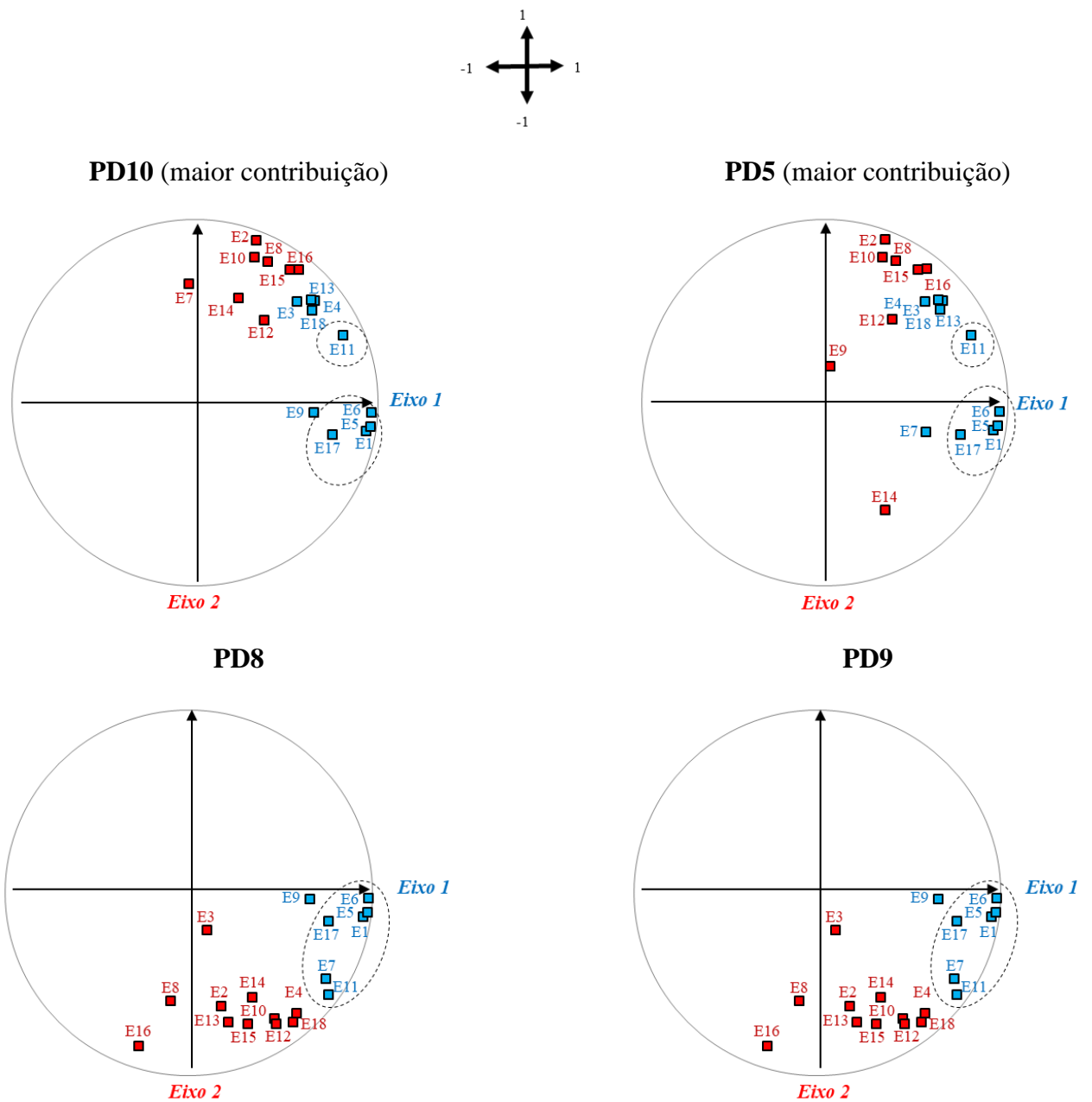
	PD1
E1	
E2	0,903
E3	
E4	
E5	
E6	
E7	
E8	0,785
E9	
E10	0,806
E11	
E12	
E13	
E14	
E15	0,737
E16	
E17	
E18	

Fonte: adaptado de *outputs* do Programa R do Software ADE4

Capítulo 5
Análise e discussão dos resultados

As **Figuras 5.9, 5.10 e 5.11** representam as projeções dessas opiniões no espaço compromisso, em função dos 3 padrões detetados anteriormente. Por outras palavras, revelam a representação euclidiana da Intraestrutura através dos Círculos de Correlações.

Figura 5.9: Representação euclidiana da Intraestrutura relativa a **EQUIPAMENTOS, SISTEMAS INFORMÁTICOS E CLASSIFICAÇÃO DA PRIORIDADE NO ATENDIMENTO**

