



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Ana Catarina Vieira Salgueiro

Triagem de Manchester: Satisfação dos Enfermeiros

Ana Catarina Vieira Salgueiro

Triagem de Manchester: Satisfação dos Enfermeiros

Relatório Final

6ºCurso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efectuado sob a orientação de

Professor Doutor Olivério Ribeiro

Co-Orientador: Professor Doutor João Duarte



PENSAMENTO

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

DEDICATÓRIA

Aos meus pais por todo o amor e carinho, e pelo orgulho enorme que sinto por ser vossa filha.

Ao Tiago pelo apoio incondicional, amor, amizade genuína, e companheirismo.

AGRADECIMENTOS

“Gratidão é quando a alma diz obrigada”

Os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que me ajudaram a percorrer este caminho, consciente de que sem o vosso apoio, a minha determinação não seria suficiente para alcançar este objetivo com sucesso.

Desta forma, expresso os meus agradecimentos:

Ao Professor Doutor Olivério de Paiva Ribeiro pela orientação, pela disponibilidade e pelo incentivo.

Ao Professor Doutor João Carvalho Duarte pelo apoio na análise estatística.

Ao Luís pela amizade, apoio e pelo ânimo transmitido, permitindo-me acreditar que iria conseguir.

A todos os meus amigos e família pelo carinho, força e amizade.

A todos o meu MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Introdução: Os serviços de urgência (SU) são complexos em termos de cuidados de saúde prestados e têm uma grande afluência de casos efetivamente graves e de casos de menor gravidade, ou sem qualquer gravidade, que decorrem de dificuldades do utente em aceder aos cuidados de saúde primários ou da sua perceção de que o atendimento num SU hospitalar é mais eficiente. Para hierarquizar a necessidade efetiva de cuidados céleres, os utentes são priorizados em função da gravidade da sua situação clínica. Existem vários sistemas de triagem (ST) devidamente validados. Em Portugal foi adotado o Sistema de Triagem de Manchester (STM). As prioridades estabelecidas por este sistema e os tempos de espera recomendados são: emergente (imediato - 0 min), muito urgente (10 min), urgente (60 min), pouco urgente (120 min) e não urgente (240 min). O enfermeiro é o profissional de saúde com quem o utente contacta em primeiro lugar num SU e é quem executa o procedimento de triagem. A sua perceção sobre o sistema é fundamental para compreender se há aspetos que possam vir a ser melhorados.

Objetivos: Caracterizar a afluência aos SU do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), na perspetiva das características demográficas do utente (sexo e idade) e do motivo de procura; avaliar o nível de cumprimento dos tempos alvo recomendados para atendimento das diferentes prioridades; analisar a perceção e a satisfação de fiabilidade dos enfermeiros com a aplicação do STM.

Metodologia: Estudo descritivo-correlacional e analítico, com abordagem quantitativa. Na primeira parte o estudo foi realizado com a informação extraída da base de dados do STM do CHTMAD correspondente aos atendimentos em 2017 (177.937 casos). Na segunda parte utilizou-se o inquérito de Satisfação acerca do STM elaborado pelo Grupo Português de Triagem (GPT) com os 113 enfermeiros dos SU do CHTMAD que anuíram em participar no estudo.

Resultados: A afluência ao SU do CHTMAD foi de cerca de 180.000 casos. A distribuição dos utentes pelas diferentes unidades é determinada pela densidade populacional das regiões que cada um dos três hospitais abrange. As características demográficas dos utentes desse SU são o reflexo da estrutura demográfica da população, com um predomínio de mulheres (53,9%) e uma grande percentagem de idosos (33,9%). Verificou-se que o motivo de procura do SU é determinado na esmagadora maioria dos casos por doença (82,7%). No presente estudo observou-se que para todas as categorias de prioridade existe, na maioria das situações, um cumprimento dos tempos de espera previstos.

Os 90 enfermeiros que fizeram o curso em STM estão globalmente satisfeitos com a formação. Os 113 enfermeiros que constituíram a amostra total mostraram-se globalmente satisfeitos com o STM, e têm nele uma grande confiança, revelada pela elevada fiabilidade manifestada, e pela perceção que têm de que é benéfico para o utente. Os aspetos relacionados com a estrutura do SU e com a perceção do utente sobre a triagem foram os que deixaram os enfermeiros mais insatisfeitos.

Conclusão: O SU do CHTMAD tem uma afluência com uma estrutura demográfica que corresponde à da população em geral. O STM é um excelente instrumento sistemático, dinâmico e adaptável de trabalho num SU. Existem pequenas melhorias que podem ser feitas nos SU, nomeadamente ao nível da informação prestada aos utentes, na organização estrutural e melhoria dos circuitos dos utentes, por forma a otimizar a aplicação do STM e melhorar a qualidade dos serviços, quer na perspetiva dos utentes, quer na dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Triagem; Manchester; Enfermeiros

ABSTRACT

Introduction: Emergency departments (ED) are complex, considering the health care provided and have a large number of cases of really urgent cases, and minor cases, resulting from the difficulties of the patient in accessing primary health care services or their perception that the care in an ED is better. To prioritize the effective need for medical attention, the patients are prioritized according to the severity of their situation. There are several suitably validated triage systems. In Portugal, the Manchester Triage System (MTS) was adopted. The priorities established by this system and the recommended waiting time are: emergent (immediate), very urgent (10 min), urgent (60 min), less urgent (120 min) and non-urgent (240 min). The nurse is the health professional with whom the client first contacts in the ED and who performs the triage. His perception of the system is fundamental to understanding if there are aspects that can be improved.

Objectives: To characterize the affluence to the emergency department of the Trás-os-Montes and Alto Douro Hospital Center (CHTMAD), in the perspective of the demographic characteristics of the user (sex and age) and the motive to seek for medical assistance; evaluate the level of compliance of recommended times to for each priority; to analyze the reliability perception of nurses about the application of MTS and their satisfaction with various aspects of its application.

Methodology: Descriptive-correlational and analytical study, with quantitative approach. In the first part, the study was carried out with the information extracted from the MTS database of the CHTMAD corresponding to all the patients in 2017 (177.937 cases). In the second part, the Portuguese Triage Group's STM Satisfaction survey was used with the 113 nurses from the CHTMAD ED who agreed to participate in the study.

Results: The affluence to the CHTMAD ED was nearly 180.000 cases. The distribution of the users by the different units is determined by the population density of the regions that each of the three hospitals covers. The demographic characteristics of the ED users are in accordance to the demographic structure of the population, with a predominance of women (53.9%) and a large percentage of elderly (33.9%). It was observed that the reasons for seeking the ED are determined in the majority of cases due to illness (82.7%). In the present study it was observed that for all priority categories there is a compliance with expected waiting times in most situations.

The 90 nurses who took the course in MTS are globally satisfied with the training. The 113 nurses who were the total sample were satisfied with the MTS, and have a great confidence in it, revealed by the high reliability shown, and by the perception that it is benefic for the patient. The aspects related to the structure of the ED and the perception of the patient about the triage were those aspects that left the nurses more dissatisfied.

Conclusion: The CHTMAD ED has an affluence with a demographic structure that corresponds to that of the population in general. The MTS is an excellent tool for working in an ED. Being a dynamic and adaptable instrument, there are small improvements that can be made in the ED, namely the information provided to users, structural organization and improvement of user circuits, in order to optimize its application, improve the quality of services from the perspective of users and health professionals.

Keywords: Triage; Manchester; Nurses

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	27
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	29
2 - TRIAGEM EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA.....	31
2.1 - ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DOS SISTEMAS DE TRIAGEM	32
2.2 - TIPOLOGIAS DE TRIAGEM	33
3 - SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER	41
3.1 - ESCALAS DE TRIAGEM.....	43
3.1.1 - Principais escalas de triagem	44
4 - STM E A SUA IMPLEMENTAÇÃO EM PORTUGAL.....	47
5 - METODOLOGIA DO STM.....	51
6 - PAPEL DO ENFERMEIRO NA TRIAGEM.....	59
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	63
7 - METODOLOGIA	65
7.1 - CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	65
7.2 - TIPO DE ESTUDO	68
7.3 - VARIÁVEIS.....	68
7.4 - HIPÓTESES EM ESTUDO	72
7.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA	73
7.5.1 – Caracterização demográfica da amostra	74
7.6 - INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	77
7.7 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	78
7.8 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	79
8 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	81
8.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AFLUÊNCIA AO SU DO CHTMAD	81
8.1.1 - Afluência geral e nas diferentes unidades do CHTMAD	81
8.1.2 - Caracterização do utente do CHTMAD	84
8.1.3 - Motivo de recurso ao SU do CHTMAD.....	86
8.1.4 - Prioridades estabelecidas pelo STM e tempos de espera	91
8.2 - PERCEÇÃO DE FIABILIDADE E SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM O STM	99
8.2.1 - Perceção de fiabilidade do STM	101

8.2.2 - Satisfação dos enfermeiros com o STM.....	102
8.2.3 - Relação dos itens de satisfação com a aplicação do STM e a fiabilidade e satisfação global	114
9 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	117
9.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA	117
9.2 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS	118
9.2.1 - Afluência ao SU do CHTMAD	118
9.2.2 - Percepção de fiabilidade e satisfação dos enfermeiros com o STM.....	125
10 - CONCLUSÕES.....	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
ANEXOS	141
ANEXO I - Inquérito de Satisfação da Triagem de Manchester-GPT	143
ANEXO II - Autorização da instituição para a colheita de dados.....	149
ANEXO III - Autorização do GPT para aplicação do Inquérito de Satisfação	153

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Estação de Triagem - Suippes - França - 1ª Guerra Mundial.....	32
Figura 2 - Exemplos de METTAG - Medical Emergency Triage Tag.....	35
Figura 3 - Folha de Catástrofe - GPT 2007.....	36
Figura 4 - Identificação do Problema - Fluxogramas.....	41
Figura 5 - Fluxograma.....	54
Figura 6 - Sistema de Identificação de Triagem.....	55
Figura 7 - Tempos de Espera/Prioridades atribuídas - STM.....	56
Figura 8 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na parte 1: Caracterização da afluência ao SU do CHTMAD.....	69
Figura 9 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na parte 2: Percepção de fiabilidade e satisfação dos enfermeiros com o STM dos SU do CHTMAD.....	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 - Distribuição percentual do número de casos atendidos no SU do CHTMAD ao longo do ano de 2017.....	82
Gráfico 2 - Distribuição percentual do número de casos atendidos nas diferentes unidades do SU do CHTMAD em 2017.....	83
Gráfico 3 - Distribuição percentual por género de utentes atendidos no SU do CHTMAD em 2017.....	84
Gráfico 4 - Distribuição percentual da idade dos utentes atendidos no SU do CHTMAD em 2017.....	85
Gráfico 5 - Distribuição percentual por género em cada classe etária dos utentes atendidos no SU do CHTMAD em 2017.....	85
Gráfico 6 - Distribuição percentual dos utentes atendidos no SU do CHTMAD em 2017 que foram triados no tempo recomendado (≤ 3 minutos) e dos que excederam esse tempo.....	86

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Níveis de prioridade e tempo de atendimento previsto de acordo com a ATS.....	44
Quadro 2 - Níveis de prioridade e tempo de atendimento previsto de acordo com a CTAS.....	45
Quadro 3 - Níveis de prioridade e tempo de atendimento previsto de acordo com a ESI.....	45
Quadro 4 - Níveis de prioridade e tempo de atendimento previsto de acordo com o MTS.....	46
Quadro 5 - Operacionalização das variáveis da parte 1: Caracterização da afluência ao SU do CHTMAD.....	71
Quadro 6 - Operacionalização das variáveis da parte 2: Percepção de fiabilidade e satisfação dos enfermeiros com o STM dos SU do CHTMAD	72
Quadro 7 - Variáveis demográficas e profissionais dos profissionais de enfermagem que responderam ao inquérito de satisfação sobre o STM.....	76
Quadro 8 - Motivo de procura do SU registados na admissão administrativa do CHTMAD em 2017 por utentes do sexo feminino e masculino.....	87
Quadro 9 - Motivo de procura do SU registados na admissão administrativa do CHTMAD em 2017 por utentes dos diferentes grupos etários.....	88
Quadro 10 - Motivo de procura do SU registado no STM do SU do CHTMAD em 2017.....	90
Quadro 11 - Frequência de prioridades estabelecidas pelo STM em cada uma das seis unidades do SU do CHTMAD em 2017 e no total.....	93
Quadro 12 - Frequência de prioridades estabelecidas pelo STM no SU do CHTMAD em 2017 em utentes do sexo feminino e masculino	94
Quadro 13 - Frequência de prioridades estabelecidas pelo STM no SU do CHTMAD em 2017 em utentes dos diferentes grupos etários.....	95
Quadro 14 - Frequência de prioridades estabelecidas pelo STM no SU do CHTMAD em 2017 em função do motivo da procura do SU registado administrativamente.....	96

Quadro 15 - Tempos de espera para cada nível de prioridade estabelecido pelo STM e outros casos atendidos no SU do CHTMAD em 2017. Resultados expressos em horas, minutos e segundos	98
Quadro 16 - Proporção de utentes atendidos no tempo alvo consoante o nível de prioridade estabelecido pelo STM no SU do CHTMAD em 2017, mediante os tempos recomendados para atendimento.....	99
Quadro 17 - Fiabilidade no STM manifestada pelos enfermeiros do SU do CHTMAD em função do serviço onde exercem funções.....	101
Quadro 18 - Nível de satisfação em relação ao STM manifestado pelos enfermeiros do SU do CHTMAD que fizeram a formação do GPT.....	103
Quadro 19 - Nível de satisfação em relação ao STM manifestado pelos enfermeiros do SU do CHTMAD que fizeram a formação do GPT (n=90) em função do SU onde trabalham	104
Quadro 20 - Nível de satisfação em relação ao STM manifestado pelos enfermeiros do SU do CHTMAD	107
Quadro 21 - Nível de satisfação em relação ao STM manifestado pelos enfermeiros do SU do CHTMAD em função do SU onde trabalham.....	109
Quadro 22 - Nível de satisfação em relação ao STM manifestado pelos enfermeiros do SU do CHTMAD em função de ser coordenador de turno ou não.....	112
Quadro 23 - Nível de satisfação em relação ao STM manifestado pelos enfermeiros do SU do CHTMAD em função de terem ou não realizado o curso de triagem.....	113
Quadro 24 - Correlações de Spearman entre os itens do inquérito do GPT e a fiabilidade e satisfação global manifestada pelos enfermeiros do SU do CHTMAD	116

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATS - Australasian Triage Scale

CHTMAD - Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CTAS - Canadian Triage and Acuity Scale

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

ED - Emergency Departments

ESI - Emergency Severity Index

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

EUA - Estados Unidos da América

GPT - Grupo Português de Triagem

INE - Instituto Nacional de Estatística

ITS - Ipswich Triage Scale

METTAG - Medical Emergency Triage Tag

min - Minutos

MTS - Manchester Triage System

NHS - National Health Service

NTS - National Triage Scale

PTM - Protocolo de Triagem de Manchester

RP - Residuais Padronizados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Science

ST - Sistema de Triagem

START - Simple Triage and Rapid Treatment

STM - Sistema de Triagem de Manchester

STP - Sistema de Triagem de Prioridades

SU - Serviço de Urgência

TM - Triagem de Manchester

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

SIV - Suporte Imediato de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

% - Percentagem

< - Menor que

> - Maior que

\leq - Menor ou igual a

\geq - Maior ou igual a

χ^2 - Qui-quadrado

r - Coeficiente de correlação

p - Probabilidade

n - Número

INTRODUÇÃO

Atualmente, os serviços de emergência e urgência deparam-se com um elevado afluxo de utentes, conduzindo a sobrelotação dos mesmos. Como o volume de admissões de utentes de um serviço de urgência (SU) não pode ser planeado com precisão, os recursos disponíveis podem por vezes ficar assoberbados, acarretando riscos para a segurança dos utentes (Christ, Grossmann, Winter, Bingisser, & Platz, 2010). Neste sentido, a superlotação corresponde ao retrato do desequilíbrio entre a oferta e a procura dos SU (Souza, Araújo, & Chianca, 2015).

Os SU têm como missão dar resposta às necessidades dos utentes que ali recorrem através da receção, diagnóstico e tratamento das suas situações clínicas, devendo ser dotados de características específicas, estruturais e humanas (Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto). Verifica-se constantemente nos SU o atendimento, quer de utentes urgentes, quer de utentes não urgentes. Torna-se então imprescindível a existência de um sistema de triagem (ST) de forma a garantir a assistência adequada, num tempo certo, consoante o grau de gravidade da situação e não pela simples ordem de chegada utentes (Mackway-Jones, Marsden, & Windle, 2014).

A triagem nos serviços de emergência/urgência é fundamental e representa o início do processo de prestação de cuidados (Goransson, Ehnfors, Fonteyn, & Ehrenberg, 2008). A análise do ST pode ser de extrema relevância para a operacionalização dos serviços de emergência/urgência. Não é suficiente implementar, é necessário reavaliar como este processo decorre e quais os resultados consequentes, os aspetos positivos, os negativos, o que deverá permanecer e o que implicará mudanças. Só desta forma é possível prestar cuidados com maior rapidez, melhor eficiência e qualidade (FitzGerald, Jelinek, Scott, & Gerdtz, 2010).

O conceito de triagem de prioridades tem sido amplamente divulgado e aceite por um número considerável de países, sendo que em Portugal tem vindo a ser adotado num número elevado de hospitais, até porque segundo o Despacho nº 18459/2006 de 12 de setembro, ficou clara a necessidade e obrigatoriedade da implementação de um Sistema de Triagem de Prioridades (STP), nomeadamente o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Este sistema permite a identificação da prioridade clínica, bem como a definição do tempo alvo de atendimento recomendado até à observação por um médico (GPT, 2010).

Na atualidade o STM tornou-se uma prática comum no funcionamento dos SU em Portugal, podendo este procedimento ser desempenhado, quer por médicos, quer por

enfermeiros, devidamente certificados pelo Grupo Português de Triagem (GPT). No entanto na realidade Portuguesa são os enfermeiros que maioritariamente executam esta função (GPT, 2010).

Assim, o presente trabalho teve como objetivos caracterizar a afluência aos SU do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), na perspetiva das características demográficas do utente (sexo e idade) e do motivo de procura; avaliar o nível de cumprimento dos tempos alvo recomendados para atendimento das diferentes prioridades estabelecidas pelo STM e analisar a perceção de fiabilidade dos enfermeiros acerca aplicação do STM e a sua satisfação com vários aspetos da sua aplicação.

Para responder aos objetivos definidos, desenvolveu-se um estudo descritivo-correlacional e analítico, com abordagem quantitativa. Na primeira parte o estudo foi realizado com a informação extraída da base de dados do STM do CHTMAD correspondente aos atendimentos em 2017 (177.937 casos). Na segunda parte utilizou-se o inquérito de Satisfação com o STM do GPT com os 113 enfermeiros dos SU do CHTMAD que anuíram em participar no estudo.

O trabalho está estruturado em duas partes principais. Na primeira parte (enquadramento teórico) é feita uma revisão da literatura sobre ST e em particular do STM, bem como do papel dos enfermeiros na triagem. Na segunda parte (estudo empírico) conceptualiza-se o estudo, define-se a metodologia utilizada, delimita-se a população/amostra alvo do trabalho, assim como as suas características e apresentam-se os instrumentos de colheita de dados e a abordagem estatística realizada com os resultados. Os resultados são apresentados sob a forma de gráficos ou quadros, destacando-se as inferências estatísticas detetadas. A discussão de resultados é apresentada, confrontando-se os resultados do presente estudo com outros previamente publicados, e em que se tenta justificar algumas das tendências observadas. Nas conclusões, sistematizam-se os achados mais importantes do estudo empírico e salientam-se os aspetos que poderão vir a ser melhorados para a prática da atividade de triagem pelo enfermeiro.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2 - TRIAGEM EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

Os serviços de emergência/urgência prestam cuidados a milhões de pessoas por ano e são confrontados diariamente com um grande número de utentes. Estes, por sua vez apresentam uma vasta diversidade de problemas. Por forma a assegurar que os utentes sejam atendidos em função de critérios clínicos e não pela simples ordem de chegada, surgiu a necessidade de criação de um sistema organizado de gestão de utentes (Mackway-Jones et al., 2014). Deste modo, os serviços de triagem têm como objetivo primordial apoiar o profissional de saúde na identificação rápida dos doentes em situação de doença e/ou lesão emergente e/ou urgente (Borges, 2012).

O STM é um dos instrumentos de priorização no atendimento aplicado a SU, que tem como principal objetivo categorizar os utentes mediante a gravidade da sua situação clínica. É um instrumento de equidade no acesso aos cuidados de saúde, dinâmico e sistemático, que permite a hierarquização na prestação de cuidados (Cronin, 2003). O STM possibilita como tal a gestão do risco clínico, tendo em vista a organização do fluxo de doentes, com segurança, e da adequação das suas necessidades aos reais recursos disponíveis (Soler, Munoz, Bragulat, & Alvarez, 2010).

O STM é transversal a vários países apesar da sua aplicabilidade variar em função do contexto clínico, das características dos utentes e da experiência dos profissionais de saúde (Parenti, Reggiani, Iannone, Percudani, & Dowding, 2014). É comumente aceite pelos diversos profissionais de saúde e/ou dirigentes institucionais, sendo utilizada em Portugal e noutros países. “Até dezembro de 2016 aderiram ao Programa de Triagem de Manchester 74 SU da rede pública, 2 SU públicos fora da rede formal, 5 SU em unidades privadas, 4 SU nas regiões autónomas. Mais de 8.000 profissionais de saúde estão creditados para efetuarem a triagem de doentes, cerca de 200 dos quais estão creditados como instrutores e auditores” (GPT, 2019).