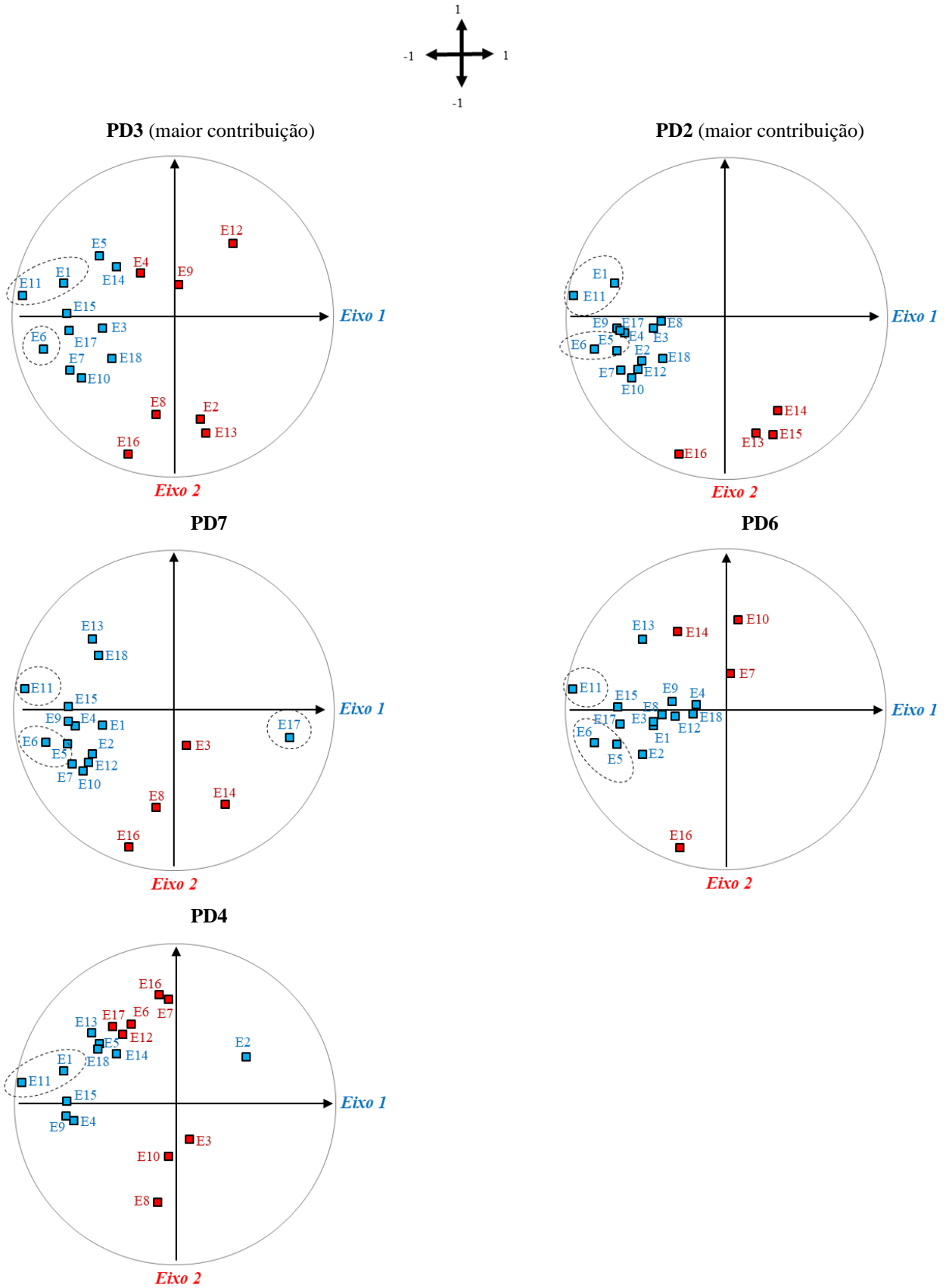


Fonte: adaptado de *outputs* do Programa R do Software ADE4

Capítulo 5

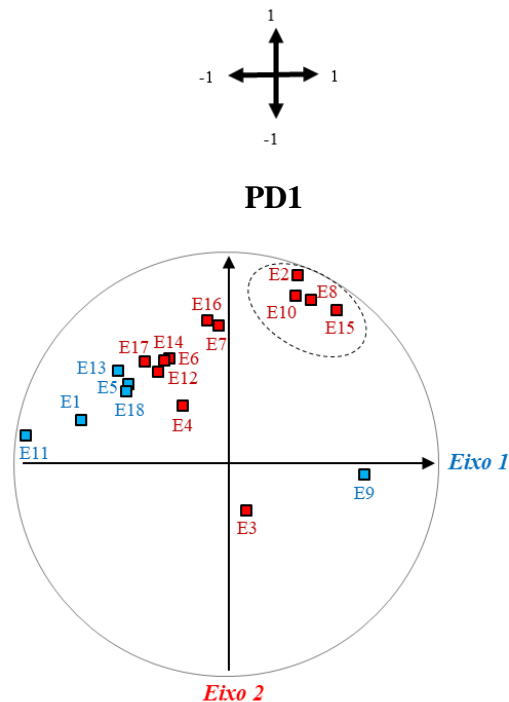
Análise e discussão dos resultados

Figura 5.10: Representação euclidiana da Intraestrutura relativa a **RECURSOS HUMANOS, URGÊNCIAS NÃO URGENTES, LITERACIA EM SAÚDE, BIOÉTICA E AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO**



Adaptado de *outputs* do Programa R do Software ADE4

Figura 5.11: Representação euclidiana da Intraestrutura relativa a **INDICADORES DE QUALIDADE**



Fonte: adaptado de *outputs* do Programa R do Software ADE4

5.5 Discussão dos Resultados

1. Foram identificados três padrões comportamentais. Dois estáveis em relação às similitudes associadas às opiniões de 17 especialistas, com uma interpretabilidade de 47% e um instável respeitante apenas a 1 especialista, com apenas 11% de significado.
2. Da análise das semelhanças e das diferenças detetadas nas respostas dos especialistas, a propósito dos 10 principais PD do SUGO da unidade de Faro do CHUA, foram igualmente detetados três padrões: **PADRÃO 1**, formado por 4 PD, considerados menos importantes, de acordo com a hierarquização atribuída pelos especialistas, denominado **EQUIPAMENTOS, SISTEMAS INFORMÁTICOS E CLASSIFICAÇÃO DA PRIORIDADE NO ATENDIMENTO**; **PADRÃO 2**,

constituído por 5 PD, considerados mais importantes, designado de **RECURSOS HUMANOS, URGÊNCIAS NÃO URGENTES, LITERACIA EM SAÚDE, BIOÉTICA E AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO**; e **PADRÃO 3**, composto por 1 PD intitulado **INDICADORES DE QUALIDADE**.

3. As associações entre as opiniões manifestadas pelos especialistas e os padrões detetados permitiram analisar a variabilidade e consistência das opiniões manifestadas e, portanto, qualificar os 10 PD quanto à concordância ou discordância na perspectiva dos avaliadores. Estes comportamentos, pela projeção dos especialistas na representação euclidiana do compromisso revelaram, através dos coeficientes de correlação, as influências predominantes geradoras das opiniões sobre o *TopTen* dos PD (**Tabela 5.8**).

Capítulo 5
Análise e discussão dos resultados

Tabela 5.8: Opiniões sobre o *TopTen* dos Problemas/Desafios

		Influência Predominante		Opinião
PD1	Ausência de critérios e indicadores de qualidade da rede de urgência hospitalar	E2	Correlações Positivas (Opiniões Concordantes)	<i>Há ausência de critérios e indicadores...</i>
		E8		
		E10		
		E15		
PD2	Excessivo recurso às urgências, por doentes não urgentes	E1	Correlações Negativas (Opiniões Discordantes)	<i>Não existe excesso de recurso às urgências...</i>
		E5		
		E6		
		E11		
PD3	Ausência de equipas fixas de médicos da própria instituição, em prol de equipas médicas prestadoras de serviços que não facilitam a continuidade de cuidados, gestão, formação e investigação	E1	Correlações Negativas (Opiniões Discordantes)	<i>Presença de equipas fixas...</i>
		E6		
		E11		
PD4	A não realização de inquéritos de satisfação (na ótica dos utentes e profissionais)	E1	Correlações Negativas (Opiniões Discordantes)	<i>Há inquéritos de satisfação...</i>
		E11		
PD5	Equipamentos e sistemas informáticos obsoletos	E1	Correlações Positivas (Opiniões Concordantes)	<i>Existem equipamentos e sistemas informáticos obsoletos...</i>
		E5		
		E6		
		E11		
		E17		
PD6	Violação da privacidade e da confidencialidade	E5	Correlações Negativas (Opiniões Discordantes)	<i>Não há violação da privacidade e da confidencialidade</i>
		E6		
		E11		
PD7	Ausência de campanhas de educação dos cidadãos que contribuam para uma boa utilização dos Serviços de Saúde	E5	Correlações Negativas (Opiniões Discordantes)	<i>Presença de campanhas de educação...</i>
		E6		
		E11	Correlação Positiva (Opinião Concordante)	<i>Ausência de campanhas de educação...</i>
		E17		
PD8	A Triagem de Manchester usada no hospital, não orientada para a obstetria/ginecologia	E1	Correlações Positivas (Opiniões Concordantes)	<i>A Triagem de Manchester usada no hospital, não orientada para a obstetria/ginecologia</i>
		E5		
		E6		
		E7		
PD9	Triagem realizada por profissionais da urgência geral, sem especialistas da área de obstetria/ginecologia	E11	Correlações Positivas (Opiniões Concordantes)	<i>Triagem realizada por profissionais da urgência geral, sem especialistas da área de obstetria/ginecologia</i>
		E17		
		E1		
PD10	Ausência de programas/sistemas informáticos no serviço de urgência que não facilitem o acesso à informação clínica do utente nos serviços	E5	Correlações Positivas (Opiniões Concordantes)	<i>Ausência de programas/sistemas informáticos</i>
		E6		
		E11		
		E17		
		E1		

Fonte: elaboração própria

Capítulo 5
Análise e discussão dos resultados

4. Foi ainda possível apontar as categorias profissionais do SUGO da Unidade de Faro do CHUA que maior contribuição tiveram nas opiniões concordantes sobre os PD que necessitam de ações de gestão (**Tabela 5.9**)

Tabela 5.9: Categorias profissionais do SUGO que assinalaram necessidades de ações de gestão

	Opinião	Categorias Profissionais do SUGO que mais contribuíram para a opinião	
PD1	<i>Há ausência de critérios e indicadores...</i>	E2	Médico
		E8	Administradora Hospitalar
		E10	Técnico Superior de Informática
		E15	Assistente técnica administrativa
PD5	<i>Existem equipamentos e sistemas informáticos obsoletos...</i>	E1	Médico
		E5	Médico
		E6	Enfermeira Gestora
		E11	Enfermeira Gestora
		E17	Assistente operacional
PD7	<i>Ausência de campanhas de educação...</i>	E17	Assistente operacional
PD8	<i>A Triagem de Manchester usada no hospital, não orientada para a obstetrícia/ginecologia</i>	E1	Médico
		E5	Médico
		E6	Enfermeira Gestora
		E7	Médico
PD9	<i>Triagem realizada por profissionais da urgência geral, sem especialistas da área de obstetrícia/ginecologia</i>	E11	Enfermeira Gestora
		E17	Assistente operacional
PD10	<i>Ausência de programas/sistemas informáticos...</i>	E1	Médico
		E5	Médico
		E6	Enfermeira Gestora
		E11	Enfermeira Gestora
		E17	Assistente operacional

Fonte: elaboração própria

5. Por último, a **Tabela 5.10** apresenta um conjunto de orientações para o processo de tomada de decisão conducente a uma gestão mais eficiente

Capítulo 5
Análise e discussão dos resultados

Tabela 5.10: Recomendações para Ações de Gestão

		Opinião	Recomendações para Ações de Gestão
	PD1	INDICADORES DE QUALIDADE	<i>Há ausência de critérios e indicadores...</i>
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar a qualidade em saúde, definida por Imperoti (1999) como um conceito multidimensional, através da comunicação médico-utente e pelo uso devido do consentimento informado (Akkad et al., 2004; Siddiqui, Shaikh & Memon, 2010; Zeeshan et al., 2019) assim como pela confidencialidade e privacidade das utentes (Geiderman, Moskop e Derse (2006); Hartigan et al., 2018; Olsen e Sabin, 2003). 2. Disponibilizar informação sobre os padrões mínimos respeitantes à estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade a cumprir pelos SU, bem como a definição do processo de monitorização e avaliação dos mesmos (Despacho nº 10319/14 de 11 de agosto), para alcançar os resultados em termos de acesso, qualidade e eficiência, de um conjunto de reformas estruturais, do reforço da rede de prestação de cuidados e da modernização e de transformação digital (SNS, 2019). 3. Garantir que os participantes das organizações assumem um papel crucial no cumprimento dos cuidados prestados assim como na qualidade dos serviços (Ferreira, 1991) e tem capacidades de lidar bem com a emergência em patologias da mulher (Drife, 2001). 4. Propor aos médicos especialistas em Ginecologia/Obstetrícia melhorar os cuidados de saúde das mulheres, garantindo a segurança e reduzir o risco de negligência (White et al., 2005). 5. Recomendar a todas as áreas operacionais na prestação de cuidados de saúde a centralização no utente com vista à promoção da qualidade assistencial no sentido de uma eficiência técnica e económica (Santana e Costa, 2008; ERS 2020). 6. Providenciar que os sistemas de informação hospitalar assistam a gestão da informação clínica e administrativa, melhorando a qualidade da prestação de cuidados de saúde (Garcia, 2016).
Maior Importância	PD5	EQUIPAMENTOS, SISTEMAS INFORMÁTICOS E CLASSIFICAÇÃO DA PRIORIDADE NO ATENDIMENTO	<i>Existem equipamentos e sistemas informáticos obsoletos...</i>
	PD10		<i>Ausência de programas/sistemas informáticos...</i>
	PD8		<i>A Triagem de Manchester usada no hospital, não orientada para a obstetrícia/ginecologia</i>
	PD9		<i>Triagem realizada por profissionais da urgência geral, sem especialistas da área de obstetrícia/ginecologia</i>
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Adquirir <i>software</i> e criação de bases de dados para armazenar e gerir os registos por forma a permitir a operacionalidade da informação (Garcia, 2016). 2. Otimizar e melhorar a partilha e reutilização da informação entre os sistemas informáticos (Nunes, 2004). 3. Incentivar os profissionais à utilização adequada dos sistemas informáticos (Sanchez et al., 2016).
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar a utilização de uma escala de classificação da prioridade no atendimento ao grupo específico de pacientes de ginecologia/obstetrícia pelas condições associadas à gravidez e às exclusivas alterações fisiológicas relacionadas com a gravidez (Veit.Rubin et al, 2017). 2. Projetar espaço físico, delinear logísticas e organizar equipas adequadas, em tempo clinicamente aceitável, de acordo com a especialidade ginecologia/obstetrícia (Despacho n.º 10319/2014; McCue et al., 2016; OE-MCEESMO,s.d.; Geiderman, Moskop and Derse, 2000; Scarpelini, 2007).
Menor Importância	PD7	RECURSOS HUMANOS, URGÊNCIAS NÃO URGENTES, LITERACIA EM SAÚDE, BIOÉTICA E AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO	<i>Ausência de campanhas de educação...</i>
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Incentivar a criação de equipas próprias, com formação adequada, liderança (Despacho nº - 696/2019). 2. Assegurar a dotação adequada de profissionais médicos especialistas em Ginecologia/Obstetrícia e enfermeiros, com o nível de qualificação e perfil de competências adaptado à especificidade do SUGO (De La Fuente-Solana et al., 2019; Mauritti et al., 2019; Pereira, 2014). 3. Diligenciar consultas de vigilância de situações não urgentes que pudessem ser tratadas em ambiente de ambulatório (Nicholson et al., 200; Jones e Pearce, 2009). 4. Promover educação para a saúde, no sentido de melhorar a literacia em saúde (DGS,2018; DGS, 2019; Rocha 2020). 5. Reestruturar o SUGO para garantir a privacidade, a confidencialidade e a presença de acompanhantes (Geiderman, Moskop e Derse, 2006; Seow, 2013; OCDE, 2017).