2.1 – ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DOS SISTEMAS DE TRIAGEM

Em termos etimológicos a palavra triagem tem origem no verbo francês “trier” que significa escolher ou selecionar (Funderburke, 2008). A origem do termo triagem surge inicialmente relacionada com a seleção de produtos agrícolas. Historicamente a palavra aparece associada à indústria da lã e do café, sendo associada à separação de produtos de menor qualidade (Nakau, Ukai, & Kotani, 2017).

A prática da triagem ligada à saúde provém dos constrangimentos impostos pela guerra, encontrando-se estritamente associada à medicina militar. O Cirurgião-Chefe do Exército Francês de Napoleão Bonaparte, Barão *Dominique Jean Larrey* (1766-1842) é habitualmente referenciado como o impulsionador da triagem militar moderna, dando ênfase à triagem dos feridos no campo da batalha e ao seu rápido transporte até ao local com cuidados médico-cirúrgicos, sendo este o primeiro sistema formal de triagem de batalha. Também o médico militar *John Morgan*, durante a guerra civil americana, se assumiu como um grande defensor da triagem militar (Kennedy, Aghababian, Gans, & Lewis, 1996).

Na primeira guerra mundial, a triagem era efetuada por parte de médicos franceses que prestavam cuidados de emergência nos hospitais de campanha perto das frentes de batalha. A fotografia apresentada (Figura 1) é relativa a uma Estação de Triagem - *Suippes*, situada em França durante a primeira guerra mundial.



Figura 1 - Estação de Triagem - *Suippes*, França - 1ª Guerra Mundial (Fonte: Wikipédia, acessado em https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Wounded_Triage_France_WWI.jpg)

Ainda numa perspetiva militar, com o culminar da segunda guerra mundial o termo triagem passou a ser usado noutro sentido, para identificar os elementos que após intervenção médica tinham mais probabilidade de voltar para o campo de batalha (Iserson & Moskop, 2007).

Contudo a triagem foi-se modernizando ao longo dos anos. Atualmente os ST mais comuns são a triagem pré-hospitalar e a triagem hospitalar, sendo que a principal característica que as diferencia é o ambiente em que são aplicadas.

2.2 - TIPOLOGIAS DE TRIAGEM

Triagem Pré-Hospitalar

Os ST pré-hospitalares são utilizados na triagem de vítimas em ambiente externo ao hospital. Os mais conhecidos são a triagem de incidentes (multicasualty), a triagem militar (*battlefield*) e a triagem em situações de catástrofe (*mass casualty*) (Iserson & Moskop, 2007). Atualmente surgiu a Triagem Clínica Telefónica que é efetuada sem a presença física do doente, sendo disso exemplo a triagem realizada pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), do Instituto Nacional de Emergência Médica e da Linha de Saúde 24, do Ministério da Saúde.

Triagem de Incidentes (Multicasualty)

A triagem de incidentes destina-se a responder a incidentes que provocam múltiplas vítimas, como por exemplo acidentes ferroviários. Nestas situações é necessário que os profissionais de emergência pré-hospitalar identifiquem as situações mais prioritárias, com o intuito de se proceder ao transporte e tratamento imediato. Poderá ainda haver a necessidade de se recrutar recursos humanos adicionais para se efetuar a triagem e avaliação inicial em consequência do elevado número de vítimas, salientando-se que as menos graves poderão ter de aguardar mais tempo (Iserson & Moskop, 2007).

Triagem Militar (Battlefield)

A triagem militar é executada por médicos militares, podendo as vítimas ser ou não militares. Inicialmente eram tidos em consideração distintos parâmetros para além das situações de tratamento especificamente emergentes. A título de exemplo, a posição hierárquica, estratégia, missão militar e leis internacionais que são critérios incluídos na triagem militar (Iserson & Moskop, 2007).

A partir de inícios da década de 90, mais especificamente da Guerra do Golfo Pérsico (1991) foram introduzidas melhorias significativas na triagem militar através da adoção de escalas de avaliação das vítimas, nomeadamente a *Revised Trauma Score* e *Sieve and Sort* (Silva, 2009). A primeira caracteriza-se por fornecer uma avaliação ampla destinada aos profissionais médicos no terreno enquanto que a segunda se baseia numa avaliação inicial - triagem primária - no local e à posteriori numa triagem secundária das vítimas quando estas são transferidas para outro local (Smith, 2012). A título de curiosidade, esta mesma escala foi usada na preparação do campeonato do mundo de futebol que se realizou em 2010, na África do Sul, para preparar os profissionais de saúde para a eventualidade de um grande acidente ou atentado terrorista.

Triagem em Situações de Catástrofe (Mass Casualty)

A triagem em situações de catástrofe é efetuada quando ocorrem acidentes naturais ou de natureza humana com efeitos destrutivos numa determinada área ou comunidade como, por exemplo, atentados de índole terrorista. Nestas situações é necessária uma triagem diferente da triagem de incidentes devido à sua magnitude e extensão destrutiva. A triagem de catástrofe pretende deste modo definir quem receberá ou não tratamento (Iseron & Moskop, 2007).

Devido à influência dos EUA, o sistema mais utilizado em situações de emergência é o START - *Simple Triage and Rapid Treatment*, que surgiu na década de 80, na Califórnia, e que determina com celeridade a gravidade das lesões sem exigir grande capacidade de diagnóstico. Este sistema valoriza a frequência respiratória, o tempo de preenchimento capilar e a capacidade de cumprir ordens simples (componente motor da escala de coma de *Glasgow*) (Silva, 2009).

A existência de múltiplos métodos na triagem de prioridades originou diferentes tipos de sistemas de identificação da prioridade relativa aos doentes. O *Medical Emergency Triage Tag* (METTAG) constitui o modelo mais utilizado como referência, seja para o trauma ou em situações com vítimas contaminadas por substâncias biológicas ou (Iseron & Moskop, 2007).

Os ST têm sempre associada uma marca, ou rótulo que é colocado no utente, para que qualquer dos profissionais envolvidos no apoio à vítima possa rapidamente identificar a situação, sem necessidade de comunicação direta entre as partes. As etiquetas de triagem - "*triage tags*" - devem respeitar as seguintes características: possuir forma segura de fixação ao corpo da vítima, ser resistentes às intempéries, terem superfície fácil para registo escrito, permitir o registo do nome do doente, sexo, lesões, intervenções, escalas de pontuação em uso,

prioridade clínica atribuída (bem visível) e identificação do socorrista. É muito importante garantir a boa visibilidade da prioridade. Para o efeito, a utilização de código de cores, na mesma lógica que a dos semáforos, é comumente utilizado, pois permite uma rápida visualização e interpretação do grau de gravidade por parte de qualquer elo da cadeia de socorro e prestação de cuidados de saúde. Devem ainda existir mecanismos que possibilitem o registo da passagem de uma prioridade para outra, no sentido ascendente e descendente (Advanced Life Support Group, 1995). Na figura 2 apresentam-se exemplos de etiquetas de triagem utilizados neste método.



Figura 2 - Exemplos de METTAG - Medical Emergency Triage Tag (Fonte: Acedido em <https://www.rescue-essentials.com>)

Com a planificação do Campeonato Europeu de Futebol de 2004, os hospitais tiveram de criar planos de contingência, tendo as administrações regionais de saúde redigido um caderno de encargos com a adoção de mecanismos de triagem de prioridades compatíveis com o evento (Silva, 2009). O STM foi o sistema escolhido para ser parte integrante nesta planificação.

Em 2007, o GPT elaborou uma folha de registo tipificada, que passou a ser parte integrante dos planos de contingência de muitos hospitais portugueses perante situações de catástrofe baseando-se no impacto do STM na promoção da organização de planos de catástrofe hospitalares (Silva, 2009).

Perante uma situação de catástrofe os critérios de triagem alteram-se, sendo que o STM contempla dois fluxogramas denominados “Catástrofe - Avaliação Primária” e “Catástrofe - Avaliação Secundária” reservados para estas situações (GPT, 2010).

Folha de Catástrofe

1- Avaliação Primária

Anda Sim Verde

Respira após abertura da via aérea Não Preto

Freq. Resp. > 29 Sim Vermelha

Freq. Resp. < 10 Não Vermelha

Preenchimento capilar > 2 Sim Vermelha

Pulso > 120 Não Amarelo

Nº mec. _____

2- Avaliação Secundária

Caso nº _____
Data ____/____/____ Hora ____:____

Hora	1		2		3		4		5		6	
	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS
Freq. Resp.												
P.A. Sist.												
Glasgow												
		T		T		T		T		T		T
Cor		Verde		Verde		Verde		Verde		Verde		Verde
Prioridade		Verde		Verde		Verde		Verde		Verde		Verde
Nº Mec.												

Escala de comas de Glasgow		Escala TRTS		Prioridades TRTS	CÓR
Abertura de olhos	Espontânea 4 Voz 3 Dor 2 S/ Resposta 1	Freq. Resp.	10 a 25 4 > 29 3 6 a 9 2 1 a 5 1 0 0		
Resposta verbal	Orientada 5 Confusa 4 Inapropriada 3 Imperceptível 2 S/ Resposta 1	Pressão Arterial	> 90 4 75 a 89 3 50 a 75 2 1 a 49 1 0 0	11 Amarelo	12 Verde
Resposta motora	Ocism 6 Localiza 5 Fuga 4 Flexão 3 Extensão 2 S/ Resposta 1	Escala De Comas De Glasgow	13 a 15 4 9 a 12 3 6 a 8 2 4 a 5 1 3 0	0 Preto	

Observações:

© Grupo Português de Triagem

Figura 3 - Folha de Catástrofe - GPT 2007 (Fonte: Acedido em <https://docplayer.com.br/73028336-Curso-de-mestrado-em-enfermagem.html>)

De referir ainda como marcos importantes a definição do Plano de Contingência para a Transição (1999-2000), o Plano de Resposta a Situações Multivítimas no SU de 2004, bem como as adendas ao mesmo por motivo da Gripe - H5N1 (2006) e H1N1 (2009).

Triagem Clínica Telefónica

O primeiro serviço de triagem clínica telefónica surgiu nos EUA com a nomenclatura de “First Help” e com o objetivo de lidar com as queixas agudas mais comuns, estando os utentes divididos por grupos (adultos, crianças, mulheres e pessoas com doença mental). Este procedimento telefónico tem vindo a ser adotado em vários países desde a década de oitenta (Iseron & Moskop, 2007).

No Reino Unido, em 1999 surge o *National Health Service (NHS) Direct*. O *NHS Direct* é uma linha telefónica de apoio que garante informações de saúde e/ou encaminhamento das pessoas para instituições do NHS, executada por enfermeiros. Num curto espaço de tempo concluiu-se que esta linha trazia ganhos para os serviços de saúde, reduzindo consequentemente

os custos e a afluência às urgências hospitalares (Breslin & Dennison, 2002). Atualmente o NHS *Direct* é considerado um dos maiores serviços mundiais de triagem telefónica. De realçar que o *Manchester Triage Group* reconhece a importância da triagem telefónica na segunda edição do livro *Emergency Triage* (Mackway-Jones et al., 2014).

Em Portugal, no ano de 1999, foi criada uma linha de apoio à saúde, tendo como objetivo dar resposta aos cuidados pediátricos que eram considerados de difícil acesso, devido à grande afluência aos SU. Esta linha telefónica ficou conhecida por “Doí-Doí-Trim-Trim”, sendo o atendimento feito por enfermeiros.

Em 2006 foi criada a Linha “Saúde 24” (protocolo de triagem telefónica), em Portugal, que deu origem a uma nova aplicação do STM, com o objetivo de uniformizar toda a rede de urgência hospitalar e emergência pré-hospitalar sob o mesmo sistema. Esta foi oficialmente lançada em 2007 por indicação do Ministério da Saúde. Em 2009, o GPT valoriza igualmente este aspeto e desenvolve um capítulo próprio relacionado com a triagem clínica telefónica no seu novo manual (Silva, 2009) e em 2013 inicia a validação da triagem clínica telefónica num projeto-piloto na Região Autónoma dos Açores, onde atualmente se encontra implementada.

Triagem Hospitalar

As alterações no atendimento ao utente que ocorre aos serviços de emergência/urgência são frequentes e dependem de inúmeras condições, entre as quais a natureza dos cuidados. A mudança é uma constante nos contextos da saúde e cada vez é mais rápida e mais complexa do que no passado (Azeredo et al., 2015).

O acesso crescente de utentes aos SU tem originado um congestionamento dos SU e conseqüente sobrecarga de trabalho, prejudicando a qualidade e o tempo de resposta das equipas de saúde no atendimento aos utentes. É esta sobrelotação que compromete a eficácia na prestação de cuidados que se pretende gerir num SU com a utilização de protocolos de triagem.

A sobrelotação demonstra o desequilíbrio entre a oferta e a procura em serviços de saúde, podendo ser agravada pela existência de problemas organizacionais, como o atendimento exclusivo por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode ser prejudicial para o utente, provocando-lhe graves danos (Souza et al., 2015).

Nos países em desenvolvimento este problema agravou-se ainda mais, uma vez que estes serviços são frequentemente a principal porta de acesso ao sistema de saúde. Face a este desequilíbrio verificado entre os recursos disponíveis e as necessidades dos utentes surgiu a

necessidade de se estabelecerem prioridades (Direção Geral de Saúde (DGS), 2004) e de, ao mesmo tempo, se utilizarem políticas de justiça equitativa (DGS, 2011).

Neste sentido tornou-se imprescindível a criação de um ST inicial que de uma forma objetiva, reproduzível e passível de auditoria, tenha em consideração a condição clínica dos doentes e não apenas a sua ordem de chegada, com o intuito de conceber um SU eficiente e com atendimento célere dos utentes (GPT, 2010).

Com o objetivo de priorizar o atendimento das pessoas com situações clínicas de maior gravidade, os hospitais têm instituído nas últimas décadas ST que possibilitam a deteção precoce de situações mais urgentes e com iminente risco de morte e que asseguram um atendimento rápido, com um tempo mínimo de espera (Becker et al., 2015).

A triagem deve ser realizada à totalidade de doentes que recorrem ao SU para determinar a gravidade da sua situação clínica, quer seja por doença ou por lesão. É um processo sistemático e dinâmico de tomada de decisão que visa a priorização dos cuidados de saúde a prestar (Cronin, 2003).

O ST deverá conjugar destreza e competência dos profissionais envolvidos para realizar observações rápidas dos utentes, bem como para obter toda a informação pertinente do seu estado de saúde (Gomes, 2008).

O principal objetivo da triagem é colocar o doente no local correto, para que este possa receber cuidados de saúde de acordo com a sua gravidade e/ou condição clínica, facilitando a afetação dos recursos adequados à satisfação das necessidades do doente em termos médicos. Para que a triagem seja um sistema eficiente é necessário cumprir alguns requisitos, tais como: existência de um local/espço adequado para a sua realização, material disponível, sistema de comunicação, acesso a áreas de tratamento, profissionais experientes e com formação adequada e uma equipa multidisciplinar de apoio (Toni & McCallum, 2007).

A observação médica de urgência e o atendimento inicial deverão basear-se simultaneamente num plano bem determinado, o qual deverá ter em consideração as necessidades da comunidade e o real afluxo de utentes a cada hospital. É neste âmbito que o processo de triagem surge, sendo fundamental a sua implementação para garantir uma boa gestão de cada SU, bem como a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

O primeiro relato de triagem hospitalar surgiu no ano de 1964, em *Baltimore*. Na Australásia, em 1977 surgiu a escala de *Box Hill Triage*, com as prioridades de: Imediato,

Urgente, Não Urgente e Rotineiro, tendo sido posteriormente alterada e dando origem à escala *Ipswich Triage*, com as prioridades: segundos, minutos, uma hora, horas, dias (Silva, 2009).

Os serviços de emergência da Austrália foram os primeiros a oficializarem um ST (Albino, Grosseman & Riggerbach, 2007).

A partir da década de 80, o governo dos EUA no sentido de acreditar todas as unidades hospitalares nos programas governamentais, exigiu que a triagem fosse parte integrante dos serviços de emergência. Na década seguinte o Reino Unido também evidenciou a importância da triagem nos SU.

Nos dias de hoje o ST é aplicado em praticamente todas as urgências hospitalares dos países desenvolvidos. Dadas as especificidades de cada unidade hospitalar, o desenvolvimento de um ST comum aplicado aos diferentes tipos de SU mundiais revelou-se inadequado (Gouin, Gravel, Amre & Bergeron, 2005). Deste modo foram criadas diferentes escalas de triagem com a finalidade de se padronizar o atendimento, tendo em conta uma avaliação mais rápida e objetiva que diminuísse o erro.

3 - SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

Os benefícios que advêm do STM traduzem-se num acesso médico adequado ao grau de urgência do utente, diminuindo a probabilidade de consequências nefastas para os utentes e simultaneamente um aumento do seu grau de satisfação.

A implementação do STM permite a deteção precoce de doentes em situações de risco e/ou gravidade que necessitam de cuidados emergentes, contribuindo deste modo para uma gestão organizacional melhorada e interativa com o fluxo de doentes. Constituiu também uma mudança radical no funcionamento do SU com a afetação de profissionais de saúde devidamente qualificados e habilitados com o “Curso de Triagem de Manchester” para operacionalização do sistema nos diversos SU.

A aplicação do método e do algoritmo do STM de forma disciplinada e segundo as diretrizes recomendadas pelo Grupo de Triagem de Manchester contribui para o sucesso da avaliação clínica. É importante reter que a triagem não pretende fazer diagnósticos, mas apenas identificar problemas e prioridades. Na conceção do processo foi garantida a uniformização na utilização dos conceitos entre os diversos técnicos, pela produção de uma definição precisa dos mesmos, que se observa ao lado dos algoritmos ou no dicionário que se encontra no final do manual (GPT, 2010). De realçar ainda a consistência do método, que permite alguma margem de decisão na utilização de fluxogramas alternativos ou menos assertivos por parte do triador, sem interferir na atribuição de prioridades e correspondente tempo limite de observação.

Quando se verifica um agravamento do estado clínico do utente, durante o tempo de espera para observação médica, o STM possibilita a retriagem para uma atribuição de prioridade superior à anterior (Mackway-Jones et al., 2014). Esta é outra das suas vantagens.

A qualidade da triagem é avaliada pela realização das auditorias, conforme orientação do Ministério da Saúde:

“Todos os serviços de urgência com o Sistema de Triagem de Manchester devem implementar auditorias internas mensais, como garante da qualidade da triagem que é efetuada nos seus serviços, nos termos previstos no Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o GPT” (Despacho 1057/2015, de 2 de fevereiro, p. 3039).

Como o STM se baseia num sistema padronizado, é essencial a realização de auditorias regulares e rigorosas para a sua consolidação e melhoria. A aplicação consecutiva de processos

de auditoria interna e externa inerentes ao STM permitem confirmar se os requisitos, atividades e os resultados referentes ao sistema estão a ser cumpridos, nomeadamente através de uma avaliação individual dos elementos envolvidos na Triagem de Manchester (TM). A sua função não se limita exclusivamente à identificação de falhas e problemas, mas também à promoção de sugestões com caráter pedagógico e dinâmico (GPT, 2010). “A introdução da metodologia de auditoria interna e externa é fundamental para que exista reprodutibilidade entre os profissionais individualmente e os serviços onde se encontra implementado o PTM.” (GPT, 2019)

Contudo o STM não garante por si só o bom funcionamento do SU, uma vez que é necessário que as administrações hospitalares efetuem investimentos e reestruturações funcionais e físicas, de forma a cumprirem o protocolo de gestão dos utentes. Para um atendimento mais célere e clinicamente adequado em função das necessidades do doente, é essencial a definição de circuitos de encaminhamento após a triagem de prioridades (GPT, 2010).

O processo de triagem deve ser balanceado com o risco sistemático de causar fenómenos de “supertriagem” e de “subtriagem”, sendo que o primeiro corresponde à atribuição defensiva de prioridades mais elevadas, ou seja, a sobrevalorização da prioridade estabelecida com a prestação de cuidados superiores aos realmente necessitados. Isto pode acarretar gastos com recursos que poderão por em causa o tratamento de outros utentes prioritários. O segundo fenómeno refere-se ao utente que poderia beneficiar de um atendimento mais rápido, contudo não foi identificado como prioritário. Estes casos de subtriagem podem ser prejudiciais nos cuidados à pessoa em consequência dos longos períodos de espera devido a uma identificação inapropriada de uma prioridade alta, o que pode originar um aumento do tempo de espera dos casos realmente urgentes e também conduzir a repercussões (Mackway-Jones et al., 2014).

3.1 - ESCALAS DE TRIAGEM

A evolução dos ST resultou de uma dinâmica forte entre diferentes regiões do globo, que confluiu na troca de informações. Porém, como os ST pioneiros foram criados em regiões específicas, observou-se que nesses países ou regiões, a utilização do ST por si desenvolvido ou adotado se manteve e foi sendo aperfeiçoada, o que levou a que na atualidade coexistam principalmente quatro ST hospitalar: a *Australasian Triage Scale (ATS)*, a *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*, a *Emergency Severity Index (ESI)* e a *Manchester Triage System (MTS)* (Silva, 2009). Apesar de apresentarem diferenças na escala e no método, estes quatro ST têm todos em comum o mesmo objetivo - hierarquizar os doentes em categorias de gravidade, três a cinco níveis, em função da escala e para garantir que os mais graves são atendidos mais rapidamente e encaminhados para o fluxo do sistema de urgência mais adequado (Becker et al., 2015).