CAPÍTULO 6

CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

6.1 Conclusões

1. Foi produzido um diagnóstico do SUGO-CHUA da Unidade de Faro a fim de caracterizar e avaliar as suas principais ineficiências.
2. A partir de um painel de peritos, formado por profissionais com experiência em cargos de chefia e através de *brainstorming*, foram selecionados os principais dez problemas/desafios existentes no SUGO-CHUA da Unidade de Faro, os quais foram posteriormente avaliados, mediante *Sorting Tasks*, por um painel de especialistas, com funções nas áreas operacionais deste serviço.
3. O procedimento metodológico adotado identificou, três padrões comportamentais na avaliação dos especialistas, representativos da problemática do SUGO-CHUA, da unidade de Faro, resultantes da classificação em grupos do *TopTen* dos problemas/desafios que foram designados por: **EQUIPAMENTOS, SISTEMAS INFORMÁTICOS E CLASSIFICAÇÃO DA PRIORIDADE NO ATENDIMENTO, RECURSOS HUMANOS, URGÊNCIAS NÃO URGENTES, LITERACIA EM SAÚDE, BIOÉTICA E AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO e INDICADORES DE QUALIDADE.**
4. O estudo permitiu conhecer, compreender e contribuir com informação útil e detalhada, para a gestão do SUGO-CHUA da Unidade de Faro, apresentando recomendações com vista a um processo de tomada de decisão mais eficaz na implementação de futuras estratégias.
5. O método DISTATIS revelou-se eficaz ao expor as relações entre as diferentes áreas operacionais do serviço em estudo, relativamente à perceção dos especialistas sobre o *TopTen* dos problemas/desafios, e possibilitou a interpretação das distintas realidades associadas à problemática do SUGO-CHUA, da unidade de Faro.

6.2 Limitações

O estudo apresentou algumas limitações, visto tratar-se de um serviço específico que apresenta particularidades, no entanto salientamos as seguintes:

- A escassez de literatura e de outras investigações na área dos Serviços de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia;
- O facto de ter havido a necessidade de adiar o estudo resultante da situação pandémica de SARS-CoV2, levando à dificuldade da recolha dos dados.

6.3 Sugestões

Entendemos que, a partir dos resultados obtidos, se possa ampliar a partilha de conhecimento na área dos Serviços de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia, contribuindo positivamente para estudos futuros que visem a qualidade da assistência da mulher ao servirem de apoio para a tomada de decisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas

- Abdi, H. (2007a) RV Coefficient and Congruence Coefficient. *Encyclopedia of Measurement and Statistics*, 1–10.
- Abdi, H. (2007b) Metric Multidimensional Scaling (MDS): *Analyzing Distance Matrices. Encyclopedia of Measurement and Statistics*, 1–13.
- Abdi, H. e Valentin, D. (2007a) How to analyze multiple distance matrices. *Encyclopedia of Measurement and Statistics*, 1–15.
- Abdi, H. e Valentin, D. (2007b) Multiple Factor Analysis (MFA). *Encyclopedia of Measurements and Statistics*, 1–14.
- Abdi, H., Valentin, D., Chollet, S. e Chrea, C. (2007) Analyzing assessors and products in sorting tasks: DISTATIS, theory and applications. *Food Quality and Preference*, 18 (4), 627–640.
- Abdi, H., Valentin, D., O’Toole, A. J. e Edelman, B. (2005) DISTATIS: The analysis of multiple distance matrices. In *Proceedings of the IEEE Computer Society: International conference on computer vision and pattern recognition*, San Diego, CA, USA. 42–47.
- Abdi, H., Williams, L. J., Valentin, D. e Bennani-Dosse, M. (2012) STATIS and DISTATIS: Optimum multitable principal component analysis and three way metric multidimensional scaling. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Computational Statistics*. 4 (2), 124–167.
- ACSS (2018) *Equipas dedicadas no Serviço de Urgência - A experiência do Centro Hospitalar São João* Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/Jose-Paiva_Equipas-Dedicadas-no-Servico-Urgencia.pdf (acedido em 10/05/2021)
- Akkad, A., Jackson, C., Kenyon, S., Dixon-Woods, M., Taub, N. e Habiba, M. (2004) "Informed consent for elective and emergency surgery: Questionnaire study", *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(10), 1133–1138.
- ARS-Algarve. Administração Regional de Saúde do Algarve (2014) *Relatório de atividades de 2014*. Disponível em: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/relatorio_Atividades_ars_algarve_2014.pdf (acedido a 11/1 /2021)
- Ballester, J., Abdi, H., Langlois, J., Peyron, D. e Valentin, D. (2009) The odor of colors: Can wine experts and novices distinguish the odors of white, red, and rosé wines? *Chemosensory Perception*, 2, 203–213.
- Ballester, J., Mihnea, M., Peyron, D. e Valentin, D. (2013) Exploring minerality of Burgundy Chardonnay wines: A sensory approach with wine experts and trained panellists. *Australian Journal of Grape and Wine Research*, 19 (2), 140–152.
- Ballester, J., Patris, B., Symoneaux, R. e Valentin, D. (2008) Conceptual vs. perceptual wine spaces: Does expertise matter? *Food Quality and Preference*, 19, 267–276.