Medeiros, Gióia, & Lopes, (2011) referem que as escalas que permitem maior confiabilidade são as ordinais de cinco níveis, por apresentarem maior concordância entre os observadores e permitir melhor classificação de doentes. Deste modo surgiu a tendência para a utilização das escalas de triagem de cinco níveis, nomeadamente por apresentarem maior credibilidade e confiabilidade na avaliação das situações clínicas. A *American College of Emergency Physicians* e a *Emergency Nurses Association* também recomendam a utilização de ST com cinco níveis, por demonstrarem maior validade e garantirem maior fiabilidade, sensibilidade e especificidade do que os de 3 e 4 níveis (DGS, 2015).

A título de exemplo escalas como a Canadiana - CTAS, a Americana - ESI, a Australiana - ATS e a de Manchester - MTS, são amplamente usadas nos diversos SU de todo o mundo.

3.1.1 - Principais escalas de triagem

ATS - Na década de 90, na Austrália, o ST não estava regulamentado, sendo posteriormente reestruturado pelo *Australian College for Emergency Medicine*. Em 1994 foi criada uma nova versão que daria origem à *Australian Triage Scale*, no ano 2000. Atualmente esta escala encontra-se implementada em todos os SU australianos. Antes do aparecimento da ATS, uma inovadora escala de triagem foi introduzida, no SU do Hospital de *Ipswich*, na Austrália. A *Ipswich Triage Scale* (ITS) dividida em cinco categorias incorporava um teste de urgência ao utente para determinar a categoria em que o mesmo se enquadrava. A validação desta escala conduziu à adoção da mesma a nível nacional, passando a designar-se como *National Triage Scale* (NTS) e subseqüentemente como *Australasian Triage Scale* (ATS).

A ATS baseia-se em critérios de carácter clínico e comportamental que se encontram interligados numa extensa lista de descritores clínicos, sem distinção da faixa etária do utente. Esta escala é constituída por 5 prioridades (Quadro 1) (Coutinho, Cecílio, & Mota, 2012).

Quadro 1 - Níveis de prioridade e tempo de atendimento previsto de acordo com a ATS

Níveis de Prioridade	Tempos de Atendimento
1- Ressuscitação	0 minutos
2- Emergência	10 minutos
3- Urgente	30 minutos
4- Semiurgente	60 minutos
5- Não urgente	120 minutos

Fonte: Adaptada de Australasian College for Emergency Medicine, 2002.

CTAS - A *Canadian Triage and Acuity Scale* foi criada nos anos 90, por médicos do SU, no Canadá e baseia-se na ATS. À semelhança da escala australiana ATS, os tempos são registados desde a chegada do utente até à respetiva observação médica. Esta escala consiste numa lista extensa de queixas clínicas e sintomas através dos quais se determina o nível de triagem. No caso de o tempo de espera definido ser ultrapassado ou se forem verificadas alterações na sintomatologia do doente deverá proceder-se a nova triagem.

A CTAS tem como objetivo precaver o acesso indevido dos utentes, uniformizar as informações produzidas e avaliar a aplicação de recursos disponíveis (Medeiros et al., 2011). Cada nível de classificação contém uma explicação onde se encontram descritas situações clínicas

contempladas. Os principais parâmetros a serem avaliados na triagem são: queixa principal, dados subjetivos (descrição da dor, história prévia do problema) e objetivos (aparência, avaliação física, sinais vitais) e dados complementares (medicação e alergias) (Medeiros et al., 2011). Esta escala também é constituída por 5 prioridades (Quadro 2).

Quadro 2 - Níveis de prioridade e tempo de atendimento previsto de acordo com a CTAS

Níveis de Prioridade	Tempos de Atendimento
1- Ressuscitação	0 minutos
2- Emergência	15 minutos
3- Urgente	30 minutos
4 - Pouco urgente	60 minutos
5- Não urgente	120 minutos

Fonte: Adaptada de Canadian Association of Emergency Physicians.

ESI - O *Emergency Severity Index* foi elaborado pelo *Dr. Richard Wuerz* e o *Dr. David Eitel*, a cargo *The Agency for Healthcare Research and Quality*, nos Estados Unidos da América (EUA), nos finais da década de 90. Este índice é atualmente constituído por cinco níveis de triagem, no entanto não foi desenvolvido desde o início com estes níveis. O sistema apresenta escalas com categorias nível três e nível quatro que ainda se encontram em vigor em muitos hospitais dos Estados Unidos. A inclusão do nível cinco, em 2003, surgiu da necessidade de se obter uma escala mais real e válida (Zimmermann, 2001). A prioridade no atendimento tem por base a gravidade da doença e os recursos necessários espectáveis, os níveis de prioridade e tempo de atendimento previsto de acordo com o ESI (Quadro 3) (Christ et al., 2010).

Quadro 3 - Níveis de prioridade e tempo de atendimento previsto de acordo com a ESI

3 Níveis	4 Níveis	5 Níveis
Emergência	Ameaça à vida	Ressuscitação
Urgente	Emergência	Emergência
Não urgente	Urgente	Urgente
	Não urgente	Não urgente
		Referenciado

Fonte: Adaptada de Emergency Severity Index.

MTS - O *Manchester Triage System* tem como objetivo identificar a prioridade clínica e o tempo alvo de atendimento para o utente, não se tratando de estabelecer diagnósticos. O método segue uma abordagem específica alocando as principais queixas apresentadas pelo utente a um dos 52 fluxogramas. Este será abordado pormenorizadamente de seguida, bem como os seus níveis de prioridade (Quadro 4) (Christ et al., 2010; GPT, 2010).

Quadro 4 - Níveis de prioridade e tempo de atendimento previsto de acordo com a MTS

Vermelho	Emergente	0 minutos
Laranja	Muito urgente	10 minutos
Amarelo	Urgente	60 minutos
Verde	Pouco urgente	120 minutos
Azul	Não urgente	240 minutos

Fonte: Adaptada de Manchester Triage System.

4 - SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER E A SUA IMPLEMENTAÇÃO EM PORTUGAL

O STM surgiu, tal como o nome indica, na cidade de Manchester, em Inglaterra e encontra-se implementado e em funcionamento em diversas unidades hospitalares desde o ano 2000. Este sistema é reconhecido pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros, tornando-se imprescindível no atendimento aos utentes que recorrem aos SU (Silva, 2009).

Os primeiros hospitais a utilizarem triagem de prioridades hospitalares foram o Hospital de Braga, Santa Maria da Feira, o Garcia da Orta e o São Francisco Xavier, sendo que estes utilizavam sistemas próprios desenvolvidos pelos respetivos profissionais (Guerra, 2001). No entanto, o Hospital São Francisco Xavier já utilizava um sistema baseado na TM, contudo sem reconhecimento formal.

O STM foi introduzido pela primeira vez no Hospital Geral de Santo António, no Porto e no Hospital Fernando Fonseca, na Amadora, no ano de 2000, sendo estes os pioneiros a nível nacional. Esta ação foi formalmente apoiada pelo *Manchester Triage Group*, tendo sido ministrada formação prévia conjunta. Posteriormente diversos hospitais portugueses mostraram interesse neste sistema. Houve assim a necessidade de criação de um grupo responsável pela monitorização da atividade do STM no nosso país - o Grupo de Triagem de Prioridades na Urgência (conhecido por Grupo Português de Triagem), que foi formalmente reconhecido pelo *Manchester Triage Group* e pelo *British Medical Journal*, como a entidade representante do STM em Portugal.

O reconhecimento da importância do STM em Portugal surgiu em maio de 2011, quando foi celebrado um acordo com o Ministério da Saúde que visava a implementação do STM nas instituições hospitalares que voluntariamente demonstrassem interesse na utilização do sistema sem nenhum custo de adesão, apenas tinham de integrar o GPT e assinar um protocolo e declaração de princípios. Desta forma foi instituído um código de conduta, com o objetivo de garantir fiabilidade e reprodutibilidade ao sistema. Este permitiu ao GPT aceder às bases de dados das instituições com o intuito da melhoria continua do STM (GPT, 2019).

A segunda edição portuguesa do STM, foi realizada em março de 2003 e incluía inovações desenvolvidas pelo GPT. Os autores ingleses constituíram o *International Working*

Group, com a finalidade de oficializarem um fórum internacional de partilha de informação. Deste grupo fazem parte vinte e dois países aderentes, sendo este um Grupo de Consenso a quem foi imputada a responsabilidade da atualização e melhoria do programa de triagem de Manchester (GPT, 2019).

O Ministério da Saúde através do Despacho n.º 19124/2005, de 17 de agosto, deliberou a obrigatoriedade da implementação de um protocolo de triagem de prioridades, em todos os SU hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), remetendo aos hospitais a decisão sobre o modelo de triagem a implementar. Também neste ano, a DGS, através da Circular Normativa n.º1/2005 assumiu a triagem de prioridades como um método válido e pertinente para todos os SU integrados na rede de urgências. A triagem de prioridades tinha como objetivo a “uniformização de procedimentos entre profissionais e equipas multidisciplinares que prestam cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar” (DGS, 2005).

A comissão técnica de apoio ao processo de requalificação das urgências, nomeada pelo Ministério da Saúde, emitiu em 2006 o Despacho n.º 17736/06, onde uma das recomendações era a utilização de um ST com as características do STM, apesar de cada instituição poder livremente optar por um ST.

Em agosto de 2014 foi emitido o Despacho n.º 10319/14, que reconheceu a obrigatoriedade de implementação de ST nos SU, com o objetivo de estes permitirem diferenciar graus de prioridade, de modo a que nos tempos de espera existissem critérios estabelecidos de tempo até a primeira observação médica.

Em fevereiro de 2015 foi emitido o Despacho n.º 1057/15, que instituiu prazos para a implementação do STM e auditorias internas mensais, com a finalidade de garantir a qualidade da triagem, no âmbito do protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o GPT. Por sua vez este despacho foi atualizado a 23 de outubro de 2015 (Norma n.º 002/2015), determinando que todos os SU do país deveriam ter o STM implementado até 31 de dezembro de 2015 (DGS, 2015).

Ao abrigo do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (extensão a 2020) em 8 de abril de 2016, foi publicado o Despacho n.º 4835-A/2016, onde se propõe o desenvolvimento de programas de utilização racional e adequada dos serviços de saúde e a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde. Desta forma, ficou estabelecido que todas as pessoas que recorrem a um SU, devem ser triadas segundo o STM, devendo estas serem isentas da cobrança de taxas moderadoras no âmbito das prestações de cuidados de saúde que sejam objeto de

referenciação pela rede de prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e pelo centro de atendimento do SNS, nomeadamente a Linha de Saúde 24. Neste despacho, foi evidenciado que o STM terá um papel fundamental neste processo uma vez que também deverá atender à referenciação, ou seja, deverá ser dada prioridade ao atendimento das pessoas que sejam referenciadas através dos CSP ou da Linha de Saúde 24, desde que estes sejam enquadrados dentro do mesmo grau de prioridade.

“Em Portugal, até dezembro de 2016, aderiram ao PTM 74 SU da rede pública, 2 SU públicos fora da rede formal, 5 SU em unidades privadas, 4 SU nas regiões autónomas. Mais de 8.000 profissionais de saúde estão acreditados para efetuarem a triagem de doentes, cerca de 200 dos quais estão acreditados como instrutores e auditores”. (GPT, 2019)

O STM foi amplamente divulgado, sendo que atualmente este encontra-se implementado em vários países tais como: Reino Unido e Portugal, na Irlanda, Espanha, Itália, Alemanha, Suécia, Holanda, Austrália, Nova Zelândia, Áustria, Japão, Canadá, Brasil e mais recentemente em Angola e Cabo Verde. (GPT, 2019)

A sua internacionalização, permitiu testar o programa de triagem de Manchester e ajustá-lo a diferentes culturas, validando os parâmetros de qualidade e o modelo de gestão. (GPT, 2019)

5 - METODOLOGIA DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

O STM é considerado um instrumento imprescindível para o planeamento e gestão dos SU em Portugal e um excelente indicador de qualidade e de gestão do risco clínico (Silva, 2009). Este sistema permite a equidade no acesso das pessoas aos SU do SNS, consistindo num instrumento de gestão de prioridades, que possibilita a identificação da prioridade clínica e do tempo alvo recomendado até à primeira observação médica, quer em situações de funcionamento normal do SU, quer em situações de catástrofe (Silva, 2009).

A metodologia de Manchester, preconiza uma triagem de prioridades que permite a deteção de critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada e que determina a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido (baseada nos problemas identificados) e o respetivo tempo alvo recomendado até ao início da primeira observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos, mas sim prioridades baseadas na identificação de problemas. Este sistema tem em conta a sintomatologia da pessoa e a informação/dados obtidos através de possíveis observações e/ou avaliações mensuráveis (GPT, 2010).

A avaliação clínica desencadeia-se com a queixa inicial apresentada pelo utente, ou seja, numa primeira abordagem pretende-se identificar o principal sinal ou sintoma do utente que motiva o mesmo a recorrer ao SU. Com base na identificação dos principais problemas e nas queixas iniciais dos utentes foi criada uma lista de 52 fluxogramas (figura 4) que abrangem quase todas as situações apresentadas nos SU, sendo que destes foram desenvolvidos 2 fluxogramas destinados à triagem em situação de catástrofe (GPT, 2010).

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

Figura 4 - Identificação do Problema - Fluxogramas (Fonte: Grupo Português de Triagem [GPT] (2010). Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando. 2ª ed. Lisboa: Autor).

Numa primeira fase a triagem requer que o profissional selecione o fluxograma mais específico possível e direcionado para a queixa inicial apresentada pelo utente. À posteriori este percorre os discriminadores do fluxograma, optando pelo primeiro discriminador que corresponda a queixa inicial (pergunta do algoritmo que tem resposta positiva), ou seja, que não se consiga negar. Os fluxogramas são constituídos por várias perguntas que são colocadas por ordem específica e sistematizada (com a definição exata dos termos) que dão origem aos discriminadores. As perguntas ou discriminadores são apresentadas por ordem decrescente de prioridade, ou seja, as primeiras perguntas correspondem a situações mais graves (GPT, 2010).

Os fluxogramas possuem informação cruzada entre si, uma vez que um determinado número de queixas pode levar a mais do que um fluxograma, garantindo que nunca se atribui uma prioridade clínica inferior para a mesma queixa (GPT, 2010).

Sendo um sistema complexo, em que determinada resposta encaminha o triador para uma nova série de questões, a execução manual deste procedimento seria demorada e passível de falha. O STM tem uma plataforma informática que suporta toda a atividade do sistema, e que contém ligações automáticas entre fluxogramas, guiando o triador na sequência de questões a colocar ao utente. Adicionalmente, a plataforma informática do STM apoia na atribuição do grau de prioridade, o que permite economizar tempo dos recursos humanos nessa decisão, ou seja, de que nível de prioridade atribuir.

A queixa inicial apresentada pelo utente, determina a escolha do fluxograma, sendo necessário posteriormente recolher informações que possibilitem o estabelecimento da

prioridade clínica. Os fluxogramas são a base deste processo, apresentando discriminadores-chave (perguntas) em cada nível de prioridade. A avaliação inicia-se a partir da prioridade clínica mais elevada. Os discriminadores são expostos sob a forma de pergunta para assim facilitar o processo e permitem a inclusão dos utentes numa das cinco prioridades clínicas. Estes podem ser gerais ou específicos, sendo que os discriminadores gerais têm aplicabilidade em todos os utentes, seja qual for a queixa inicial apresentada e surgindo inúmeras vezes ao longo dos fluxogramas. São exemplo de discriminadores gerais a dor, a hemorragia, a alteração do estado de consciência, a temperatura e o facto de se tratar ou não de uma situação aguda. Por sua vez os discriminadores específicos são empregues apenas em determinadas situações clínicas, ou seja, surgem em menor número de fluxogramas. A título de exemplo: a dor pré-cordial e a dor pleurítica (GPT, 2010).

Após a identificação do discriminador correspondente à pergunta do algoritmo com resposta positiva, estabelece-se a prioridade clínica e atribui-se a respetiva cor. O processo de triagem finaliza-se com o registo dos dados adquiridos e simultaneamente com o encaminhamento do utente para a área específica de atendimento ou de espera.

Este encaminhamento depende de cada instituição e do circuito do utente previamente estabelecido.

Fluxograma

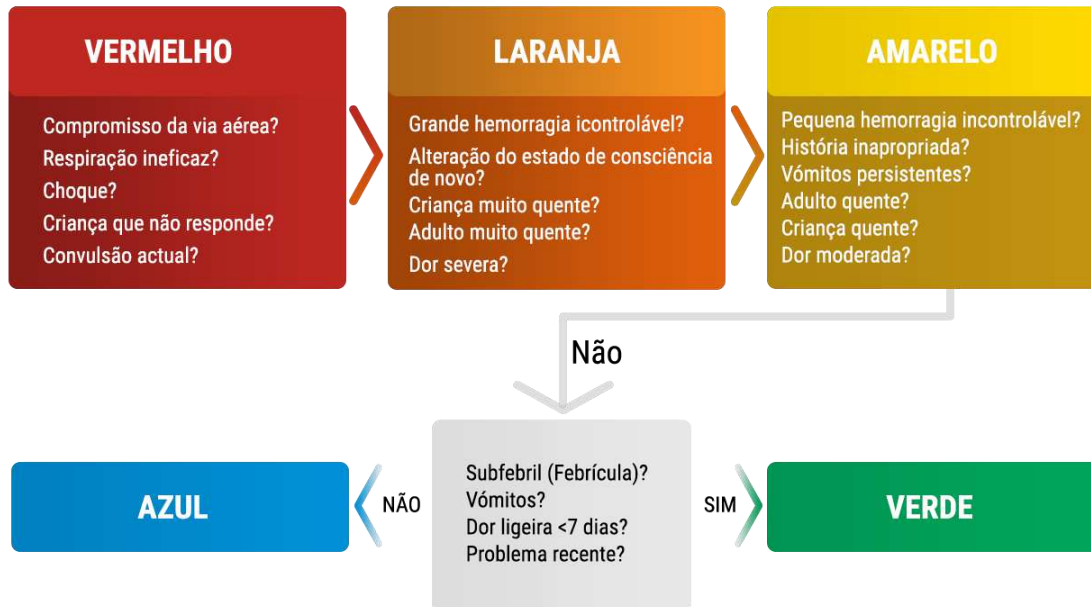


Figura 5 - Fluxograma (Fonte: Grupo Português de Triagem [GPT] (2019). Acedido em: <http://www.grupoportuguestriagem.pt>).

O STM é constituído por cinco categorias / prioridades de urgência, identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo para a observação médica inicial, que podem ser atribuídas à pessoa, correspondendo a cada uma a respetiva cor: “Emergente ou Vermelha”, “Muito Urgente ou Laranja”, “Urgente ou Amarela”, “Pouco Urgente ou Verde” e “Não Urgente ou Azul”. A identificação de triagem usada por este sistema é uma pulseira, que é colocada no doente, e permite aos profissionais de saúde dos SU ter, pela simples observação do pulso do utente uma perspetiva da gravidade da sua situação. A figura 6 representa o sistema de identificação de triagem, assim como a classificação e tempo de espera previsto para cada situação.

- 1 = Emergente = Vermelho = 0 minutos
- 2 = Muito urgente = Laranja = 10 minutos
- 3 = Urgente = Amarelo = 60 minutos
- 4 = Pouco Urgente = Verde = 120 minutos
- 5 = Não urgente = Azul = 240 minutos



Figura 6 - Sistema de Identificação de Triagem (Acedido em https://fotos.web.sapo.io/i/o6c06754b/18074607_2H0Ya.png).

O vermelho é atribuído a situações emergentes cuja sintomatologia da pessoa apresenta maior gravidade e em que seja escolhido um dos primeiros discriminadores do fluxograma, logo estas situações necessitam de um atendimento imediato. A situações muito urgentes é atribuída a cor laranja, com um tempo de espera preconizado de 10 minutos. A casos urgentes é aplicada a cor amarela, que têm um tempo de espera alvo de 60 minutos. Por sua vez às pessoas a quem seja concedida a cor verde e azul, significa que são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes, respetivamente). Nos casos em que é atribuída a cor verde, os utentes devem ser atendidos num tempo de espera de 120 minutos e nos casos em que é aplicada a cor azul o tempo de atendimento preconizado é de 240 minutos. Todos os tempos supracitados são recomendados pelo GPT (GPT, 2010).

A triagem é um processo rápido e direcionado na recolha de informação que permite a atribuição de uma prioridade clínica. É fundamental que a avaliação do utente seja feita de forma sistematizada e que o profissional de triagem possua experiência em situações de urgência (no mínimo de seis meses) com capacidade comunicacional eficaz adequada aos utentes e seus familiares. A avaliação do utente deve ser efetuada de forma célere e com segurança, com a finalidade de se determinar uma prioridade correta à sua situação clínica (GPT, 2010).

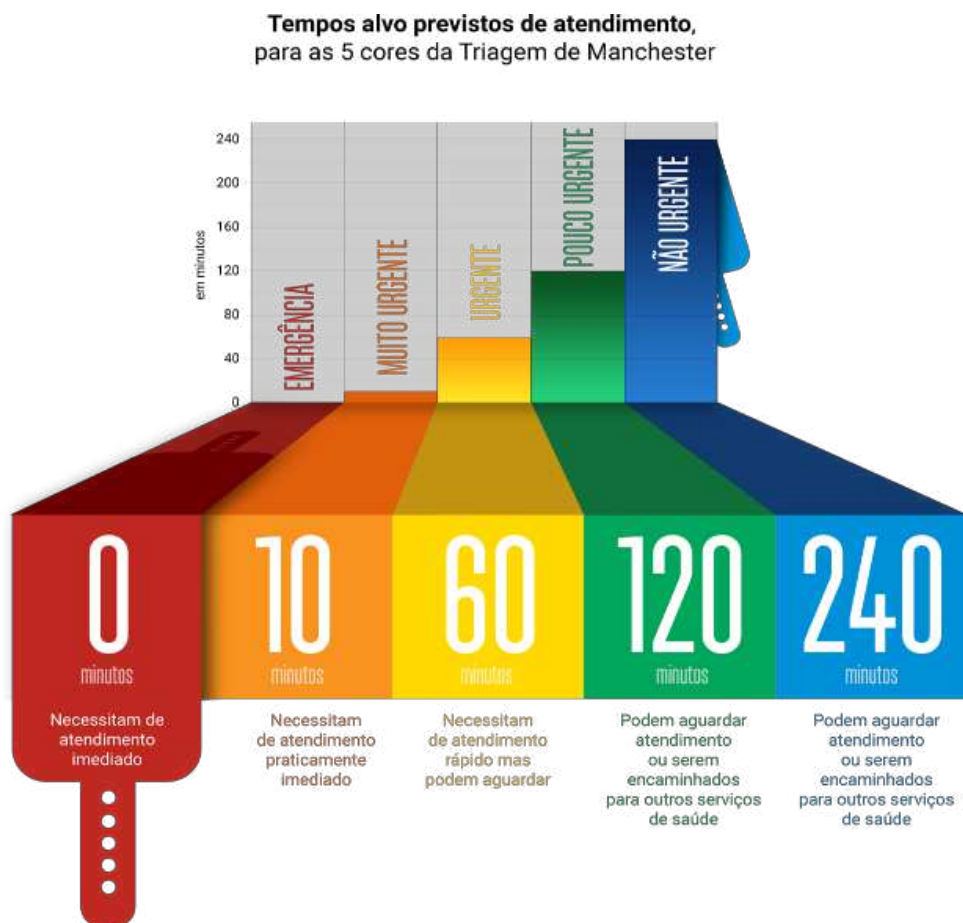


Figura 7 - Tempos de Espera/Prioridades atribuídas - Sistema de Triagem de Manchester (Fonte: Grupo Português de Triagem [GPT] (2019). Acedido em: <http://www.grupoportuguestriagem.pt>).

Em Portugal no ano 2000, foi também introduzida a cor/categoria “Branca”, com o consentimento do *Manchester Triage Group*, com revisão à posteriori em 2009, para poderem ser contempladas as situações que não estão relacionadas com queixas clínicas dos utentes e que aparecem no SU, correspondendo a cerca de 5 a 10% das situações (GPT, 2005). Posteriormente numa reunião de consenso do GPT, foi estabelecido como meta a atingir que a percentagem de cor branca seja inferior a 5% da totalidade dos episódios de urgência (GPT, 2010).

Perante situações não clínicas ou particulares de pessoas que ocorrem ao SU, como por exemplo as pessoas que vêm acompanhadas pelas forças de autoridade para colheita de sangue e doseamento de alcoolémia e/ou tóxicos; utentes que vêm transferidos de outras unidades hospitalares para a sua área de residência; ou até mesmo as pessoas a quem o próprio médico deu indicação de se deslocarem ao SU para monitorizar a evolução de um tratamento/reavaliação ou realizar técnicas/exames programados, em vez de as direcionar para o seu médico assistente ou para uma consulta hospitalar, surgiu a necessidade de criação de uma cor/categoria para fazer face a disfunções organizativas. Nestes casos ficou determinado que é

atribuída a cor “Branca”, uma vez que estas pessoas, sem qualquer responsabilidade na deslocação ao SU, não poderiam entrar na hierarquização do atendimento de outras com problemas emergentes, muito urgentes ou urgentes. A esta categoria não foi atribuída tempo de espera (GPT, 2009).

A percentagem deste tipo de casos é variável, sendo que em SU com uma organização mais nítida, poderemos encontrar valores na ordem dos 3%, tal valor poderá elevar-se para percentagens maiores (Machado, 2008; GPT, 2009).

A 8 de abril de 2016, foi publicado o Despacho n.º 4835-A/2016, ao abrigo do Plano Nacional de Saúde 2012 -2016 (extensão a 2020), que determina novos critérios relativos ao atendimento de pessoas a quem foi atribuída a cor branca no SU. Este despacho definiu que esse atendimento só deve ser aplicado em situações contempladas pelo GPT e que não deve exceder os 5% do atendimento global dos SU no ano de 2016 e de 2% ano de 2017. Nos SU em que sejam ultrapassados os valores supramencionados, as instituições hospitalares devem implementar medidas que considerem adequadas e que sejam eficazes no cumprimento deste objetivo.

Em 2017 o objetivo passou a ser atingir menos de 2% de pessoas com atribuição da cor branca. No processo de contratualização de cuidados de saúde que se encontra realizado no SNS foi contemplado este critério e ficou definido a aplicação de penalizações no âmbito dos contratos-programa estabelecidos anualmente entre as administrações regionais de saúde e as instituições hospitalares (Despacho n.º 4835-A/2016, de 8 de abril).

6 - PAPEL DO ENFERMEIRO NA TRIAGEM

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril) “A enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.”

O papel do profissional de enfermagem na triagem consiste na atribuição da prioridade clínica correta aos utentes que recorrem ao SU, através da tomada rápida de decisões e respetiva delegação de tarefas apropriadas, sendo que o enfermeiro da triagem deve tornar-se excelente na avaliação rápida (Vatnoy, Fossum, Smith, & Slettebo, 2013). Este também deve possuir competência, experiência, conhecimento e intuição (Neves, 2010). O processo de tomada de decisão aplicado na atribuição da prioridade tem como objetivo fundamental a compreensão da informação clínica, a sequência em que esta se processa e as vias (fluxogramas/discriminadores) que determinarão a categoria de classificação (Wolf, Delao, Perhats, Moon, & Zavotsky, 2018). O STM requer um técnico de saúde competente, contudo não impõe uma especialização rigorosa, mas sim disciplina. O enfermeiro da triagem deve evitar determinado tipo de comportamentos, como seja o estabelecimento de conversas prolongadas com o utente, bem como o registo exaustivo de histórias. As observações clínicas mais morosas no caso de não serem necessárias ao estabelecimento da prioridade, a título de exemplo a medição da temperatura/pulso, entre outros, devem ser delegadas (Castner, 2011).

O enfermeiro da triagem é também o primeiro contacto clínico com o utente e a explicação da sua situação contribui, muitas vezes, para atenuar algumas angústias, nomeadamente através do esclarecimento do seu percurso dentro do serviço. Na generalidade os utentes e as famílias gostam de saber qual será o tempo de espera previsto para o atendimento médico e qual o tempo de permanência no serviço, sendo que estes tipos de informações poderão ser facultados de forma rápida na maioria das situações mais comuns (GPT, 2010). Para melhor funcionamento do serviço, o enfermeiro da triagem necessita saber permanentemente a real ocupação do mesmo e a disposição dos utentes, a título de exemplo, doentes mais sintomáticos, com dores, ansiosos, com hemorragias ou até idosos que ficam

melhores instalados noutros locais apropriados (Falconer, Karuppan, Kiehne, & Rama, 2018). Os doentes podem também contactar com o enfermeiro da triagem no sentido de obter esclarecimento ou expressar alguma crítica até serem chamados para observação por um médico. A triagem é um processo dinâmico, uma vez que os utentes poderão necessitar de reavaliações regulares sempre que a sua condição clínica se agrave (Zachariasse et al., 2016).

O envolvimento dos enfermeiros no processo de triagem teve na sua origem diversos motivos. Por um lado, é o enfermeiro que tem um contacto mais direto e imediato com o utente, e quem pode prontamente fazer uma avaliação, com um nível de objetividade variável, sobre a sua situação clínica, agravamento de sintomas, aumento de ansiedade, de entre outros aspetos (Roland, Mccaffery, & Davies, 2016). Por outro, como os SU se tornam cada vez mais dispendiosos, há uma preocupação permanente dos gestores hospitalares em controlar custos, quer sejam hospitais tendencialmente do estado - como acontece em Portugal e na maioria dos países europeus - quer sejam hospitais privados, associados a países em que a assistência médica assenta em seguros de saúde e os hospitais são frequentemente propriedade das seguradoras - como acontece nos EUA (Farrohknia et al, 2011; Wilson, Dev, Mahan, Malhotra, & Miller, 2016). Para controlar custos, para além de se tentarem reduzir desperdícios de tempo, otimizando os fluxos e circuitos do utente (Oredsson et al., 2011), a realização do processo de triagem por enfermeiros acaba por embaratecer o sistema, uma vez que a remuneração e despesa com estes profissionais é menor do que a dos médicos (Graff et al., 2016). Contudo esta opção não reúne consenso, sendo criticada por alguns autores (Burstrom, Nordberg, Ornung, & Castrén, 2012), que apontam uma menor eficácia do processo de triagem quando este é executado por um enfermeiro e encaminhado para o médico, nomeadamente quando comparado com um sistema em que a primeira abordagem é logo feita por um médico. Os autores deste estudo apontam tempos menores de permanência e níveis de concordância ligeiramente mais elevados entre a decisão de triagem e o diagnóstico, especificamente quando a triagem é feita por médicos. Ainda que os resultados dos autores possam ir de encontro ao expectável, estes não fazem qualquer referência à necessidade de recursos que essa opção acarretaria.

Comparando os resultados de eficácia dos ST em SU, em que o enfermeiro tem um papel chave no estabelecimento da prioridade com a realidade portuguesa, esta pode tornar-se enviesada no que concerne a alguns aspetos relacionados com as competências que são atribuídas aos enfermeiros nos diferentes países (Christ et al, 2010; Oredsson et al, 2011). A título de exemplo, nos EUA e Reino Unido está previsto que o enfermeiro triador possa requisitar exames complementares de diagnóstico (Wilson et al., 2016; Falconer, 2018), o que

apoia a sua decisão e acelera o processo de atendimento do utente, o que já não acontece quando comparado com a realidade portuguesa. Por outro lado e em contextos, de países com menos recursos, o papel do enfermeiro é muito variável, sendo recorrentemente o principal profissional de saúde a que o utente tem acesso num SU (Aloyce, Leshabari, & Brysiewicz, 2014).

Os estudos realizados que avaliaram o sucesso da aplicação dos ST em que o enfermeiro é o primeiro profissional de saúde a interagir com o utente são otimistas e traçam um quadro favorável à continuidade da sua aplicação, graças à elevada consonância entre o nível de prioridade estabelecido na triagem, o diagnóstico e a gravidade efetiva da situação (Parenti et al, 2014; Azeredo et al, 2015; Souza et al, 2015; Zachariasse et al, 2017; Hinson et al, 2018).

Resumidamente, o panorama de sucesso que os ST têm alcançado, particularmente o de Manchester, leva a que haja uma elevada aceitação por parte dos enfermeiros que trabalham diariamente com o sistema. Em alguns estudos que se avaliou a satisfação destes profissionais, existe uma clara manifestação de fiabilidade no sistema, uma perceção de que este é útil e vantajoso para o utente, bem como uma satisfação global com a sua aplicação (Forsgren, Forsman, & Carlstrom, 2009; Sánchez-Bermejo, 2015), permanecendo sempre um foco muito importante na necessidade de formação, trabalho e discussão de casos em equipa, tanto quanto possível multidisciplinar, para melhorar a segurança da triagem e a confiança do enfermeiro (Oredsson et al., 2011; Wolf et al., 2018).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

7 - METODOLOGIA

Todo o trabalho de investigação é desenvolvido com base numa metodologia científica de aquisição de conhecimentos criteriosa e lógica. A metodologia constitui-se, como a estrutura de suporte para o desenvolvimento e orientação de toda a investigação. É nesta fase que surge o esboço da investigação, definindo-se um plano com o objetivo de organizar um conjunto de atividades que permitem ao investigador a realização efetiva do seu projeto, e assim dar resposta à problemática da sua investigação (Fortin, 2003). Este esboço da investigação consiste num plano racional concebido pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas e às hipóteses formuladas (Fortin, 2003).

A fase metodológica é uma fase decisiva de todo o processo de investigação, na qual são definidos os meios que serão utilizados, tendo em conta a natureza da problemática, com vista a garantir a qualidade e fiabilidade dos resultados obtidos (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Os métodos de investigação confluem com os diferentes fundamentos teóricos e filosóficos suportando assim as orientações de uma investigação.

Neste capítulo será apresentado o processo metodológico subjacente à investigação, onde serão explicados os aspetos relacionados com a metodologia utilizada, tendo por base os objetivos propostos. Seguidamente procede-se à descrição e explicação do tipo de investigação, das variáveis em estudo, da amostragem realizada, dos instrumentos de recolha de dados e procedimentos estatísticos. Serão mencionadas ainda as preocupações formais e éticas.

7.1 - CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O enquadramento conceptual no desenvolvimento de um estudo de investigação é essencial pois permite correlacionar o que já se conhece com aquilo que se está a investigar (Polit, Beck, & Hungler, 2004). Este enquadramento é composto por conceitos, definições e enunciados de relações, facultando um quadro de raciocínio lógico, que alicerça o problema de investigação e que permitirá agrupar os conceitos pertinentes de forma a descrever ou caracterizar o fenómeno em estudo (Fortin et al., 2009).

Conforme revisão da literatura apresentada, o STM é um instrumento de gestão de prioridades, que possibilita a identificação da prioridade clínica, bem como do tempo alvo

recomendado até a primeira observação médica, aplicável em situações de funcionamento regular ou em situações de catástrofe. O STM é promotor da equidade no acesso da população aos SU do SNS (Silva, 2009). O método do STM assenta em três princípios basilares: a observação de triagem num SU que tem como propósito simplificar a gestão clínica das pessoas e concomitantemente a gestão do serviço, através da atribuição exata da prioridade; o tempo de observação de triagem não deve ser excessivo, uma vez que este não tem por objetivo obter um diagnóstico, a prioridade não estar correlacionada com o seu diagnóstico, devendo espelhar um número de aspetos de uma condição particular apresentada pela pessoa (Mackway-Jones et al, 2014). Este sistema centra-se na sintomatologia do utente, adquirida de observações e/ou avaliações mensuráveis, com vista à obtenção à posteriori da prioridade clínica e não de um diagnóstico.

Todos os anos são atendidos milhares de utentes nos SU e a análise estatística demonstra que a propensão é para aumentar anualmente (INE, 2016). Os profissionais dos SU atendem anualmente um grande número de utentes, entre os quais se diferenciam os utentes emergentes e urgentes, sendo que também utilizam este serviço, pessoas que não têm outro local para recorrer, em tempo útil, a título de exemplo utentes que acorrem com o objetivo de conseguir consulta médica e também as pessoas em situação de sem abrigo (Sheehy, 2011).

A sobrelotação dos SU é uma problemática que afeta os doentes e a sua satisfação no atendimento, incrementando longos períodos de espera e, por vezes, o abandono do serviço sem qualquer tipo de atendimento. A afluência aos SU poderia ser menor se existisse uma rede de CSP, organizada e eficiente, com capacidade de resposta a situações de cronicidade e a consultas de rotina, ocasionando menores tempos de espera, menos abandonos sem avaliação e uma melhoria na eficiência no atendimento de situações graves (Murrel, Offerman, & Kauffman, 2011). É neste âmbito, que o processo de triagem se destaca, sendo crucial dar continuidade à sua implementação, nomeadamente para precaver a boa gestão de cada SU e a equidade dos cuidados de saúde. O STM encontra-se acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros, sendo considerado imprescindível no atendimento dos utentes que recorrem ao SU (Silva, 2009). Assim, o STM é considerado uma ferramenta fundamental para o planeamento e gestão dos SU em Portugal e um excelente indicador de qualidade e de gestão do risco clínico (Silva, 2009).

O enfermeiro é o primeiro profissional de saúde com que o utente contacta quando é admitido no SU. É o enfermeiro, com o apoio de uma plataforma informática que sistematiza os algoritmos do sistema, que executa a triagem do utente, e, por conseguinte, é quem tem a

responsabilidade de lhe atribuir um grau de prioridade. Sendo um elemento chave no processo de triagem, é importante conhecer qual a percepção que o enfermeiro tem do processo, pois, dada a sua proximidade com o sistema, é um elemento fulcral para detetar potenciais aspetos que possam ser revistos ou melhorados (Forsgren et al, 2009; Almeida et al, 2013).

A investigação surge através de uma questão que deverá ser lógica e em formato de pergunta referente ao tema que se pretende estudar, com a finalidade de se ampliar o conhecimento existente. Assim, no presente estudo empírico, e face ao enquadramento temático definiram-se as questões de investigação que consideramos pertinentes. A questão de investigação é um enunciado inequívoco que determina os conceitos a estudar, particularizando a população em análise e sugerindo uma investigação empírica que circunscrevem o estudo, ajudam a planear a sua operacionalização e têm como finalidade identificar, delimitar e clarificar o fenómeno a ser estudado (Fortin et al., 2009).

No caso particular do presente estudo, emergem as seguintes questões de investigação, associadas às duas partes que constituem o trabalho empírico:

Parte 1: Caracterização da afluência ao SU do CHTMAD

- Qual a afluência dos utentes aos SU?
- Que relação existe entre o período do ano e a afluência aos SU?
- Que características demográficas têm os utentes que recorrem aos SU?
- Que relação existe entre as características do utente e o motivo que o leva aos SU e respetiva priorização?
- Que relação existe entre o nível de prioridade estabelecido pelo STM e o tempo de espera efetivo para o utente ser atendidos nos SU?

Parte 2: Percepção de fiabilidade e satisfação dos enfermeiros com o STM dos SU do CHTMAD

- Que percepção têm os profissionais de enfermagem sobre a utilização do STM?
- Qual o nível de satisfação dos profissionais de enfermagem sobre a utilização do STM?

7.2 - TIPO DE ESTUDO

Dada a natureza do fenómeno a estudar esta investigação insere-se no paradigma quantitativo, uma vez que numa primeira parte caracterizou-se a afluência aos SU do CHTMAD analisando a informação constante da base de dados do ST do centro hospitalar, no período correspondente a um ano (2017), no sentido de averiguar qual a frequência dos diferentes estados de prioridade estabelecidos pelo sistema de Manchester, e avaliar a sua relação com as características demográficas dos utentes. Numa segunda fase procedeu-se à aplicação de um questionário aos profissionais de enfermagem para avaliar a sua perceção de fiabilidade do sistema e a sua satisfação com a sua utilização.

Segundo Fortin, Coté, e Filion, (2009, p. 30) “em investigação quantitativa, trata-se geralmente de obter resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares.” A abordagem quantitativa baseia-se na observação dos factos, de acontecimentos, de fenómenos objetivos e sustenta um método sistemático de recolha de dados observáveis e mensuráveis.

O presente estudo é do tipo descritivo-correlacional com uma componente analítica, o que, de acordo com Fortin, et al. (2009, p. 244) tem por objetivo “explorar relações entre variáveis e descrevê-las de modo a circunscrever o fenómeno estudado” e “eventualmente precisar a força e a direção dessas relações”. O estudo descritivo baseia-se na explicação de fenómenos ou de um conceito relativo a uma determinada população, com a finalidade de descrever as características dessa população ou através de uma amostra representativa. Este estudo é ainda do tipo retrospectivo, baseia-se em dados ou fatos ocorridos no passado, tendo em conta que alguma da informação foi anteriormente recolhida na base de dados informática do ST do CHTMAD.

7.3. VARIÁVEIS

Todo o estudo científico prevê a existência de variáveis, que constituem um elemento fundamental, uma vez que é em torno delas que se desenvolve a investigação. Numa investigação, uma variável é todo o elemento ou característica estudada, que modifica dentro de um determinado contexto, qualitativa ou quantitativamente, é um aspeto observável de um fenómeno, podendo variar e apresentar diferentes valores, referentes ao mesmo ou a outros

fenómenos (Fortin, et al., 2009). A operacionalização das variáveis torna-se crucial para a recolha de dados, uma vez que este procedimento permite verificar as hipóteses e resolver o problema em estudo. Esta operacionalização consiste em lhes atribuir um sentido facilmente observável que permita trabalhar e mensurar os dados. (Fortin et al., 2009).

Neste estudo consideram-se dois tipos de variáveis: as variáveis dependentes e as variáveis independentes. A variável dependente é um fenómeno ou fator a ser explicado, após influência da manipulação das variáveis independentes pelo investigador. Segundo Fortin et al. (2009, p. 171) variável dependente “é a que sofre o efeito da variável independente; é o resultado predito pelo investigador”. A variável independente é aquela que exerce um efeito sobre a variável dependente (Fortin et al., 2009).