Referências Bibliográficas

- Barradas, A. *et al.* (2015) “Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras, 53(9), 1689–1699. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf (acedido a 01/02/2021)
- Beaton, D., Chin Fatt, C. R. e Abdi, H. (2014) An ExPosition of multivariate analysis with the singular value decomposition in R. *Computational Statistics and Data Analysis*, 72, 176–189.
- Blanchard, S. J., Aloise, D. e DeSarbo, W. S. (2017) Extracting Summary Piles from Sorting Task Data. *Journal of Marketing Research*, 54 (3), 398–414.
- Bono, F. e Giacomarra, M. (2016) The photovoltaic growth in the European Union requires stronger RES support. *Journal of Policy Modeling*, 38 (2), 324–339.
- Boumaza, R., Yousfi, S. e Demotes-Mainard, S. (2015) Interpreting the Principal Component Analysis of Multivariate Density Functions. *Communications in Statistics - Theory and Methods*, 44 (16), 3321-3339.
- Bucher, T., Collins, C., Diem, S. e Siegrist, M. (2016) Adolescents’ perception of the healthiness of snacks. *Food Quality and Preference*, 50, 94–101.
- Campos, L. (2014) Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência, Lisboa, DGS. 1-36. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emerg%C3%Aancia_e_Urg%C3%Aancia.pdf (acedido em 12/01/2021).
- Cartier, R., Rytz, A., Lecomte, A., Poblete, F., Krystlik, J., Belin, E. e Martin, N. (2006) Sorting procedure as an alternative to quantitative descriptive analysis to obtain a product sensory map. *Food Quality and Preference*, 17, 562–571.
- Chartier, L.B., Simoes, L., Kuipers, M. e MCGovern, B. (2016) Improving Emergency Department flow through optimized bed utilization, *BMJ Quality Improvement Reports*, 5(1), p. u206156.w2532.
- Carvalho-Silva, M., Monteiro, M.T.T., Sá-Soares, F. e Dória-Nóbrega, S. (2017) Assessment of forecasting models for patients arrival at Emergency Department, *Operations Research for Health Care*. Elsevier Ltd, 18, 112–118.
- Chen, Xiao-Qian., Jiang, Xiu-Min., Zheng, Qing-Xiang., Zheng, Jing., He, Hong-Gu., Pan, Yu-Qing. e Liu, Gui-Hua (2020) ‘Factors associated with workplace fatigue among midwives in southern China: A multi-centre cross-sectional study’, *Journal of Nursing Management*, 28(4), 881–891.
- Chollet, S., Lelièvre, M., Abdi, H. e Valentin, D. (2011) Sort and beer: Everything you wanted to know about the sorting task but did not dare to ask. *Food Quality and Preference*, 22, 507–520.

Referências Bibliográficas

- Chollet, S. e Valentin, D. (2001) Impact of training on beer flavor perception and description: Are trained and untrained assessors really different? *Journal of Sensory Studies*, 16, 601–618.
- Chrea, C., Valentin, D., Sulmont-Rosse, C., Ly, M.H., Nguyen, D. e Abdi, H. (2005) Semantic, typicality and odor representation: A cross-cultural study. *Chemical Senses*, 30, 37–49.
- Çıkırıklar, H. İ., Yürümez, Y., Keleş, İ., Özdiñç, Ş., Selvi, F., Engindeniz, Z., Kuşarslan R., Yücel, M., Ekici M. A. e Baydemir C. (2015) Emergency Room Consultations: Problems and Solutions, *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, 14(4), 167–171.
- CHA. Centro Hospitalar do Algarve (2017) *Circular Normativa n.º 172/17 de 28 de agosto. Estatística do Movimento Assistencial – janeiro a junho 2017*, Faro., Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.chualg.min-saude.pt/circular-normativa> (acedido a 4/12/2020)
- CHUA. Centro Hospitalar Universitario do Algarve (2018) *Relatório de Gestão e Contas 2018*, Faro., Ministerio da saúde. Disponível em: http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2019/12/RC2018_interativo_emparelhado.pdf (acedido a 2/2/2020)
- CHUA. Centro Hospitalar Universitario do Algarve (2020) *Departamento Ginecologia / Obstetrícia e Reprodução Humana: Relatório do movimento do DGORH em 2020*, Faro., Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.chualg.min-saude.pt/relatório-dgorh-2020> (acedido a 6/6/2021)
- Cliceri, D., Dinnella, C., Depezay, L., Morizet, D., Giboreau, A., Appleton, K. M., Hartwell H. e Monteleone, E. (2017) Exploring salient dimensions in a free sorting task: A cross-country study within the elderly population. *Food Quality and Preference*, 60, 19–30.
- Coxon, A.P.M. (1999) *Sorting Data: Collection and Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications LTD. London. 7(127)
- Crandall, C., Livingston, E. (2019) A New JAMA Clinical Insights Series - WOMEN'S Health, *American Medical Association*, 509(7500), 1676.
- CRREU. Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, (2012) *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. 1-110.
- Costa, F. (2014) no Despacho n.º 5560/2014 de 23 de abril de 2014. Diário da República, 2ª série-N.º 79. Gabinete do Secretário do Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa.
- DGS. Direcção-Geral da Saúde. (2019). Manual de boas práticas. Literacia em Saúde. Capacitação dos profissionais de saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx> (acedido a 21/6/2020)
- DGS. Direcção-Geral da Saúde (2015) Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Ministério Da Saúde, 38. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/PlanoNacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>. (acedido a 10/10/2019)

Referências Bibliográficas

- DGS. Direção Geral da Saúde (2018). Plano de ação para a literacia em saúde Health literacy action plan português 2019-2021 Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx> (acedido a 6/6/2020)
- Decreto-Lei n.º 113/2011 de 29 de novembro de 2011. Diário da República, 1ª série N.º 229. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto de 2014. Diário da República, 2ª série N.º 153. Gabinete do Secretário do Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 13427/15 de 20 de novembro de 2015. Diário da República, 2ª série N.º 228. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 101/17 de 23 de agosto de 2017. Diário da República, 1ª série N.º 162 Ministério da Saúde. Lisboa.
- Despacho n.º 696/2019 de 15 de janeiro. Diário da República, 2ª série N.º 10. Gabinete do Secretário do Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa.
- De La Fuente-Solana, E. I., Suleiman-Martos, N., Pradas-Hernández, L., Gomez-Urquiza, J. L., Cañadas-De La Fuente, G. A., e Albendín-García, L. I. (2019) 'Prevalence, related factors, and levels of burnout syndrome among nurses working in gynecology and obstetrics services: A systematic review and meta-analysis', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14).
- Drife, J. (2001) Quality measures for the emergency obstetrics and gynaecology services, *Journal of the Royal Society of Medicine, Supplement*, 94(39), 16–19.
- ERS. Sistema de Gestão de Reclamações. (2020) *Relatório do 1.º semestre de 2020*. Disponível em: <https://www.ers.pt › relatório-sgrec-2020-sem1> (Acedido em 2/2/2021)
- Escoufier, Y. (1987) The Duality Diagram: a means of better practical. *Nato ASI Series, Developments in numerical ecology*, 4, 139-156
- Faye, P., Bremaud, D., Durand-Daubin, D., Courcoux, P., Giboreau, A. e Nicod, A. (2004) Perceptive free sorting and verbalization tasks with naive subjects: An alternative to descriptive mappings. *Food Quality and Preference*, 15, 781–791.
- Faye, P., Bremaud, D., Teillet, E., Courcoux, P., Giboreau, A. e Nicod, H. (2006) An alternative to external preference mapping based on consumer perceptive mapping. *Food Quality and Preference*, 17, 604–614
- Feki-Sahnoun, W., Hamza, A., Béjaoui, B., Mahfoudi, M., Rebai, A. e Bel Hassen, M. (2018) Multi-table approach to assess the biogeography of phytoplankton: ecological and management implications. *Hydrobiologia*, 815 (1), 229–251.
- Fernandes, C.M.T. (2017) *Modelos de Financiamento, Equidade de Acesso e Eficiência Hospitalar: Um Estudo em Portugal e na Suíça, Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Referências Bibliográficas