Seguindo estes pressupostos definiram-se as variáveis da presente investigação. As variáveis extraídas da base de dados do STM do CHTMAD incluíram como variáveis independentes: género, escalão etário, mês em que recorreram ao serviço e variáveis dependentes: queixa que motivou admissão no SU, motivo determinado pelo fluxograma do STM, tempos de espera (triagem/atendimento) e priorização atribuída. As variáveis obtidas através do questionário aplicado aos enfermeiros incluíram as variáveis independentes género, idade, experiência profissional (tempo de serviço), categoria profissional e existência de formação específica e como variáveis dependentes a pontuação nas escalas de satisfação e fiabilidade. As variáveis foram categorizadas em função da sua natureza. A relação prevista entre as variáveis para a parte 1 e parte 2 do trabalho são apresentadas nas figuras 8 e 9, respetivamente.

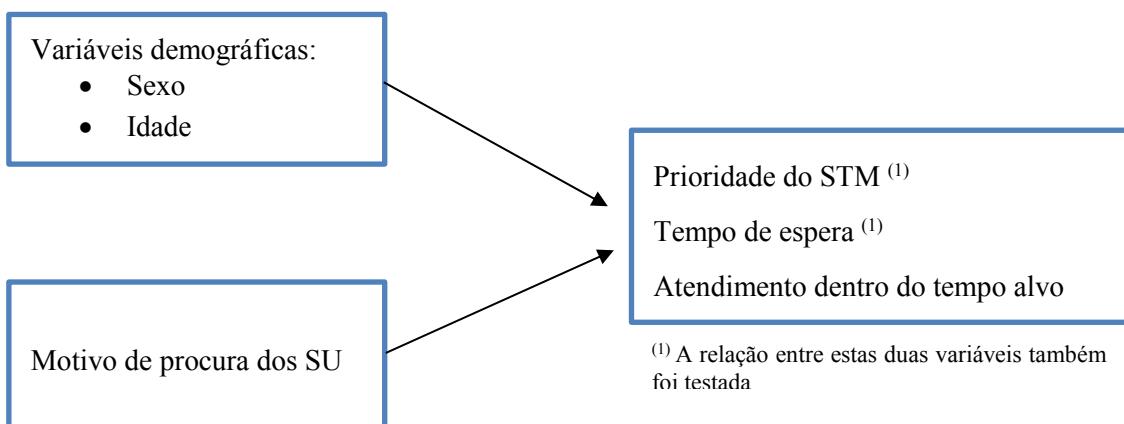


Figura 8 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na parte 1: Caracterização da afluência ao SU do CHTMAD.

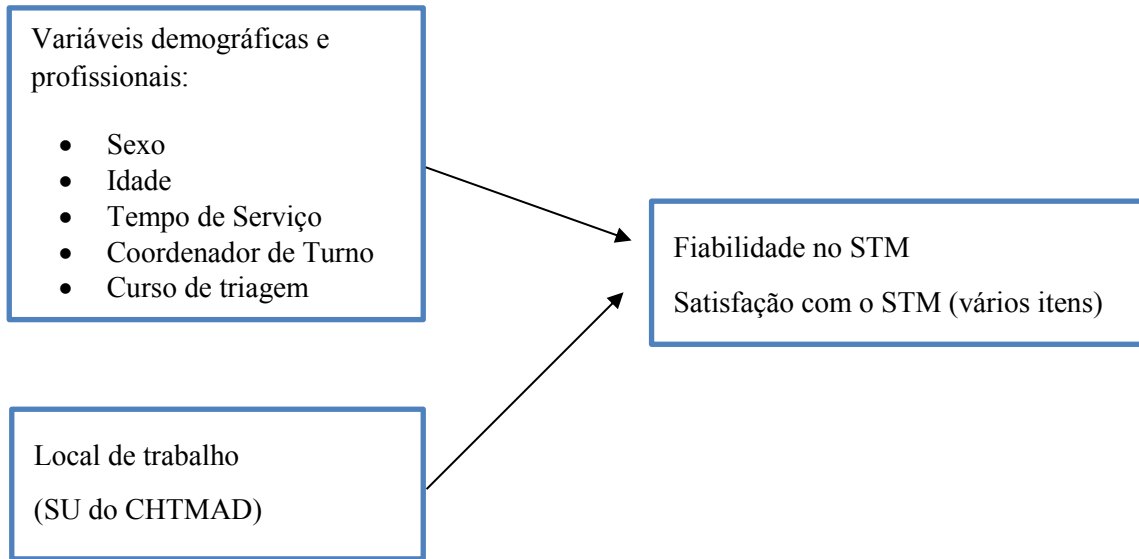


Figura 9 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na parte 2: Percepção de fiabilidade e satisfação dos enfermeiros com o STM dos SU do CHTMAD.

A operacionalização das variáveis é apresentada no quadro 5 e 6 para a parte 1 e parte 2 do estudo empírico, respetivamente.

Quadro 5 - Operacionalização das variáveis da parte 1: Caracterização da afluência ao SU do CHTMAD

Variáveis	Categorização
Serviço de Urgência do CHTMAD	Urgência Geral (Vila Real) Urgência Geral (Chaves) Urgência Geral (Lamego) Urgência Obstétrica (Vila Real) Urgência Pediátrica (Vila Real) Urgência Pediátrica (Chaves)
Idade ⁽¹⁾	Recém-nascido e lactente (0 a 1 anos) Toddlers e pré-escolares (2 a 5 anos) Escolares – adolescentes (6 a 17 anos) Jovens adultos (18 a 24 anos) Adultos (25 a 64 anos) Idosos (65 ou mais anos)
Motivo de procura do SU registado administrativamente	Doença Grávida e parturientes Queda Intoxicação Acidentes Agressão Outras
Duração da triagem	Tempo recomendado (≤ 3 minutos) Excederam (> 3 minutos)
Prioridades estabelecidas pelo STM	Emergente Muito urgente Urgente Pouco Urgente Não Urgente Outros Casos
Tempos de espera (para atendimento após triagem)	Variável contínua - horas:minutos:segundos.
Atendimento dentro do tempo alvo	Variável dicotómica – sim/não de acordo com o critério: Emergente - 0 min (≤ 2 minutos) ⁽²⁾ Muito urgente ≤ 10 minutos Urgente ≤ 60 minutos Pouco Urgente ≤ 120 minutos Não Urgente ≤ 240 minutos

⁽¹⁾ Categorização realizada basicamente de acordo com os Estados de Desenvolvimento de Erikson, citado por Dunkel e Harbke (2017).

⁽²⁾ Para efeitos de cálculo, como os registos nunca são de um tempo nulo, considerou-se academicamente dois minutos para proceder a esta classificação.

Quadro 6 - Operacionalização das variáveis da parte 2: Percepção de fiabilidade e satisfação dos enfermeiros com o STM dos SU do CHTMAD

Variáveis	Categorização
Idade	< 35 anos 35-45 anos > 45 anos
Tempo de serviço	< 11 anos 11-20 anos > 20
Área de do SU	Adultos Pediatria
Coordenador de turno	Sim Não
Curso de Formação em Triagem	Sim Não
SU do CHTMAD onde trabalha	Urgência Geral (Vila Real) Urgência Geral (Chaves) Urgência Geral (Lamego) Urgência Pediátrica (Vila Real)
Fiabilidade (Escala) 1 item	Muito fiável, Fiável Pouco Fiável Nada Fiável
Satisfação (Escala); vários itens	Muito satisfeito, Satisfeito Pouco satisfeito Nada satisfeito

⁽¹⁾ Categoria com frequências residuais na maioria das respostas, agrupada na categoria “pouco satisfeito”.

7.4. HIPÓTESES EM ESTUDO

O desenho da investigação varia de acordo com os objetivos, as questões de investigação e as hipóteses. A hipótese é um enunciado que antevê relações entre variáveis, mas que necessita de uma verificação empírica. As hipóteses surgem da formulação do problema, da revisão da literatura e da estrutura teórica (Creswell, 2010). Uma hipótese é um pressuposto temporário prévio à constatação de uma realidade, antecedendo a comprovação dos factos, podendo ser aceite ou rejeitada após ser devidamente testada. As hipóteses têm um carácter elucidativo ou preditivo. “Sem elas seria impossível a determinação da “ordem” existente entre factos, fenómenos ou variáveis” (Lakatos & Marconi 1991, p. 125).

Neste sentido, e em função dos objetivos deste estudo, definimos as seguintes hipóteses, tendo em consideração a diferente estrutura das duas partes do trabalho empírico:

Parte 1: Caracterização da afluência ao SU do CHTMAD

- **H1** - Há relação estatisticamente significativa entre o sexo e idade dos utentes e o motivo de procura dos SU;
- **H2** - Há relação estatisticamente significativa entre a unidade do SU do CHTMAD e o nível de prioridade estabelecido pelo STM;
- **H3** - Há relação estatisticamente significativa entre o sexo e idade dos utentes e o nível de prioridade estabelecido pelo STM;
- **H4** - Há relação estatisticamente significativa entre o motivo de procura dos SU e o nível de prioridade estabelecido pelo STM;
- **H5** - Há uma relação estatisticamente significativa entre o nível de prioridade estabelecido pelo STM e o tempo de espera para o atendimento;

Parte 2: Perceção de fiabilidade e satisfação dos enfermeiros com o STM dos SU do CHTMAD

- **H6** - Há uma relação estatisticamente significativa entre as características demográficas e profissionais dos enfermeiros e a sua perceção de fiabilidade e satisfação com o STM;
- **H7** - Há uma relação estatisticamente significativa entre a unidade do SU do CHTMAD onde os enfermeiros trabalham e a sua perceção de fiabilidade e satisfação com o STM.

7.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é um “conjunto de indivíduos ou de objetos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão” (Fortin et al., 2009, p. 55). Segundo Fortin et al. (2009), a amostra é a porção de uma população sobre a qual se faz o estudo, devendo ser representativa dessa população, isto é, certas características notórias da população devem estar presentes em todos os elementos da população.

O estudo presente decorreu nos SU do CHTMAD. Na primeira parte do estudo os participantes foram os utentes que recorreram aos SU no período compreendido entre 01/01/2017 e 31/12/2017, cuja informação foi extraída da base de dados sem qualquer

referência à sua identidade, assegurando deste modo as questões de anonimato e confidencialidade. Assim, nesta parte do estudo analisou-se toda a população, que incluiu 177.937 casos de atendimento nos SU do centro hospitalar.

Na segunda parte os participantes foram os enfermeiros dos SU do CHTMAD. Neste caso, a população era o universo de enfermeiros que constituíam as equipas dos SU (147) e a amostra foram os 113 enfermeiros que voluntariamente aceitaram participar no estudo. Trata-se, pois, de uma amostra de conveniência, pois não foi utilizado nenhum critério seletivo de inclusão ou de exclusão.

7.5.1 - Caracterização demográfica da amostra

Parte 1: Caracterização da afluência ao SU do CHTMAD

A amostra, que neste caso coincide com a população estudada, pois procedeu-se à análise do conjunto de dados de todo o ano, foi composta por 177.937 registos de utentes que procuraram os SU do CHTMAD durante ano de 2017. Os utentes eram 53,9% do sexo feminino e 46,1% do sexo masculino, com idades compreendidas entre zero dias de vida (recém-nascido) e mais de cem anos.

Parte 2: Perceção de fiabilidade e satisfação dos enfermeiros com o STM dos SU do CHTMAD

A amostra foi constituída por 113 enfermeiros (77% da população), dos quais 77 eram do sexo feminino e 36 são do sexo masculino, que corresponde a 68,1% e 31,9%, respetivamente. A idade mínima dos enfermeiros é de 26 anos e a máxima de 64 anos, correspondendo-lhes uma média de 41,40 anos com um desvio padrão de 9,24. As idades foram divididas em 3 classes, assim sendo 38 enfermeiros têm idades inferiores a 35 anos (33,6%); 33 enfermeiros têm idades compreendidas entre os 35 anos e os 45 anos (29,2%) e 42 enfermeiros têm idades superiores a 45 anos (37,2%). Deste grupo em estudo, existem enfermeiros que exercem funções na área de adultos e outros na área de pediatria, contudo alguns exercem funções simultaneamente nas duas valências, pelo que o número de enfermeiros da área de adultos e de pediatria soma mais do que o total. Relativamente ao tempo de serviço este varia entre os 2 e os 40 anos. De forma a caracterizar melhor esta variável constituiu-se 3 grupos; assim sendo 32 (28,3%) enfermeiros têm menos de 11 anos de serviço, 39 (34,5%) enfermeiros têm entre os 11 e os 20 anos de serviço e 42 enfermeiros (37,2%) trabalham há mais de 20 anos. Do grupo alvo em estudo, 90 (79,6%) dos enfermeiros possui o curso de

formação em TM pelo que apenas estes puderam preencher o questionário na sua totalidade. Os restantes elementos, 23 (20,4%) enfermeiros, apenas preencheram uma parte do questionário devido à falta de formação neste âmbito, tendo o questionário um bloco de questões destinadas à formação em triagem, salvaguardando o seu preenchimento apenas a enfermeiros que tenham frequentado esta formação. Estão a exercer funções nestes serviços desde o início da implementação da triagem 52 (46,0%) elementos e apenas 21 (18,6%) dos elementos no total da amostra desempenham funções de coordenador de turno.

Quadro 7 - Variáveis demográficas e profissionais dos profissionais de enfermagem que responderam ao inquérito de satisfação sobre o STM

Variável	Número	Frequência (%)
Total	113	
Sexo		
Feminino	77	68,1
masculino	36	31,9
Idade		
< 35 anos	38	33,6
35-45 anos	33	29,2
> 45 anos	42	37,2
Tempo de serviço		
< 11 anos	32	28,3
11-20 anos	39	34,5
> 20	42	37,2
Área de adultos ¹		
Sim	99	87,6
Não	14	12,4
Área de pediatria ¹		
Sim	28	24,8
Não	85	75,2
Coordenador de turno		
Sim	21	18,6
Não	92	81,4
Curso de Formação em Triagem		
Sim	90	79,6
Não	23	20,4
No Serviço desde o início da Triagem		
Sim	52	46,0
Não	61	54,0

¹. Na unidade de Chaves e Lamego alguns enfermeiros trabalham com essas duas valências pelo que o número de enfermeiros da área de adultos e de pediatria soma mais do que o total.

7.6 - INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A recolha de dados é uma etapa de extrema importância no processo de investigação, pois é a partir da informação obtida que se irão alcançar resultados. O instrumento de colheita de dados é utilizado para reunir todas as informações oportunas e pretendidas da amostra selecionada, para posteriormente se realizar o tratamento estatístico, com vista a obter conclusões, tendo em conta as hipóteses e fundamentação teórica prévia. É da responsabilidade do investigador determinar o tipo de instrumento que melhor se adequa ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas, sendo que este deverá oferecer fidelidade e validade razoável (Fortin et al., 2009).

A primeira parte do trabalho decorreu com a informação extraída da base de dados do STM do CHTMAD. Essa informação incluiu: género, idade, motivo da procura do serviço (doença, queda, acidente pessoal, acidente de viação, agressão) e prioridade atribuída. Os dados recolhidos da base de dados foram importados para uma base de dados do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) para se proceder à sua análise através de estatísticas descritivas e inferências, nomeadamente no que se refere à influência das características demográficas no perfil da procura dos serviços e na gravidade atribuída de acordo com o STM.

Na segunda fase do trabalho, e depois de previamente solicitada a autorização aos autores (GPT) foi aplicado aos profissionais de enfermagem o inquérito de satisfação com a utilização do STM (Anexo I). Os resultados foram introduzidos numa base de dados do SPSS e estudadas as tendências entre os profissionais, em função dos aspetos demográficos, da sua categoria e responsabilidades no serviço. Este inquérito inclui a caracterização demográfica (género, idade) e profissional (tempo de serviço, formação geral, formação específica em STM) e questões relacionadas com a perceção da fiabilidade do STM e satisfação com a utilização do STM e com a formação sobre STM:

- *Opinião sobre a fiabilidade do processo de triagem;*

Específicas sobre formação (só para os 90 enfermeiros que tinham a feito)

- *Adequação da formação frequentada;*

- *Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica;*

- *Sequenciação do guião das entrevistas da triagem;*

- *Adequação do guião das entrevistas que torna possível a sua realização no tempo máximo de três minutos;*

Para todos os participantes

- O grau de satisfação global com o STM;
- Benefício para os utentes;
- Benefício para os profissionais;
- Organização do seu trabalho;
- Organização do seu serviço;
- Trabalho em equipa;
- Atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica;
- Adaptação à realidade do SU do Hospital;
- Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço;
- Contribuição para o correto encaminhamento do utente no SU;
- Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados;
- Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem;
- Conhecimentos dos utentes acerca da triagem;
- Adequação do espaço físico.

7.7 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Neste trabalho de investigação foram cumpridas todas as normas e orientações referentes aos procedimentos éticos, quer na aplicação do questionário aos enfermeiros assim como com a base de dados extraída do sistema informático do CHTMAD.

Foi previamente solicitada através de um pedido formal de autorização à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e ao Conselho de Administração do CHTMAD, com a finalidade de obter o consentimento das instituições supramencionadas (Anexo II).

No entanto, o consentimento aos utentes que fizeram parte da população deste estudo, não foi pedido, pois a recolha de dados foi feita através do sistema informático do CHTMAD, tendo sido garantidas as questões de anonimato e confidencialidade.

Também foi previamente solicitada autorização aos autores do inquérito do GPT (Anexo III) para a sua aplicação.

7.8 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Terminada a colheita de dados, procedeu-se à codificação dos dados e construção de uma base de dados no programa SPSS, versão 20, onde também foi efetuado o tratamento estatístico.

Neste estudo procedemos ao tratamento dos dados obtidos, através da estatística descritiva analítica e inferencial. Relativamente à estatística descritiva, usamos as frequências relativas e absolutas, como medida de tendência central, utilizamos a média aritmética e como medidas de dispersão o desvio padrão e os valores mínimos e máximos (Pestana & Gageiro, 2008).

A associação entre variáveis categóricas foi realizada através do teste do χ^2 , aplicando a correção de continuidade nos casos de cruzamento entre duas variáveis com dois níveis e, pelo menos uma das células apresentava menos de 20% das observações. Na apresentação de resultados das comparações feitas com recurso ao teste do χ^2 , nos casos em que os valores absolutos dos residuais são superiores a 1,96, salienta-se a negrito as proporções a que estão associados.

A comparação dos tempos de espera para cada categoria de prioridade do STM foi efetuada por análise de variância simples, e utilizou-se o teste de Tukey para localizar as diferenças entre médias das seis categorias comparadas.

De acordo com Pestana e Gageiro (2008) na análise estatística utilizam-se os seguintes valores de significância:

- $p < 0,05$ – estatística significativa;
- $p < 0,01$ – estatística bastante significativa;
- $p < 0,001$ – estatística altamente significativa;
- $p \geq 0,05$ – não significativo.

Na parte 2 do estudo, optou-se por trabalhar os itens do inquérito de satisfação individualmente, pois ao calcular uma pontuação total da escala perder-se-ia informação relevante sobre os aspetos específicos que deixam os enfermeiros menos satisfeitos com o STM. Como o inquérito tem 14 itens, que foram comparados para todas as variáveis independentes (demográficas, profissionais e local de trabalho) a apresentação de resultados tornar-se-ia

excessivamente longa e seriam apresentadas comparações sem relevância. Assim, e visando a clareza da apresentação de resultados apresentam-se as associações somente nos casos em que estas foram significativas.

8 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A secção de resultados do presente estudo está dividida em duas partes principais. A primeira corresponde ao estudo feito sobre a afluência ao SU do CHTMAD, e a segunda engloba os resultados relativos à perceção e fiabilidade e satisfação dos enfermeiros do SU do CHTMAD com o STM.

8.1. CARACTERIZAÇÃO DA AFLUÊNCIA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHTMAD

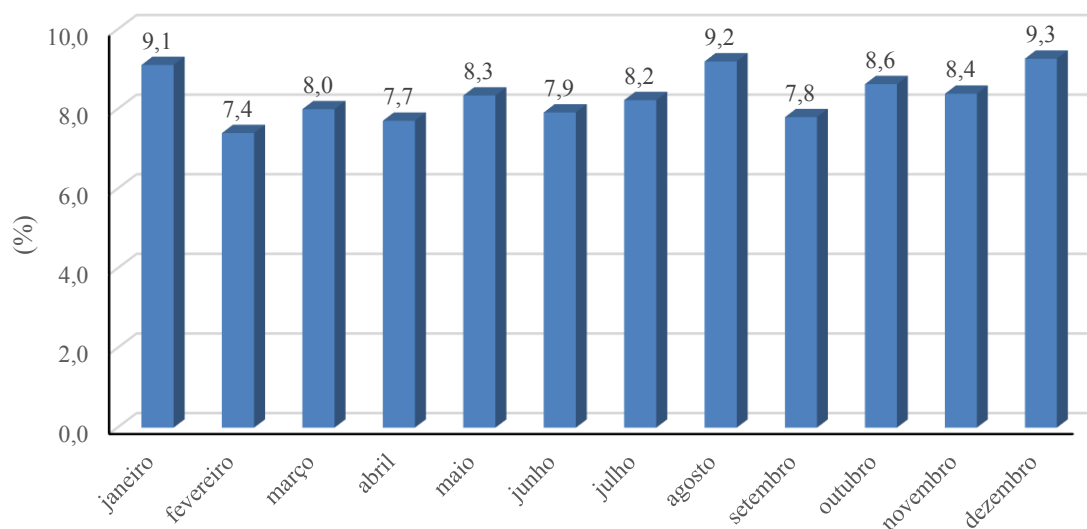
A caracterização da afluência ao SU do CHTMAD inclui aspetos relacionados com a afluência em geral e com a afluência às diferentes unidades do Centro Hospitalar. Neste estudo também se consideram as características do utente, os motivos de procura aos SU, os aspetos relacionados com as prioridades estabelecidas pelo STM, bem como os tempos de espera.

8.1.1 - Afluência geral e nas diferentes unidades do CHTMAD

O CHTMAD agrupa os SU de três unidades hospitalares: o SU polivalente (Vila Real), o SU médico cirúrgica (Chaves) e o SU básico (Lamego).

As unidades hospitalares supramencionadas atenderam, em 2017, um total de 177.937 casos, distribuídos ao longo do ano como se ilustra no gráfico 1.

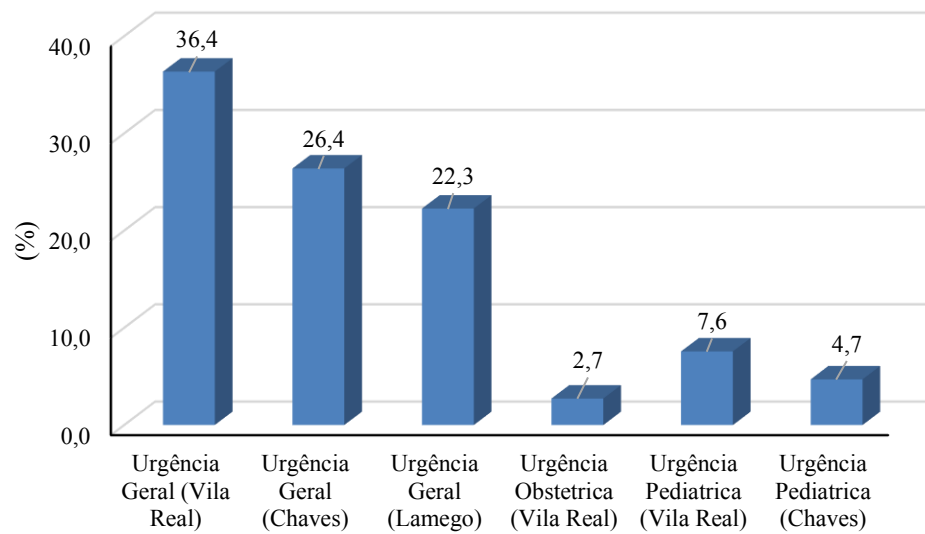
Gráfico 1 - Distribuição percentual do número de casos atendidos no SU do CHTMAD ao longo do ano de 2017



Pela análise do gráfico 1 é possível identificar a distribuição da afluência no decorrer do ano de 2017. Esta distribuição apresenta diferenças significativas ($\chi^2 = 888,849$, $p < 0,001$), destacando-se três momentos de maior afluência, especificamente nos meses de janeiro, agosto e dezembro, com uma taxa de 9,1%, 9,2% e 9,3%, respectivamente. A menor afluência verificou-se no mês de fevereiro, estando este resultado provavelmente relacionado com o menor número de dias deste mês.

O SU do CHTMAD é constituído por três urgências gerais; por duas urgências pediátricas (situadas nos hospitais de Vila Real e Chaves) e por uma urgência obstétrica sediada em Vila Real. A distribuição percentual de casos atendidos em cada uma das seis unidades é apresentada no gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição percentual do número de casos atendidos nas diferentes unidades do SU do CHTMAD em 2017



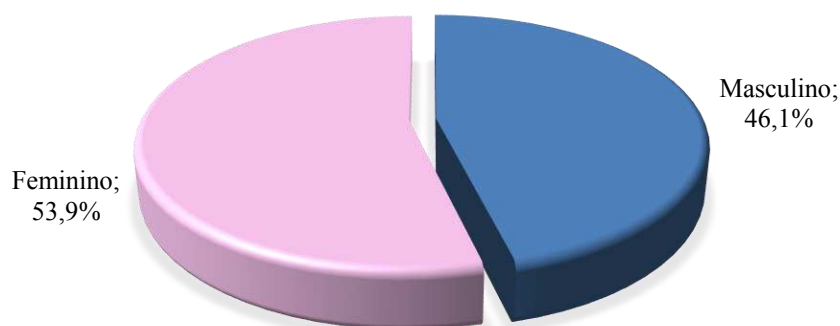
A urgência obstétrica existe apenas no hospital de Vila Real e agrega todas as urgências desta especialidade do eixo Chaves-Vila Real-Lamego, uma vez que em 2007 encerrou o bloco de partos do hospital de Chaves. As urgências obstétricas são registadas na base de dados do SU, ainda que o seu atendimento seja, na sua grande maioria, realizado junto ao bloco de partos e não no SU propriamente dito. Este facto deve ser tido em consideração na análise posterior de resultados de caracterização deste SU pois pode ser responsável por eventuais vieses, nomeadamente no que se refere a tempos de espera para atendimento, uma vez que na sua maioria são casos associados à gravidez ou parto iminente. De salientar que estes casos nem sempre são registados no sistema de dados no momento em que são efetivamente atendidos, aumentando artificialmente o tempo de espera.

8.1.2 - Caracterização do utente do CHTMAD

As características demográficas dos utentes (sexo e idade) que procuraram o SU do CHTMAD em 2017 são apresentadas nos gráficos 3 e 4, respetivamente.

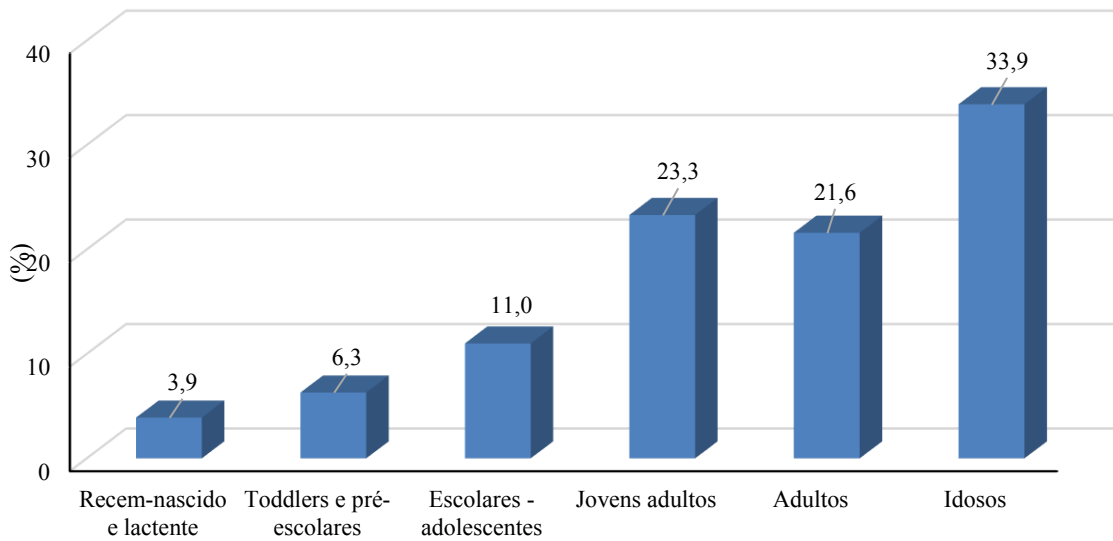
No gráfico 3 é possível observar que o número de utentes do sexo feminino foi ligeiramente superior (53,9%) comparativamente ao número de utentes do sexo masculino (46,1%). Estas diferenças ocorreram principalmente em alguns grupos etários (Gráfico 5), nomeadamente mulheres jovens entre os 20 e os 39 anos e com idades mais avançadas, a partir dos 70 anos. A disparidade de frequência de utentes entre o sexo masculino e feminino, no SU, revelou-se significativamente diferente ($\chi^2 = 170,202$; $p < 0,001$). A tendência observada no grupo dos adultos jovens do sexo feminino está provavelmente relacionada com o facto de 4.851 casos de urgência obstétrica se encontrarem incluídos neste grupo etário.

Gráfico 3 - Distribuição percentual por género de utentes atendidos no SU do CHTMAD em 2017



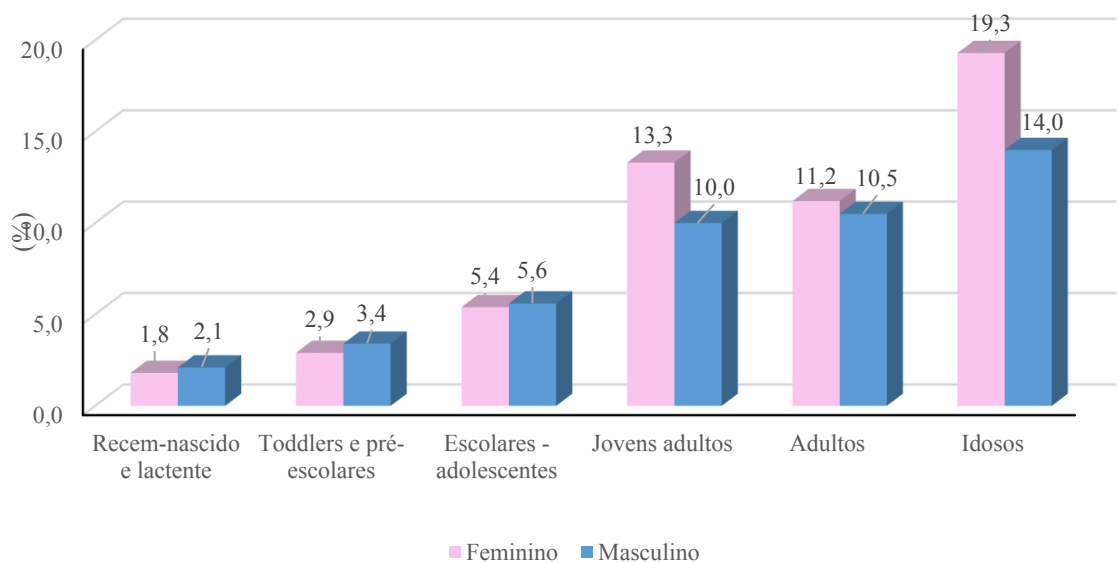
A idade dos utentes atendidos no CHTMAD em 2017 variou entre um mínimo de zero dias de vida nos recém-nascidos a um máximo de 110 anos. Em termos médios, a idade do utente foi de $48,17 \pm 27,65$ anos. No gráfico 4 apresenta-se a distribuição percentual dos utentes por categoria de idade.

Gráfico 4 - Distribuição percentual da idade dos utentes atendidos no SU do CHTMAD em 2017



A distribuição etária dos utentes do CHTMAD é caracterizada por uma grande afluência de idosos (33,9), logo seguidos pelos jovens adultos (23,3%), onde se incluem a maioria dos casos de obstetrícia, e pelos adultos (21,6%). Os utentes com idade pediátrica representam na sua totalidade 21,2%.

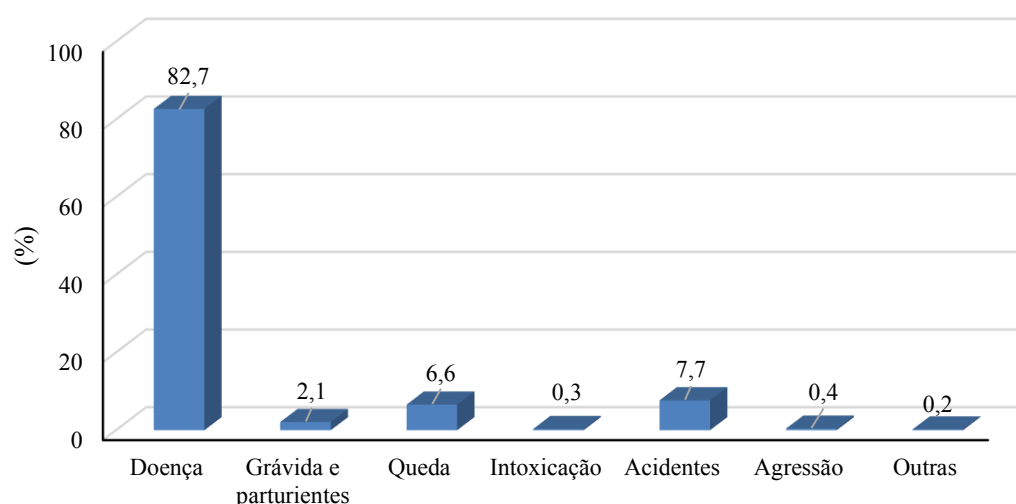
Gráfico 5 - Distribuição percentual por género em cada classe etária dos utentes atendidos no SU do CHTMAD em 2017



8.1.3 - Motivo de recurso ao SU do CHTMAD

Quando o utente se dirige ao SU, é registado no sistema informático o motivo da procura daquele serviço. No gráfico 6 apresenta-se a proporção de utentes que procuraram o SU pelos diferentes motivos registados administrativamente na admissão ao serviço. A grande maioria de utentes (82,7%) que recorreu ao SU foi por motivo de doença. Os acidentes foram a segunda causa, representando 7,7% da procura, logo seguido pelas quedas com cerca de 6% de ocorrência. As utentes registadas na categoria grávidas e parturientes representaram 2,1% dos atendimentos. Os casos de agressão, intoxicação e outras causas tiveram uma ocorrência reduzida (0,4%, 0,3% e 0,2%, respetivamente).

Gráfico 6 - Motivo de recurso aos SU registados na admissão administrativa do CHTMAD em 2017



No quadro 8 ilustra-se o motivo de procura dos SU registados na admissão administrativa do CHTMAD em 2017, por utentes do sexo feminino e masculino. Para simplificar a apresentação de casos minoritários, agruparam-se algumas causas. Os valores que se apresentam correspondem ao número total de casos no decorrer do ano de 2017. O motivo de procura por agressão inclui violência doméstica (72), violação (2), autoagressão (4) e agressão (588). Quanto aos acidentes, estes abrangem os de viação (1105), de trabalho (2968), domésticos (288), escolares (1803), desportivos (239), pessoais (6996), atropelamento (163) e queimaduras (211). Nas outras causas foram incluídas as mordeduras e picadas de animais (6) e análises a pedido das autoridades (22) e outras situações referenciadas no sistema como “outras” (361), entre as quais indicações médicas para reavaliações de utentes, transferências dos mesmos para a área de

residência, seguimentos de procedimentos que não podem ser realizados na consulta externa, entre outros.

No sentido de se testar a associação do motivo de procura dos SU, com o sexo e a idade dos utentes, neste estudo, foi formulada uma hipótese:

- **H1** - Há relação estatisticamente significativa entre o sexo e a idade dos utentes e o motivo de procura dos SU.

O motivo da procura do SU apresentou diferenças ($\chi^2 = 1790,329$; $p < 0,001$) entre utentes do sexo feminino e masculino (Quadro 8) e entre os utentes de diferentes grupos etários ($\chi^2 = 8975,596$, $p < 0,001$) (Quadro 9). Uma vez que os casos de grávidas e parturientes são exclusivos do sexo feminino e quase exclusivos do grupo etário dos jovens adultos, para proceder a esta comparação entre sexos e grupos etários suprimiram-se essas utentes, para evitar o enviesamento que decorreria da sua utilização na comparação. Por esse motivo, os totais apresentados no quadro 8 não coincidem com os valores apresentados no gráfico 6.

Quadro 8 - Motivo de procura do SU registados na admissão administrativa do CHTMAD em 2017 por utentes do sexo feminino e masculino

Causa de procura do SU (registado administrativo) ¹		Feminino	Masculino	Total
Doença	n	79818	67399	147217
	% (rp)	45,8 (24,9)	38,7 (-24,9)	84,5
Queda	n	6767	4944	11711
	% (rp)	3,9 (10,9)	2,8 (-10,9)	6,7
Intoxicação	n	229	295	524
	% (rp)	0,1 (-4,2)	0,2 (4,2)	0,3
Acidentes	n	5039	8734	13773
	% (rp)	2,9 (-40,1)	5,0 (40,1)	7,9
Agressão	n	254	412	666
	% (rp)	0,1 (-7,7)	0,2 (7,7)	0,4 ²
Outras	n	162	227	389
	% (rp)	0,1 (-4,5)	0,1 (-4,5)	0,2
$\chi^2 = 1790,329$; $p < 0,001$				

¹ Pela sua natureza não ser passível de comparação entre géneros, retirou-se da comparação a categoria “grávidas e parturientes”; ² Por questões de arredondamento a soma entre géneros não coincide com o total.

rp – residuais padronizados

Como se pode observar no quadro 8, as diferenças verificadas nos motivos de recorrência dos utentes ao SU entre utentes do sexo feminino e masculino foram determinadas principalmente pela doença e queda, sendo que as mais frequentes foram no sexo feminino (45,8% e 3,9%, respetivamente) do que no masculino (38,7% e 2,8%, respetivamente). Por sua vez constata-se que por motivos de intoxicação, acidentes e agressão sucedeu uma tendência contrária, com os utentes do sexo masculino a apresentar uma ocorrência de cerca do dobro dos utentes do sexo feminino.

Quadro 9 - Motivo de procura do SU registados na admissão administrativa do CHTMAD em 2017 por utentes dos diferentes grupos etários

Causa de procura do SU (registado administrativo) ¹		R. nascido e lactente	Toddlers pré-escolares	Escolares e adolescentes	Jovens adultos	Adultos	Idosos
Doença	n	6780	10330	15032	30631	31753	52691
	% (rp)	3,9 (11,8)	5,9 (9,1)	8,6 (-10,7)	17,6 (-7,5)	18,2 (-4,3)	30,2 (7,5)
Queda	n	119	482	1146	1524	2502	5938
	% (rp)	0,1 (-16,1)	0,3 (-9,8)	0,7 (-4,4)	0,9 (-20,2)	1,4 (-1,7)	3,4 (29,5)
Intoxicação	n	3	6	63	215	185	52
	% (rp)	0,0 (-3,9)	0,0 (-4,8)	0,0 (0,6)	0,1 (9,5)	0,1 (6,5)	0,0 (-9,6)
Acidentes	n	53	350	3077	5029	3725	1539
	% (rp)	0,0 (-21,2)	0,2 (-18,0)	1,8 (39,4)	2,9 (37,3)	2,1 (12,4)	0,9 (-46,8)
Agressão	n	1	0	51	334	215	65
	% (rp)	0,0 (-5,0)	0,0 (-6,5)	0,0 (-2,7)	0,2 (15,7)	0,1 (5,6)	0,0 (-10,9)
Outras	n	0	14	48	117	120	90
	% (rp)	0,0 (-3,9)	0,0 (-2,2)	0,0 (0,7)	0,1 (3,5)	0,1 (3,7)	0,1 (-3,9)
$\chi^2 = 8975,596, p < 0,001$							

¹ Pela sua natureza não ser passível de comparação grupos etários, retirou-se da comparação a categoria “grávidas e parturientes”.

rp – residuais padronizados

No que se refere ao motivo da procura do SU pelos utentes dos diferentes grupos etários, como se ilustra no quadro 9, observa-se uma grande distribuição das causas por todos os grupos etários. A doença foi a principal causa de procura, com uma distribuição bastante uniforme entre os grupos etários. As quedas tiveram uma proporção maior entre os utentes idosos (3,4%) e os e os acidentes entre os escolares e adolescentes e os jovens adultos (1,8% e 2,9%, respetivamente).

Face aos resultados observados nos quadros 8 e 9 deve aceitar-se a hipótese formulada, pois há uma relação altamente significativa entre o sexo e a idade dos utentes e o motivo de procura dos SU.

Depois do utente fazer o registo administrativo no SU é encaminhado para o gabinete de triagem, onde o profissional de enfermagem executa o procedimento de triagem selecionando o fluxograma mais adequado na plataforma informática do STM, mediante as queixas e/ ou sintomatologia apresentada, através das questões que coloca ao utente/acompanhante. A partir da queixa inicial do utente o enfermeiro escolhe um dos 52 fluxogramas (sendo que dois dos quais previstos apenas para situações de catástrofe), que permitem estabelecer o nível de prioridade e alocar o utente à área do SU mais apropriada. No quadro 10 apresenta-se a frequência dos diferentes motivos para recorrer ao SU, estabelecido de acordo com o STM. Dos 52 fluxogramas possíveis no STM, cerca de metade (49,9%) dos casos atendidos no CHTMAD em 2017 relacionaram-se somente com sete motivos: problemas nos membros (13,9%), indisposição no adulto (9,9%), dispneia (6,5%), dor abdominal (5,5%), dor lombar (5,2%), dor torácica (4,6%) e diarreia e/ou vômitos (4,3%). Os fluxogramas com frequência igual ou superior a 1%, apresentados em negrito no quadro 10, representam na sua totalidade 90,5% dos casos registados, correspondendo a mais de 160.000 episódios de urgência.