- Ferreira, P. L. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista crítica de ciências sociais* (33): 93-112.
- Freitas, M. J. (2015) *Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde, Doutoramento em Enfermagem-Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa-Instituto de Ciências da Saúde.
- Geiderman, J. M., Moskop, J. C. and Derse, A. R. (2006) Privacy and Confidentiality in Emergency Medicine: Obligations and Challenges, *Emergency Medicine Clinics of North America*, 24(3), 633–656.
- Garcia, V. (2016) *Sistemas de Informação em Saúde: A Gestão e o Sucesso dos Sistemas de Informação em Saúde*. Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia
- Gevaux, N. S. e Petty, S. (2018) Maximising resilience resources for mental healthcare staff. *Mental Health Review Journal*, 23(1), 37–53.
- Gomes, R. et al (2007) ‘Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior’, *Cadernos de Saude Publica*, 23(3), 565–574.
- Gómez-Corona, C., Valentin, D., Escalona-Buendía, H. B. e Chollet, S. (2017) The role of gender and product consumption in the mental representation of industrial and craft beers: An exploratory study with Mexican consumers. *Food Quality and Preference*, 60, 31–39.
- Gonçalves, J. (2018) *A Sobrelotação no Serviço de Urgência: Estratégias de Redução pela Metodologia Delphi*. Mestrado em enfermagem à pessoa em situação crítica. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Leiria.
- Grupo Português de Triage (1997). *Triage no Serviço de Urgência: Manual do Formando*. 2ª edição. Amadora: BMJ Publishing Group.
- Gundrosen, S., Andenæs, E., Aadahl, P., e Thomassen, G. (2016) ‘Team talk and team activity in simulated medical emergencies: A discourse analytical approach’, *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(1), 1–10.
- Guyot, P., Houix, O., Misdariis, N., Susini, P., Piquier, J. e André-Obrecht, R. (2017) Identification of categories of liquid sounds. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 142 (2), 878–889.
- Hartigan, L. et al. (2018) ‘Patients’ perception of privacy and confidentiality in the emergency department of a busy obstetric unit’, *BMC Health Services Research*. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–6.
- Honoré-Chedozeau, C., Lelièvre-Desmas, M., Ballester, J., Chollet, S. e Valentin, D. (2017) Knowledge representation among assessors through free hierarchical sorting and a semi-directed interview: Exploring Beaujolais wines. *Food Quality and Preference*, 57, 17–31.

Referências Bibliográficas

- Hopfer, H. e Heymann, H. (2014) Judging wine quality: Do we need experts, consumers or trained panelists? *Food Quality and Preference*, 32, 221–233.
- Hulin, W.S. e Katz, D. (1935) The Frois-Wittmann pictures of facial expression. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 482–498.
- Hu, X., Barnes, S. and Golden, B. (2018) Applying queueing theory to the study of emergency department operations: a survey and a discussion of comparable simulation studies, *International Transactions in Operational Research*, 25(1), 7–49.
- Imperatori, E. (1999) – Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: glossário. Lisboa: Edinova.
- INE. Instituto Nacional de Estatística (2019) Estatísticas Demográficas 2018, *Destaque informação À Comunicação Social*.
- INE. Instituto Nacional de Estatística (2020a) Conta Satélite da Saúde – Base 2016, *Destaque informação À Comunicação Social*, 3.
- INE. Instituto Nacional de Estatística (2020b) Indicadores fundamentais de saúde - Dia Mundial da Saúde, *Destaque informação à Comunicação Social*.
- INE. Instituto Nacional de Estatística (2020c) Inquérito à fecundidade 2019, *Destaque informação À Comunicação Social*.
- INEM. Instituto Nacional de Emergência Médica (2018a) *Relatório Anual- Integração VMER e SIV - 2017*. Disponível em: https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/05/Relat%C3%B3rio-Integra%C3%A7%C3%B5es-VMER-e-SIV-2017_vers%C3%A3o-corrigida-16-05-2018.pdf (acedido a 21/11/2020)
- INEM. Instituto Nacional de Emergência Médica (2018b) *Relatório Anual- Integração VMER e SIV - 2018*. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/04/Relat%C3%B3rio-Integra%C3%A7%C3%B5es-VMER-e-SIV-2018.pdf> (acedidod a 21/11/2020)
- Jaffrenou, P. A. (1978). Sur l’analyse des familles finies de variables vectorielles: bases algébriques et application à la description statistique (Universite Lyon 1, Ed.). Disponível em: <https://books.google.com.ec/books?id=mc4GOgAACAAJ> (Acedido em 9/5/2021)
- Jean Marie Guise, S. S. (2016) Teamwork in obstetric care, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 34(6188), 1173–1178.
- Jones, K., Pearce, C. (2009) Organizing an acute gynaecology service: equipment, setup and a brief review of the likely conditions that are managed in the unit, *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. Elsevier Ltd, 23(4), 427–438.
- Klie, S., Osorio, S., Tohge, T., Drincovich, M. F., Fait, A., Giovannoni, J. J., Fernie A. R. e Nikoloski, Z. (2014) Conserved Changes in the Dynamics of Metabolic Processes during Fruit Development and Ripening across Species. *Plant Physiology*, 164, 55– 68.

Referências Bibliográficas

- Laakso, K. (2013) Emergency management: Identifying problem domains in communication. *ISCRAM Conference Proceedings - 10th International Conference on Information Systems for Crisis Response and Management*, 724–729.
- Lahne, J., Abdi, H. e Heymann, H. (2018) Rapid sensory profiles with DISTATIS and Barycentric Text Projection: An example with amari, bitter herbal liqueurs. *Food Quality and Preference*, 66, 36–43.
- Lahne, J., Collins, T. S. e Heymann, H. (2016) Replication Improves Sorting-Task Results Analyzed by DISTATIS in a Consumer Study of American Bourbon and Rye Whiskeys. *Journal of Food Science*, 81(5), S1263–S1271.
- Lavit, C. (1988) Analyse Conjointe de Tableaux Quantitatives. *Collection Méthodes + Programmes*, Masson. 78-109
- Lavit, C., Escoufier Y., Sabatier R. e Traissac P. (1994) The Act (STATIS Method). *Computational Statistics and Data Analysis*, 18 (1), 97-119
- Lawless, H.T. (1989) Exploration of fragrances categories and ambiguous odors using multidimensional scaling and cluster analysis. *Chemical Senses*, 14, 349–360.
- Lawless, H.T. e Glatter, S. (1990) Consistency of multidimensional scaling models derived from odor sorting. *Journal of Sensory Studies*, 5, 217–230.
- Lawless, H.T., Sheng, N. e Knoop, S.S.C.P. (1995) Multidimensional scaling of sorting data applied to cheese perception. *Food Quality and Preference*, 6, 91–98.
- Lee, I. H., Chen, C.T., Lee, Y.T., Hsu, Y.S., Lu, C.L., Huang, H.H., Hsu, T.F., How, C.K., Yen, D.H.T. e Yang, U.C. (2017) A new strategy for emergency department crowding: High-turnover utility bed intervention, *Journal of the Chinese Medical Association*. Elsevier Ltd, 80(5), 297–302.
- Lei n. °56/1979 de 15 de setembro. Diário da República, 1.ª Série – N. °214/2014 de 15-9-1979
- Lei n. °48/1990 de 24 de agosto. Diário da República, 1.ª Série – N. °195/1990 de 24-8-1990
- Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro. Diário da República. 1.ª Série – N. °172/2014 de 9-9-2019
- Lelievre, M., Chollet, S., Abdi, H. e Valentin, D. (2008) What is the validity of the sorting task for describing beers? A study using trained and untrained assessors. *Food Quality and Preference*, 19, 697–703.
- L'Hermier des Plantes, H (1976) *Structuration des Tableaux à Trois Indices de la Statistique*. Thèse de 3 eme cycle, Université de Montpellier, 98 p.
- Liu, Z. *et al.* (2015) ‘Quantitative evaluation of decision effects in the management of emergency department problems’, *Procedia Computer Science*. Elsevier Masson SAS, 51(1), 433–442.
- Loureiro, R. P. C. (2014) *Nascer em Portugal: estudo nacional descritivo*. Faculdade de