Quadro 10 - Motivo de procura do SU registado no STM do SU do CHTMAD em 2017
(Casos apresentados por ordem decrescente de frequência)

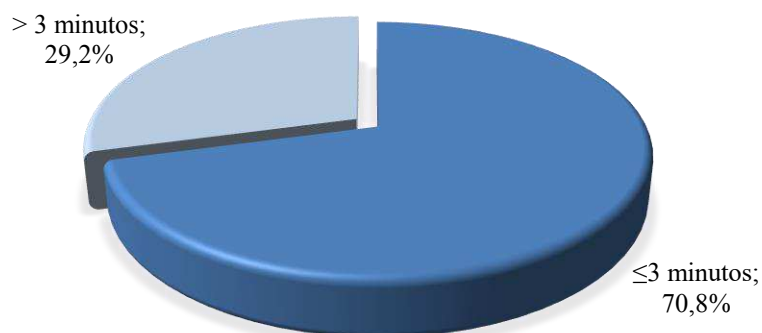
Fluxograma Nº - descritivo	n	(%)	Fluxograma Nº - descritivo	n	(%)
43 - Problemas nos membros	24696	13,9	7 - Comportamento estranho	1278	0,7
35 - Indisposição no adulto	17545	9,9	37 - Lesão torácico-abdominal	1174	0,7
15 - Dispneia	11560	6,5	33 - Hemorragia gastrointestinal	1038	0,6
19 - Dor abdominal	9862	5,5	31 - Grande traumatismo	1027	0,6
23 - Dor lombar	9244	5,2	17 - Doença mental	865	0,5
25 - Dor torácica	8146	4,6	28 - Estado de inconsciência / síncope	864	0,5
14 - Diarreia e/ou vômitos	7593	4,3	34 - Hemorragia vaginal	800	0,4
99 - Outros casos (Branco)	7588	4,3	9 - Corpo estranho	658	0,4
22 - Dor de garganta	7570	4,3	41 - Problemas estomatológicos	639	0,4
39 - Pais preocupados (P)	6571	3,7	8 - Convulsões	531	0,3
6 - Cefaleia	5784	3,3	1 - Agressão	516	0,3
30 - Feridas	5763	3,2	13 - Diabetes	516	0,3
44 - Problemas oftalmológicos	5719	3,2	26 - Embriaguez aparente	445	0,3
46 - Problemas urinários	5083	2,9	48 - Queimaduras profundas e superficiais	389	0,2
27 - Erupções cutâneas	4945	2,8	49 - Sobredosagem e envenenamento	378	0,2
36 - Infecções locais e abscessos	4362	2,5	40 - Palpitações	377	0,2
45 - Problemas de ouvidos	3756	2,1	24 - Dor testicular	270	0,2
32 - Gravidez	3379	1,9	2 - Alergias	258	0,1
47 - Queda	2834	1,6	3 - Asma	219	0,1
11 - Criança que não se sente bem (P)	2663	1,5	5 - Bebê que chora (P)	60	0,0 ⁽¹⁾
16 - Dispneia na criança (P)	2551	1,4	29 - Exposição a químicos	53	0,0
50 - T.C.E Trauma crânio-encefálico	2030	1,1	4 - Autoagressão	49	0,0
42 - Problemas faciais	1840	1,0	10 - Criança com dificuldade de locomoção (P)	48	0,0
21 - Dor cervical	1551	0,9	12 - Criança irritável (P)	25	0,0
38 - Mordeduras e picadas	1414	0,8	18 - Doenças sexualmente transmissíveis	12	0,0
20 - Dor abdominal criança (P)	1399	0,8			

(P) - Pediatria; ⁽¹⁾ Frequências relativas apresentadas como 0,0 não são efetivamente nulas, podendo representar algumas dezenas de casos que, como a base de cálculo é muito grande, resulta numa percentagem de expressão à centésima ou menor.

8.1.4 - Prioridades estabelecidas pelo STM e tempos de espera

Num SU os tempos despendidos na realização das diversas intervenções com os utentes são considerados como uma das variáveis que mais contribui para um atendimento de qualidade. Desde que o utente se apresenta no SU até ser atendido por um médico, este fica sujeito a um determinado tempo para registo administrativo, seguindo-se o tempo de espera para ser triado, ambos tendencialmente muito reduzidos. É no processo de triagem que é estabelecida a prioridade do utente, da qual decorre o tempo que potencialmente poderá esperar para ser observado pela equipa médica. O processo de triagem deve ser tão breve quanto possível para garantir que os utentes em situação de risco iminente sejam atendidos com a máxima brevidade, assim como para acautelar um fluxo adequado dos utentes, particularmente nos momentos de maior procura do SU. Assim sendo, o SU do CHTMAD estabeleceu como critério interno, e de acordo com as recomendações do GPT, que a triagem deve ser feita num tempo não superior a três minutos. Nesse sentido, no presente trabalho avaliou-se a proporção de utentes em que o processo de triagem teve uma duração dentro do tempo alvo preconizado e aqueles cujo processo de triagem foi mais moroso (Gráfico 6). Observou-se que cerca de dois terços (70,8%) dos casos foram triados em três minutos ou menos. O tempo médio da triagem foi de 00:02:30, com um mínimo próximo de zero e com uma moda de 00:01:41, sugerindo que na maioria dos casos a triagem é muito rápida. Os valores máximos detetados no sistema de registo de dados ultrapassaram os 20 minutos. Esses casos, que têm uma ocorrência residual, indicam claramente que se trata de uma situação de exceção associada a uma utilização incorreta da plataforma informática. O tempo de triagem só cessa quando o enfermeiro conclui o procedimento no sistema informático (fechando a ficha de triagem do utente), e só nesse momento a informação do utente passa para o sistema acessível pelo médico (SClínico - Sistema Informático Hospitalar). Porém, em situações pontuais o enfermeiro é chamado a uma situação emergente que está a decorrer no serviço ou encaminha o doente diretamente para a sala de emergência onde necessita de cuidados imediatos, sem que tenha fechado a ficha do mesmo, levando a que a contagem de tempo continue até que a falha seja detetada, ora porque se começa o atendimento do utente seguinte, ora porque o médico deteta que a ficha de triagem não foi fechada, uma vez que não tem acesso àquele doente.

Gráfico 6 - Distribuição percentual dos utentes atendidos no SU do CHTMAD em 2017 que foram triados no tempo recomendado (≤ 3 minutos) e dos que excederam esse tempo



Decorrente do processo de triagem, os utentes são classificados com o nível de prioridade correspondente à gravidade da sua situação clínica. No quadro 11 apresenta-se a frequência dos diferentes níveis de prioridade nas diferentes unidades do CHTMAD, assim como no total do CHTMAD. A grande maioria dos casos atendidos no CHTMAD foram classificados como urgentes (58,1%), seguido pelos pouco urgentes (26,5%). Os casos muito urgentes correspondem a 10,1% e os emergentes a 0,3%. Os casos considerados não urgentes foram diminutos (0,8%). Os casos não previstos no STM registados como outros casos (a título de exemplo, transferências para a área de residência, encaminhamento de utentes com indicações médicas para reavaliações ou execução de exames programados, entre outros) atingiram 4,3% dos casos atendidos.

Com a finalidade de se testar a relação entre a unidade do SU do CHTMAD que o utente procurou e o nível de prioridade que lhe foi atribuído pelo STM, foi elaborada a seguinte hipótese:

- **H2** - Há relação estatisticamente significativa entre a unidade do SU do CHTMAD e o nível de prioridade estabelecido pelo STM.

Observaram-se diferenças significativas no nível de prioridade estabelecido em cada uma das unidades do CHTMAD (Quadro 11). Os casos emergentes foram registados principalmente no SU central em Vila Real, estando associados ao facto de ser uma urgência polivalente com serviços diferenciados. Os serviços de apoio pré-hospitalar, tais como as viaturas médicas de reanimação Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV) e ambulâncias suporte básico de vida (SBV), são encaminhadas pelo CODU na maioria das situações mais complexas e com risco de vida

iminente para o hospital, que concentra recursos mais adequados para que sejam prestados cuidados a esses utentes. Pela mesma ordem de razões todas as situações relacionadas com a urgência obstétrica também foram encaminhadas para o Hospital de Vila Real, uma vez que esta unidade é a única que dispõe desta valência.

Quadro 11 - Frequência de prioridades estabelecidas pelo STM em cada uma das seis unidades do SU do CHTMAD em 2017 e no total

Prioridade STM		U. Geral (VR)	U. Geral (Chaves)	U. Geral (Lamego)	U. Obst. (VR)	U. Ped. (VR)	U. Ped. (Chaves)	Total CHTMAD
Emergente	n	241	86	114	4	30	10	485
	% (rp)	0,1 (6,1)	0,0 (-4,3)	0,1 (0,7)	0,0 (-2,6)	0,0 (-1,2)	0,0 (-2,7)	0,3
Muito urgente	n	8046	3587	3629	1079	1486	168	17995
	% (rp)	4,5 (24,6)	2,0 (-20,7)	2,0 (-7,1)	0,6 (28,4)	0,8 (3,7)	0,1 (-25,2)	10,1
Urgente	n	37073	24975	28482	2899	6810	3120	103359
	% (rp)	20,8 (-5,0)	14,0 (-25,1)	16,0 (63,2)	1,6 (2,4)	3,8 (-18,4)	1,8 (-39,4)	58,1
Pouco Urgente	n	14531	16240	6551	387	4506	4921	47136
	% (rp)	8,2 (-29,1)	9,1 (46,3)	3,7 (-50,9)	0,2 (-29,6)	2,5 (19,0)	2,8 (68,7)	26,5
Não Urgente	n	476	651	45	79	80	39	1370
	% (rp)	0,3 (-1,2)	0,4 (17,8)	0,0 (-17,0)	0,0 (6,9)	0,0 (-2,4)	0,0 (-3,2)	0,8
Outros Casos	n	4315	1418	795	403	557	100	7588
	% (rp)	2,4 (38,0)	0,8 (-15,6)	0,4 (-25,2)	0,2 (14,1)	0,3 (-0,8)	0,1 (-14,2)	4,3
$\chi^2 = 13877,262; p < 0,001$								

rp – residuais padronizados

Face ao exposto, deve aceitar-se a hipótese formulada, pois é clara a relação altamente significativa entre a unidade do SU do CHTMAD onde o utente foi atendido e o nível de prioridade que lhe foi atribuído pelo STM.

As características demográficas dos utentes disponíveis (sexo e idade) poderão influenciar o nível de prioridade com que são triados pelo STM, o que esteve na base da formulação da terceira hipótese do presente estudo:

- **H3** - Há relação estatisticamente significativa entre o sexo e idade dos utentes e o nível de prioridade estabelecido pelo STM.

O nível de prioridade estabelecido apresentou diferenças entre utentes do sexo feminino e masculino (Quadro 12). De salientar que as categorias muito urgente e urgente foram as que mais se diferenciaram, como se pode observar pelos elevados valores dos resíduos

padronizados, sendo que os utentes do género feminino atingiram maior percentagem de classificação com os dois níveis de prioridade supramencionados. Nesta comparação foram suprimidos os casos de grávidas e parturientes, com a finalidade de não enviesar a comparação com as situações de urgência obstétrica. O nível de prioridade registado também foi diferente entre os grupos etários (Quadro 13). Genericamente, observou-se que em todas as idades houve casos com atribuição de diferentes níveis de prioridade, contudo foi no grupo dos idosos que, como seria expectável, se encontrou uma maior proporção de utentes com casos emergentes ou muito urgentes.

Quadro 12 - Frequência de prioridades estabelecidas pelo STM no SU do CHTMAD em 2017 em utentes do sexo feminino e masculino

Prioridade STM		Feminino⁽¹⁾	Masculino
Emergente	n	222	259
	% (rp)	0,1 (-2,0)	0,1 (2,2)
Muito urgente	n	8564	8403
	% (rp)	4,9 (-4,4)	4,8 (4,7)
Urgente	n	54390	46805
	% (rp)	31,2 (31,2)	26,9 (26,9)
Pouco Urgente	n	24712	22303
	% (rp)	14,2 (-1,1)	12,8 (1,2)
Não Urgente	n	656	663
	% (rp)	0,4 (-1,6)	0,4 (1,7)
Outros Casos	n	3725	3578
	% (rp)	2,1 (-2,3)	2,1 (2,4)
		$\chi^2 = 95,886; p < 0,001$	

⁽¹⁾ Grávidas e parturientes não incluídas; **rp** – residuais padronizados

Quadro 13 - Frequência de prioridades estabelecidas pelo STM no SU do CHTMAD em 2017 em utentes dos diferentes grupos etários⁽¹⁾

Prioridade STM		Rec.-nascido e lactente	Toddlers e pré-escolares	Escolares - adolescentes	Jovens adultos	Adultos	Idosos
Emergente	n	12	13	17	43	101	295
	% (rp)	0,0 (-1,6)	0,0 (-3,2)	0,0 (-5,0)	0,0 (-6,0)	0,1 (-0,5)	0,2 (9,9)
Muito urgente	n	570	647	1091	2558	3342	8759
	% (rp)	0,3 (-4,1)	0,4 (-13,4)	0,6 (-18,4)	1,5 (-18,6)	1,9 (-6,6)	5,0 (37,6)
Urgente	n	2819	6145	12350	22729	22446	34706
	% (rp)	1,6 (-19,2)	3,5 (-4,3)	7,1 (10,1)	13,0 (5,1)	12,9 (0,6)	19,9 (-1,9)
Pouco Urgente	n	3232	4054	5230	10897	10584	13018
	% (rp)	1,9 (31,3)	2,3 (18,9)	3,0 (-0,1)	6,3 (6,8)	6,1 (1,9)	7,5 (-25,6)
Não Urgente	n	47	55	96	297	367	457
	% (rp)	0,0 (-0,8)	0,0 (-3,2)	0,1 (-4,2)	0,2 (0,6)	0,2 (4,4)	0,3 (0,0)
Outros Casos	n	276	268	633	1326	1660	3140
	% (rp)	0,2 (-0,9)	0,2 (-9,3)	0,4 (-6,3)	0,8 (-6,5)	1,0 (1,2)	1,8 (12,1)
$\chi^2 = 5436,337; p < 0,001$							

⁽¹⁾ Grávidas e parturientes não incluídas; rp – residuais padronizados

Tendo ficado demonstrada a relação entre o sexo e a idade do utente, deve aceitar-se a terceira hipótese formulada, pois essas duas características demográficas influenciam a prioridade que é atribuída ao utente na triagem do SU.

O motivo de procura do SU poderá estar associado ao nível de prioridade com que é triado, pelo que se formulou a quarta hipótese:

- **H4** - Há relação estatisticamente significativa entre o motivo de procura dos SU e o nível de prioridade estabelecido pelo STM.

No quadro 14 apresenta-se a relação entre a prioridade estabelecida pelo STM e o motivo da procura do SU registado administrativamente, que é estatisticamente significativa. Como se observou previamente, a maioria dos casos atendidos no CHTMAD foi por motivo de doença e a maioria das prioridades estabelecidas como urgente. Nesse sentido, pode observar-se que cerca de metade dos casos atendidos nos CHTMAD (47,6%) classificado como urgente decorre de uma procura relacionada com o motivo de doença. As quedas resultam maioritariamente numa prioridade urgente (4,7%) ou pouco urgente (1,0%), assim como os acidentes (5,3% e 1,7%, respetivamente).

Quadro 14 - Frequência de prioridades estabelecidas pelo STM no SU do CHTMAD em 2017 em função do motivo da procura do SU registado administrativamente

Prioridade STM		Doença	Queda	Intoxicação	Acidentes	Agressão	Outras
Emergente	n	416	9	5	42	1	8
	% (rp)	0,2 (0.5)	0,0 ⁽²⁾ (-4.1)	0,0 (3.0)	0,0 (0.6)	0,0 (-0.6)	0,0 (6.7)
Muito urgente	n	14437	1081	145	1213	22	69
	% (rp)	0,2 (0.9)	0,0 (-1.8)	0,0 (13.2)	0,0 (-3.5)	0,0 (-5.3)	0,0 (5.1)
Urgente	n	82966	8157	285	9177	447	163
	% (rp)	47,6 (-8.6)	4,7 (16.5)	0,2 (-1.1)	5,3 (13.2)	0,3 (3.1)	0,1 (-4.2)
Pouco Urgente	n	41993	1784	62	2897	187	92
	% (rp)	24,1 (11.4)	1,0 (-24.5)	0,0 (-6.7)	1,7 (-13.4)	0,1 (0.5)	0,1 (-1.3)
Não Urgente	n	1160	49	26	75	1	8
	% (rp)	0,7 (1.4)	0,0 (-4.2)	0,0 (11.1)	0,0 (-2.9)	0,0 (-1.8)	0,0 (2.9)
Outros Casos	n	6245	631	1	369	8	49
	% (rp)	3,6 (1.0)	0,4 (6.3)	0,0 (-4.5)	0,2 (-8.7)	0,0 (-3.8)	0,0 (8.1)
$\chi^2 = 2195.528; p < 0,001$							

⁽¹⁾ Grávidas e parturientes não incluídas; **rp** – residuais padronizados

De acordo com os resultados apresentados no quadro 14, deve aceitar-se a H4, pois há uma relação altamente significativa entre motivo de procura do SU e o nível de prioridade que lhe é atribuída na triagem.

Uma das preocupações que está subjacente ao STM é garantir que utentes com as diferentes prioridades sejam atendidos dentro dos tempos alvo considerados recomendáveis para a sua situação clínica. O STM preconiza, como já foi mencionado anteriormente, que os tempos de espera recomendados mediante as prioridades são: emergentes (0 minutos – atendimento imediato), muito urgentes (até 10 minutos), urgentes (até 60 minutos), pouco urgentes (até 120 minutos) e os não urgentes (até 240 minutos). Perante situações particulares ou de razões não clínicas e disfunções organizativas em que os utentes não têm responsabilidade na deslocação para o SU, nestas situações é-lhes atribuída a cor/categoria branca não se encontrando previsto um tempo alvo de atendimento. Tendo em consideração essa preocupação do STM formulou-se a hipótese:

- **H5** - Há uma relação estatisticamente significativa entre o nível de prioridade estabelecido pelo STM e o tempo de espera para o atendimento.

No quadro 15 apresentam-se algumas estatísticas descritivas para o tempo de espera entre o fim do procedimento de triagem e correspondente atribuição do nível de prioridade e o tempo de espera efetivo (real) que o utente aguardou até ao atendimento médico. Como se pode observar no quadro 15 os tempos médios para as prioridades mais altas, ou seja, emergente e muito urgente ultrapassam os tempos alvo previstos. Para as três categorias mais baixas como urgente, pouco urgente e não urgente, os tempos de espera médios encontram-se dentro dos limites recomendados. Ainda que em muitos casos verificados os valores mínimos correspondam a atendimentos imediatos (valores mínimos tendendo para zero) nomeadamente em momentos de pouca afluência, os utentes independentemente da sua prioridade são atendidos de imediato, sendo que também se registam valores claramente excecionais em que o tempo de espera é prolongado. Estas situações encontram-se muitas vezes relacionadas com falhas no registo, semelhantes aos motivos suprarreferidos na apresentação de resultados da duração do processo de triagem pois a contabilização do tempo de espera para atendimento médico é realizada pela diferença entre o momento em que se conclui o procedimento de triagem (terminada a ficha do utente na aplicação do STM) e o momento em que o médico acede à ficha do utente no sistema informático. Dada a própria natureza de um SU, estes procedimentos de registo nem sempre são realizados de imediato, por várias ordens de razões que serão discutidas adiante e que resultam num registo prolongado do tempo de espera que, muitas das vezes, não corresponde à realidade.

Quadro 15 - Tempos de espera para cada nível de prioridade estabelecido pelo STM e outros casos atendidos no SU do CHTMAD em 2017. Resultados expressos em horas, minutos e segundos

Prioridade STM	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Emergente	448	0:11:19 a	0:38:53	0:00:05	11:15:06
Muito Urgente	17123	0:13:09 a	0:37:17	0:00:02	23:30:43
Urgente	102182	0:44:03 b	1:00:52	0:00:01	23:42:10
Pouco Urgente	46918	0:58:12 c	1:17:53	0:00:01	23:55:26
Não Urgente	1327	1:21:58 d	2:01:22	0:00:05	23:21:58
Outros casos	6954	0:39:32 b	1:23:27	0:00:05	23:51:44
z = 1303,321; p<0,001					

a,b. média seguidas de letras diferentes apresentam diferenças significativas (p<0,05)

Para tentar compreender melhor qual o nível de resposta do CHTMAD em relação aos tempos alvo preconizados no STM para as diferentes prioridades, procedeu-se à análise do número de casos que foram atendidos dentro e fora do intervalo alvo (Quadro 16). No caso específico dos casos emergentes, como não há registo de nenhum tempo nulo, considerou-se academicamente um tempo de dois minutos. Há diferenças estatisticamente significativas na proporção de cumprimento do tempo de espera para as várias categorias ($\chi^2 = 120,394$; p<0,001). À semelhança dos valores médios de espera analisados, foi nas prioridades menos graves que se observou um maior cumprimento do tempo de espera preconizado (75,3 %, 86,0% e 90,5% para os casos urgentes, pouco urgentes e não urgentes, respetivamente). Provavelmente também pelos motivos anteriormente mencionados na apresentação dos resultados dos tempos médios de espera, nos casos emergentes e muito urgentes a proporção atendida dentro tempo alvo é consideravelmente inferior (58,1% para os casos muito urgentes e somente 27,2% dos emergentes em menos de dois minutos).