Referências Bibliográficas

- Medicina - Universidade do Porto.
- MacRae, A.W., Rawcliffe, T., Howgate, P. e Geelhoed, E.N. (1992) Patterns of odour similarity among carbonyls and their mixtures. *Chemical Senses*, 17, 119–125.
- Mauritti, R. *et al.* (2019) ‘Desigualdades Sociais e Desenvolvimento em Portugal: Um olhar em escala regional e aos territórios de baixa densidade’, *Sociologia on Line*, (19), 102–126.
- McCue, B. *et al.* (2016) ‘Definitions of Obstetric and Gynecologic Hospitalists’, *Obstetrics and Gynecology*, 127(2), 393–397.
- Miller, G.A. (1956) The magic number seven plus or minus two: Some limits of our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63, 81–97.
- Morrison, P., Gluyas, H. e Stomski, N. J. (2017) Structuring educational decisions using the multiple sorting task: An example focusing on international placements in nursing. *Nurse Education in Practice*, 26, 53–58.
- Nicholson, W. K., Ellison, S.A., Grason, H., Powe, N.R. (2001) ‘Patterns of ambulatory care use for gynecologic conditions: A national study’, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(4), 523–530.
- Nielsen, K. T., Klokke, L., Guidetti, S. e Wæhrens, E. E. (2018) Identifying, organizing and prioritizing ideas on how to enhance ADL ability. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1–12.
- Nogueira, L.P.S.(2014) *Custos dos utentes não urgentes no serviço de urgência hospitalar, Mestrado em Economia de Gestão dos Serviços de Saúde*. Universidade do Porto-Faculdade de Economia.
- Pereira, A.S.S.(2018) *O Serviço de Urgência da Unidade de Faro - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Um contributo do método DISTATIS para classificar e hierarquizar os principais problemas e desafios, Mestrado de Gestão em Unidades de Saúde*. Universidade do Algarve - Faculdade de Economia.
- Pereira, E. S. C. (2014a) *Apoio à decisão em ginecologia e obstetrícia, Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica - Ramo em Informática Médica*. Universidade do Minho - Escola de Engenharia.
- Pereira, M.A.R. (2014b) *Análise do Custo-Efetividade da dotação de enfermeiros do serviço de urgência nos resultados da prestação de cuidados de saúde, Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde*. Universidade do Porto - Faculdade de Economia.
- OE-MCEESMO (2017) *Parecer nº 24/2017- Triagem nos Serviços de Urgência Obstetrícia e Ginecologia por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica*.
- OE-MCEESMO (2019) *Parecer nº 43/2019 - Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*.
- OCDE. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2017) *State of Health*

Referências Bibliográficas

- in the EU: Portugal perfil de saúde do país 2017.OCDE. 1-18. Disponível em: http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/chp_pt_portuguese.pdf. (acedido em 15/10/2020).
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (2019) Perfil de Saúde de Portugal 2019, p. 24. Disponível em <https://www.oecd.org/portugal/Portugal-Perfil-de-saude-do-pais-2019> (acedido em 1/2/2021)
- Olsen, J.C. e Sabin, B.R. (2003) Emergency Department patient perceptions of privacy and confidentiality, *Journal of Emergency Medicine*, 25(3), 329–333.
- Owens, G.M. (2008) Gender differences in health care expenditures, resource utilization, and quality of care, *Journal of Managed Care Pharmacy*, 14(3 SUPPL.), 2–6.
- Paiva, J.A.O.D.C., Silva, A.M., Almeida, A.L., Seco, C.M.D.S., Gomes, C.M.P.R., Ribeiro, E.D.P.R.G., Silva, R.P.F.(2012) Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, 117. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf> (acedido em 9/02/2020)
- Pereira, A. S. S. (2018) *O Serviço de Urgência da Unidade de Faro - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Um contributo do método DISTATIS para classificar e hierarquizar os principais problemas e desafios*, Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Universidade do Algarve - Faculdade de Economia.
- Pereira, A. *et al.* (2019) Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgências. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A0ncias.pdf> (acedido a 12/1/2021)
- Pereira, E. S. C. (2014a) *Apoio à Decisão em Ginecologia e Obstetrícia*. Universidade do Minho - Escola de Engenharia.
- Pereira, M. A. R. (2014b) *Análise do Custo-Efetividade da dotação de enfermeiros do serviço de urgência nos resultados da prestação de cuidados de saúde*, Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Universidade do Porto - Faculdade de Economia
- PNS. Plano Nacional de Saúde (2010a). Estado Saúde dos Portugueses. Disponível em <http://pns.dgs.pt/planeamento-saude/perfil-saude/> (acedido a 11/11/2019)
- PNS. Plano Nacional de Saúde (2010b). Natureza e Objetivos dos PNS. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/planeamento-saude/natureza-e-objectivos-dos-planos-nacionais-de-saude/> (acedido a 11/11/2019)
- PNS. Plano Nacional de Saúde (2015) Resenha dos Planos de Saúde: Nacional, Regionais, Locais, *Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde*, p. 206. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/12/ResenhaPlanosSaúdeNacionalRegionaisLocais1.pdf> (acedido em 3/8/2019)
- Pordata (2015a). BI em Portugal. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal> (acedido a 11/5/2021)

Referências Bibliográficas

- Pordata (2015b). Esperança de vida à nascença: total e por sexo – Europa. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo-1260>. (acedido a 11/5/20221)
- Pordata (2015c). Indicadores de envelhecimento segundo os Censos em Portugal. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos+-+525>. (acedido a 11/5/20221)
- Rivadeneira, F. J., Figueiredo, A. M., Figueiredo, F. O., Carvajal, S. M. e Rivadeneira, R. A. (2016) Analysis of Well-Being in Oecd Countries Through Statis Methodology. *Holos*, 7, 335-351.
- Rocha, P. (2020) *A Procura de Cuidados de Saúde Urgentes em Portugal. Mestrado em evidências e decisão em saúde*. Universidade Nova de Lisboa.
- Rundle, M. M., Coch, D., Connolly, A. C. e Granger, R. H. (2018) Dissociating frequency and animacy effects in visual word processing: An fMRI study. *Brain and Language*, 183, 54–63.
- Santana, R. and Costa, C. (2008) A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7(December), pp. 29–56.
- Saint-Eve, A., Paci Kora, E. e Martin, N. (2004) Impact of the olfactory quality and chemical complexity of the flavouring agent on the texture of low fat stirred yogurts assessed by three different sensory methodologies. *Food Quality and Preference*, 15, 655–668.
- Santosa, M., Abdi, H. e Guinard, J. (2010) A modified sorting task to investigate consumer perceptions of extra virgin olive oils. *Food Quality and Preference*, 21, 881–892.
- Sánchez, P.M., Flores, J.M., De La Parra, P.N. e Arroyo, J.C. (2016) ‘Mejora en el tiempo de atención al paciente en una unidad de urgencias gineco-obstétricas mediante la aplicación de Lean Manufacturing’, *Revista Lasallista de Investigacion*, 13(2), 46–56.
- Santos, V., Moura, M., Pinho, J.P., Almeida, V. e Maio, J. (2011) ‘Características sócio-demográficas das puérperas e seguimento da gravidez: O que mudou em 17 Anos?’, *Acta Medica Portuguesa*, 24(6), 877–884.
- Scarpelini, S. (2007) A organização do atendimento às urgências e trauma, *Medicina (Ribeirão Preto)*, *Cirurgia de urgencia e trauma*, 40(3), 315–320.
- Sakellarides, C. (2020) ‘Serviço Nacional de Saúde: Dos desafios da atualidade às transformações necessárias’, *Acta Médica Portuguesa*, 33(2), 133.
- Schwarz, A. L., Kleeck, A. V., Beaton, D., Horne, E., Mackenzie, H. e Abdi, H. (2015) A Read-Aloud Storybook selection System for Pre-readers at the Preschool Language Level: A Pilot Study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58, 1273- 1291.
- Seow, E. (2013) ‘Leading and managing an emergency department-A personal view’, *Journal of Acute Medicine*. Elsevier Taiwan LLC, 3(3), 61–66.

Referências Bibliográficas

- Shinkareva, S. V., Wang, J., Kim, J., Facciani, M. J., Baucom, L. B. e Wedell, D. H. (2014) Representations of modality-specific affective processing for visual and auditory stimuli derived from functional magnetic resonance imaging data. *Human Brain Mapping*, 35 (7), 3558–3568.
- Silva, A. (2009) *Qualidade do Serviço de Urgência: Percepções dos Utentes e dos Prestadores. Mestre em Gestão Pública*. Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências Sociais e Políticas
- Silva, J. A. C. et al. (2012) ‘A importância da autonomia como princípio bioético’, *Revista paraense de medicina*, Abr-Jun(26), pp. 1–5. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2012/v26n2/a3211.pdf>. (acedido a 4/5/2020)
- Silva, S. (2017) *Eficiência Operacional no Serviço de Urgência do Hospital de Cascais – Caso Pedagógico, Mestre em Gestão*, ISCTE Business Scholl, Instituto Universitário de Lisboa.
- Siddiqui, Faisal Ghani; Shaikh, Jan Mohammad; Memon, Mohammad Munir (2010) An audit of informed consent in surgical patients at a university hospital. *Journal of Ayub Medical College*.
- SNS. Serviço Nacional de Saúde (2014) Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Materna da Criança e do Adolescente, 1–46. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Sa%C3%BAde-Materna-da-Crian%C3%A7a-e-do-Adolescente.pdf>. (acedido a 1/2/2021)
- SNS. Serviço Nacional de Saúde (2016) Os Hospitais em Portugal : Evolução e desenvolvimento, Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/06/CorreiaCunha.pdf>. (acedido a 23/2/2021)
- SNS. Serviço Nacional de Saúde (2018a) Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio_Acesso_2018-v.final_.pdf. (acedido a 12/1/2021)
- SNS. Serviço Nacional de Saúde (2018b) Retrato da Saude em Portugal. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf. (acedido a 17/3/2020)
- SNS. Serviço Nacional de Saúde (2019) Relatório Anual - Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionais. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anuual_Acesso_2019.pdf (acedido a 22/06/2020)
- Soufflet, I., Calonnier, M. e Dacremont, C. (2004) A comparison between industrial experts’ and novices’ haptic perception organization: A tool to identify descriptors of handle of fabrics. *Food Quality and Preference*, 15, 689–699.
- Stevens, D.A. e O’Connell, R.J. (1996) Semantic-free scaling of odor quality. *Physiological Behavior*, 60, 211–215.

Referências Bibliográficas

- Tang, C. e Heymann, H. (1999) Multidimensional sorting, similarity scaling and free choice profiling of grape jellies. *Journal of Sensory Studies*, 17, 493–509.
- Togerson, W., (1958) *Theory and Methods of Scaling*. Wiley, New York.460.
- United Nations – (2015) Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. *General Assembly-4th plenary meeting 25 September 2015*, 1-35.
- van Krugten, F. C. W., Goorden, M., van Balkom, A. J. L. M., Spijker, J., Brouwer, W. B. F. e Hakkaart-van L. R. (2018) Indicators to facilitate the early identification of patients with major depressive disorder in need of highly specialized care: A concept mapping study. *Depression and Anxiety*, 35 (4), 346–352.
- Varela P. e Ares G. (2014) *Novel Techniques in Sensory Characterization and Consumer Profiling*, 1ª ED, Boca Raton; CRC Press. 408.
- Veit-Rubin, N., Brossard, P., Gayet-Ageron, A., Montandon, C.Y., Simon, J., Irion, O.,
- Rutschmann, O.T. e Martinez de Tejada, B. (2017) Validation of an emergency triage scale for obstetrics and gynaecology: a prospective study, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(12), 1867–1873.
- Vidal, L., Cadena, R. S., Antúnez, L., Giménez, A., Varela, P., e Ares, G. (2014) Stability of sample configurations from projective mapping: How many consumers are necessary? *Food Quality and Preference*, 34, 79–87.
- Zayed, S. *et al.* (2020) *Operational Management in Emergency Healthcare*. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-030-53832-3.pdf>. (acedido em 25/5/2021)
- Zeeshan, M.F., Yousufi, Z., Khan, D., Malik, F.R., Ashfaq, F., Batool, F., Atta, L., (2019) Informed consent practice for obstetric and gynaecologic procedures: A patients perspective from a developing country, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(3), 491–497.
- White, A.A., Pichert, J.W., Bledsoe, S.H., Irwin, C., e Entman, S.S. (2005) Cause and Effect Analysis of Closed Claims in Obstetrics and Gynecology, *Obstetrics and Gynecology*, 105(5), pp. 1031–1038.