Quadro 16 - Proporção de utentes atendidos no tempo alvo consoante o nível de prioridade estabelecido pelo STM no SU do CHTMAD em 2017 mediante os tempos recomendados para atendimento

Prioridade STM	Tempo recomendado para atendimento		Tempo alvo cumprido (%)	Tempo alvo excedido (%)
Emergente	0 min (2 min) ⁽¹⁾	n	132	353
		% ⁽²⁾ (rp)	27,2 (-9,60)	72,8 (9,60)
Muito Urgente	10 min	n	10449	7547
		% (rp)	58,1 (-2,22)	41,9 (-2,22)
Urgente	60 min	n	77792	25567
		% (rp)	75,3 (1,89)	24,7 (-1,89)
Pouco Urgente	120 min	n	40536	6600
		% (rp)	86,0 (4,32)	14,0 (-4,32)
Não Urgente	240 min	n	1240	130
		% (rp)	90,5 (5,51)	9,5 (5,51)
$\chi^2 = 120,394; p < 0,001$				

⁽¹⁾ Para efeitos de cálculo, como os registos nunca são de um tempo nulo, considerou-se academicamente dois minutos para proceder a esta classificação; ⁽²⁾ Percentagens em linha; **rp** – residuais padronizados

Pela análise conjunta dos resultados relativos aos tempos de espera para cada categoria de prioridade pode aceitar-se a H5, pois a relação entre o a prioridade estabelecida pelo STM e o tempo de espera para ao atendimento apresenta-se de forma muito significativa.

8.2 PERCEÇÃO DE FIABILIDADE E SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM O STM

Os enfermeiros são profissionais de saúde que lidam diretamente com o STM, sendo considerados o primeiro contato profissional com o utente que recorre ao SU. Nessa medida, a perceção que estes profissionais têm acerca da fiabilidade do sistema assim como da sua satisfação com o manuseamento do mesmo, são dados importantes para se poder otimizar a sua utilização e proceder a melhorias quando necessárias. Sensível a essa questão, o GPT produziu um inquérito de satisfação sobre o STM, com a possibilidade de este ser respondido por médicos ou enfermeiros. Estes inquéritos, no presente trabalho, foram aplicados aos enfermeiros dos SU do CHTMAD, tendo sido respondidos por cerca de 77% dos enfermeiros que compunham a

equipa de urgências do centro hospitalar, à data da aplicação do inquérito. Com a utilização deste inquérito pretendeu-se responder aos seguintes objetivos:

- *Que perceção de fiabilidade têm os profissionais de enfermagem sobre a utilização do STM;*
- *Qual o nível de satisfação dos profissionais de enfermagem com a utilização do STM.*

Os resultados expressos após o preenchimento dos 113 inquéritos revelam que os enfermeiros eram maioritariamente do sexo feminino (68,1%), mais de metade (66,4%) tinham 35 anos ou mais de idade e igualmente um longo tempo de serviço na maioria dos casos. A grande parte dos enfermeiros trabalha na área de adultos, sendo que 14 são da área da pediatria. Alguns enfermeiros dos hospitais periféricos trabalham nas duas valências, ou seja, área de adultos e pediátrica. Da amostra vinte e um dos enfermeiros exercem funções de coordenadores de turno. A maioria dos enfermeiros (79,6%) do SU do CHTMAD fizeram o curso de formação em triagem, sendo que cerca de metade (46,0%) já trabalhavam no SU quando o STM foi implementado.

O inquérito de satisfação disponibilizado pelo GPT não prevê (tanto quanto foi possível apurar) o cálculo de uma pontuação global, pelo que se optou por analisar o inquérito para cada item individualmente. Esta abordagem permitiu-nos também detetar especificidades de insatisfação ou de menor satisfação dos enfermeiros com a operacionalização do STM. Posteriormente o CHTMAD, tendo por base os resultados obtidos, poderá eventualmente rever alguns aspetos na aplicação do STM. Os resultados são apresentados numa primeira fase de forma descritiva para o total dos enfermeiros que responderam a este inquérito e em cada parte deste é feita a comparação entre os níveis de satisfação para as diferentes variáveis independentes. Dado o elevado número de itens que o inquérito possui, apresentam-se as comparações somente para os itens em que as associações são significativas ($p < 0,05$). A extremidade menor da escala corresponde à avaliação “nada fiável” que não foi utilizada por nenhum enfermeiro. Nas escalas de satisfação, a extremidade “muito insatisfeito” teve uma utilização residual, tendo-se agrupado esses casos na categoria “insatisfeito”. Nos casos em que os números de insatisfeitos mereceram alguma atenção, destacaram-se os mesmos na apresentação dos resultados.

Para analisar os resultados relativos à perceção de fiabilidade e satisfação dos enfermeiros que exercem funções nos SU do CHTMAD, formularam-se duas hipóteses:

- **H6** - Há uma relação estatisticamente significativa entre as características demográficas e profissionais dos enfermeiros e a sua perceção de fiabilidade e satisfação com o STM;

- **H7** - Há uma relação estatisticamente significativa entre a unidade do SU do CHTMAD onde os dos enfermeiros trabalham e a sua perceção de fiabilidade e satisfação com o STM.

8.2.1 - Perceção de fiabilidade do STM

Em termos globais os enfermeiros do CHTMAD consideraram o STM fiável ou muito fiável (Quadro 17). Só 8,0% o consideraram pouco fiável, e nenhum dos enfermeiros que responderam ao inquérito o apontou como “nada fiável”. Nenhum dos aspetos demográficos ou profissionais da amostra determinou diferentes apreciações da fiabilidade do sistema, no entanto, verificou-se uma associação entre a fiabilidade manifestada pelos enfermeiros e a unidade do SU do CHTMAD onde estes exercem funções. Quanto aos profissionais do SU de Chaves, estes destacaram-se pela apreciação como “muito fiável”, sendo que os enfermeiros do SU de Lamego não demonstraram a mesma credibilidade face ao STM, com 33,3% dos enfermeiros a apontarem o STM como “pouco fiável”.

Quadro 17 - Fiabilidade no STM manifestada pelos enfermeiros do SU do CHTMAD, em função do serviço onde exercem funções (n=113)

Item		Muito Fiável	Fiável	Pouco Fiável
<i>O processo de triagem é</i>				
Total	n	7	97	9
	% ⁽¹⁾ (rp)	6,2	85,8	8,0
U. Geral (VR)	n	0	48	3
	%(rp)	0 (-1,8)	94,1 (0,6)	5,9 (-0,5)
U. Geral (Chaves)	n	5	26	0
	%(rp)	16,1 (2,2) ⁽²⁾	83,9 (-0,1)	0 (-1,6)
U. Geral (Lamego)	n	1	11	6
	%(rp)	5,6 (-0,1)	61,1 (-1,1)	33,3 (3,8)
U. Pediátrica (VR)	n	1	12	0
	%(rp)	7,7 (0,2)	92,3 (0,3)	0 (-1,0)
$\chi^2=28,251$; $p<0,001$				

⁽¹⁾ Percentagens em linha; **rp** – residuais padronizados; ⁽²⁾ residuais assinalados a **negrito** apresentam valores absolutos superiores a 1,96

8.2.2 - Satisfação dos enfermeiros com o STM

● Satisfação com a formação

O inquérito aplicado dispõe de um conjunto de quatro questões que se destinam somente aos enfermeiros que fizeram formação em STM. Observou-se que 10,0% dos enfermeiros que realizaram a formação estavam “insatisfeitos” com a “*Adequação da formação frequentada*”. Os restantes estavam “satisfeitos” (75,6%) ou “muito satisfeitos” (14,4%). A satisfação com a “*Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica*” teve um padrão semelhante à avaliação que os enfermeiros fizeram da adequação da formação frequentada, com 74,4% e 11,1% dos enfermeiros a considerarem-se “satisfeitos” e “muito satisfeitos”, respetivamente. A maioria dos enfermeiros (88,9%) revelou-se “satisfeito” ou “muito satisfeito” com a “*Sequenciação do guião das entrevistas da triagem*”. Relativamente à “*Adequação do guião das entrevistas que torna possível a sua realização no tempo máximo de três minutos*” este item não reuniu tanta concordância por parte dos enfermeiros, com 32,2% a manifestarem-se “insatisfeitos” e somente 5,6% “muito satisfeitos” (Quadro 18).

Quando se avaliaram as características demográficas ou profissionais que influenciaram a satisfação com os itens relacionados com a formação em STM (n=90), observou-se que somente o SU onde exercem funções tem influência (Quadro 19). Da análise dos resultados constatou-se que os níveis de satisfação com a adequação da formação são mais elevados nos enfermeiros que trabalham no SU de Chaves, com 28,6% a manifestarem-me “muito satisfeitos”. Por outro lado, os enfermeiros que trabalham na urgência geral do Hospital de Vila Real demonstraram-se insatisfeitos (22,9%) com a adequação da formação. Os níveis elevados de satisfação por parte dos enfermeiros do SU de Chaves encontram-se também patentes na avaliação que fazem da segurança da aplicação da triagem, com base na sua fundamentação teórica, com 25,9% a considerarem-se muito satisfeitos e com 14,3% muito satisfeitos, no que respeita à adequação do guião da entrevista que torna possível a sua realização no tempo máximo de três minutos. Quanto à última questão, os enfermeiros do SU Pediátrica de Vila Real mostraram-se particularmente insatisfeitos (72,7%).

Quadro 18 - Nível de satisfação em relação ao STM manifestado pelos enfermeiros do SU do CHTMAD que fizeram a formação do GPT (n=90)

Item		Muito satisfeitos	Satisfeitos	Insatisfeito
<i>Adequação da formação frequentada</i>	n	13	68	9
	% ⁽¹⁾	14,4	75,6	10,0
<i>Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica</i>	n	10	67	13
	%	11,1	74,4	14,4
<i>Sequenciação do guião das entrevistas da triagem</i>	n	7	73	10
	%	7,8	81,1	11,1
<i>Adequação do guião entrevistas - realização no tempo máximo de três minutos</i>	n	5	56	29
	%	5,6	62,2	32,2

Quadro 19 - Nível de satisfação em relação ao STM manifestado pelos enfermeiros do SU do CHTMAD que fizeram a formação do GPT (n=90) em função do SU onde trabalham

Item		Muito satisfeitos	Satisfeitos	Insatisfeito
<i>Adequação da formação frequentada</i>				
U. Geral (VR)	n	2	25	8
	% ⁽¹⁾ (rp)	5,7 (-1,4)	71,4 (-0,3)	22,9 (2,4) ⁽²⁾
U. Geral (Chaves)	n	8	19	1
	% (rp)	28,6 (2,0)	67,9 (-0,5)	3,6 (-1,1)
U. Geral (Lamego)	n	3	13	0
	% (rp)	18,8 (0,5)	81,3 (0,3)	0 (-1,3)
U. Pediátrica (VR)	n	0	11	0
	% (rp)	0 (-1,3)	100 (0,9)	0 (-1,0)
$\chi^2=18,390$; p=0,005				
<i>Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica</i>				
U. Geral (VR)	n	1	25	9
	% (rp)	2,9 (-1,5)	71,4 (-0,2)	25,7 (1,8)
U. Geral (Chaves)	n	7	18	3
	% (rp)	25,0 (2,2)	64,3 (-0,6)	10,7 (-0,5)
U. Geral (Lamego)	n	2	14	0
	% (rp)	12,5 (0,2)	87,5 (0,6)	0 (-1,5)
U. Pediátrica (VR)	n	0	10	1
	% (rp)	0 (-1,1)	90,9 (0,6)	9,1 (-0,5)
$\chi^2=15,332$; p=0,018				
<i>Adequação do guião entrevistas - realização no tempo máximo de três minutos</i>				
U. Geral (VR)	n	0	18	17
	% (rp)	0 (-1,4)	51,4 (-0,8)	48,6 (1,7)
U. Geral (Chaves)	n	4	23	1
	% (rp)	14,3 (2,0)	82,1 (1,3)	3,6 (-2,7)
U. Geral (Lamego)	n	1	12	3
	% (rp)	6,3 (0,1)	75,0 (0,6)	18,8 (-0,9)
U. Pediátrica (VR)	n	0	3	8
	% (rp)	0 (-0,8)	27,3 (-1,5)	72,7 (2,4)
$\chi^2=29,970$; p<0,001				

⁽¹⁾ Percentagens em linha; **rp** – residuais padronizados; ⁽²⁾ residuais assinalados a **negrito** apresentam valores absolutos superiores a 1,96

● Satisfação com a aplicação do STM

A terceira parte do inquérito inclui 14 questões relacionadas com diferentes aspetos da aplicação do STM onde, para além da avaliação da satisfação global com o sistema, se procura determinar qual o grau de satisfação no que respeita aos benefícios para os utentes e profissionais, bem como a organização do seu trabalho e do seu serviço, o trabalho em equipa, o atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica, a adaptação à realidade do SU, a contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço, a contribuição para o correto encaminhamento do utente no SU e para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, a aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem e conhecimentos dos mesmos acerca da triagem e por fim a adequação do espaço físico. Os resultados obtidos da totalidade dos respondentes (n=113) são apresentados no quadro 20. Em 12 dos 14 itens que compõem esta parte do inquérito, existe uma avaliação claramente positiva por parte dos enfermeiros. O grau de satisfação global foi de 77,0% e 9,7% com avaliação “satisfeito” e “muito satisfeito”, respetivamente. Há um reconhecimento quase unânime (95,5%) acerca do benefício que o STM acarreta para o utente, sendo este o aspeto do inquérito que reuniu menos notas de insatisfação. Observou-se também que num grupo de três questões relacionadas com a realidade do SU e com os fluxos e encaminhamento dos utentes, já se manifestou um grau de insatisfação moderado. Cerca de um terço (31,0%) dos respondentes está insatisfeito com a adaptação do STM à realidade do SU onde trabalha e, desses, 5,3% manifestaram-se mesmo muito insatisfeitos. A contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço e para o seu correto encaminhamento apresenta graus de insatisfação próximo dos 20% (23,0% e 19,5%, respetivamente). Os dois itens que se relacionam com a perceção que o utente tem do sistema é onde se demonstrou um maior nível de insatisfação dos enfermeiros. Assim, 54,9% dos respondentes estão insatisfeitos com o seguinte item: aceitação dos utentes relativamente aos tempos de espera definidos na triagem, o que provavelmente decorre da falta de conhecimento dos utentes sobre o sistema. Sessenta e nove por cento dos enfermeiros consideram-se insatisfeitos com o conhecimento dos utentes acerca do ST e destes, 11,5% revelaram-se muito insatisfeitos. Outro aspeto em que se verificou insatisfação por parte de uma grande proporção de enfermeiros foi a adequação do espaço físico do SU. Somente 3,5% é que demonstraram estar muito satisfeitos e 30,1% satisfeitos, sendo que 66,4% dos respondentes se encontraram insatisfeitos, onde foram incluídos 11,5% de enfermeiros muito insatisfeitos.

Quando se analisou quais os fatores que estão associados ao nível de satisfação, para cada item do inquérito, observou-se que o SU a que o enfermeiro pertence determinou diferenças significativas ($p < 0,05$) para 11 dos 14 itens do inquérito (Quadro 21). O item relativo a ser ou não coordenador de turno determinou diferenças ($p < 0,05$) em três itens (Quadro 22) e quanto ao item relativo a ter ou não o curso de triagem verificou-se diferenças em dois itens (Quadro 23).

Quadro 20 - Nível de satisfação em relação ao STM manifestado pelos enfermeiros do SU do CHTMAD (n=113)

Item		Muito satisfeitos	Satisfeitos	Insatisfeito
<i>O seu grau de satisfação global</i>	n	11	87	15
	% ⁽¹⁾	9,7	77,0	13,3
<i>Benefício para os utentes</i>	n	16	93	4
	%	14,2	82,3	3,5
<i>Benefício para os profissionais</i>	n	13	80	20
	%	11,5	70,8	17,7
<i>Organização do seu trabalho</i>	n	16	83	14
	%	14,2	73,5	12,4
<i>Organização do seu serviço</i>	n	11	83	19
	%	9,7	73,5	16,8
<i>Trabalho em equipa</i>	n	9	89	15
	%	8,0	78,8	13,3
<i>Atendimento segundo a prioridade</i>	n	20	73	20
	%	17,7	64,6	17,7
<i>Adaptação à realidade do SU</i>	n	9	69	35 ⁽²⁾
	%	8,0	61,1	31,0
<i>Cont. fluência do circuito do utente</i>	n	16	71	26
	%	14,2	62,8	23,0
<i>Cont. encaminhamento do utente no SU</i>	n	14	77	22
	%	12,4	68,1	19,5
<i>Cont. melhoria da qualidade dos cuidados</i>	n	14	84	15
	%	12,4	74,3	13,3
<i>Aceitação dos utentes - tempos de espera</i>	n	3	48	62 ⁽³⁾
	%	2,7	42,5	54,9
<i>Conhecimentos dos utentes - triagem</i>	n	3	32	78 ³
	%	2,7	28,3	69,0
<i>Adequação do espaço físico</i>	n	4	34	75 ⁽⁴⁾
	%	3,5	30,1	66,4

Cont. Contribuição; ⁽¹⁾ Percentagens em linha; ⁽²⁾ inclui 5,3% muito insatisfeitos; ⁽³⁾ inclui 8,0 % muito insatisfeitos; ⁽⁴⁾ inclui 11,5% muito insatisfeitos

O SU onde os enfermeiros desempenham funções determinou diferenças significativas em 11 dos 14 itens que compõem o inquérito de satisfação. Apenas não tiveram influência na avaliação da satisfação dos seguintes itens: “organização do trabalho”, “trabalho em equipa” e contribuição para a melhoria dos cuidados”, daí estas não constarem no quadro 21. Nos restantes itens existiram diferenças significativas ($p < 0,05$) que tiveram, basicamente, a mesma

tendência: os enfermeiros do SU de Chaves apresentam uma proporção maior de “muitos satisfeitos” e os do SU de Lamego demonstram uma proporção maior de insatisfeitos. Para além desta tendência quase transversal a todos os itens comparados, nove dos onze registam diferenças significativas, destacando-se também o caso dos enfermeiros do SU Pediátrica em Vila Real, que se encontram maioritariamente satisfeitos (61,5%) com os conhecimentos dos utentes sobre a triagem, o que não acontece com os demais SU do CHTMAD.

Quadro 21 - Nível de satisfação em relação ao STM manifestado pelos enfermeiros do SU do CHTMAD em função do SU onde trabalham (n=113)

Item		Muito satisfeitos	Satisfeitos	Insatisfeito
<i>O seu grau de satisfação global</i>				
U. Geral (VR)	n	3	38	10
	% ⁽¹⁾ (rp)	5,9 (-0,9)	74,5 (-0,2)	19,6 (1,2)
U. Geral (Chaves)	n	7	24	0
	% (rp)	22,6 (2,3)	77,4 (0,0)	0 (-2,0)
U. Geral (Lamego)	n	1	12	5
	% (rp)	5,6 (-0,6)	66,7 (-0,5)	27,8 (1,7)
U. Pediátrica (VR)	n	0	13	0
	% (rp)	0 (-1,1)	100 (0,9)	0 (-1,3)
$\chi^2=19,040$; p=0,004				
<i>Benefício para os utentes</i>				
U. Geral (VR)	n	6	44	1
	% (rp)	11,8 (-0,5)	86,3 (0,3)	2,0 (-0,6)
U. Geral (Chaves)	n	8	23	0
	% (rp)	25,8 (1,7)	74,2 (-0,5)	0 (-1,0)
U. Geral (Lamego)	n	1	14	3
	% (rp)	5,6 (-1,0)	77,8 (0,2)	16,7 (3,0)
U. Pediátrica (VR)	n	1	12	0
	% (rp)	7,7 (-0,6)	92,3 (0,4)	0 (-0,7)
$\chi^2=15,729$; p=0,015				
<i>Benefício para os profissionais</i>				
U. Geral (VR)	n	23,9	39	10
	% (rp)	3,9 (-1,6)	76,5 (0,5)	19,6 (0,3)
U. Geral (Chaves)	n	7	23	1
	% (rp)	22,6 (1,8)	74,2 (0,2)	3,2 (-1,9)
U. Geral (Lamego)	n	1	1055,6	7
	% (rp)	5,6 (-0,7)	55,6 (-0,8)	38,9 (2,1)
U. Pediátrica (VR)	n	3	8	2
	% (rp)	23,1 (1,2)	61,5 (-0,4)	15,4 (-0,2)
$\chi^2=17,332$; p=0,008				
<i>Organização do seu serviço</i>				
U. Geral (VR)	n	3	38	10
	% (rp)	5,9 (-0,9)	74,5 (0,1)	19,6 (0,5)
U. Geral (Chaves)	n	5	25	1
	% (rp)	16,1 (1,1)	80,6 (0,5)	3,2 (-1,8)
U. Geral (Lamego)	n	1	10	7
	% (rp)	5,6 (-0,6)	55,6 (-0,9)	38,9 (2,3)
U. Pediátrica (VR)	n	2	10	1
	% (rp)	15,4 (0,7)	76,9 (0,1)	7,7 (-0,8)
$\chi^2=13,362$; p=0,038				

⁽¹⁾ Percentagens em linha; **rp** – residuais padronizados; ⁽²⁾ residuais assinalados a **negrito** apresentam valores absolutos superiores a 1,96

Quadro 21 (continuação) - Nível de satisfação em relação ao STM manifestado pelos enfermeiros do SU do CHTMAD em função do SU onde trabalham (n=113)

Item		Muito satisfeitos	Satisfeitos	Insatisfeito
<i>Atendimento segundo a prioridade</i>				
U. Geral (VR)	n	10	35	6
	% ⁽¹⁾ (rp)	19,6 (0,3)	68,6 (0,4)	11,8 (-1,0)
U. Geral (Chaves)	n	9	17	5
	% (rp)	29,0 (1,5)	54,8 (-0,7)	16,1 (-0,2)
U. Geral (Lamego)	n	1	10	7
	% (rp)	5,6 (-1,2)	55,6 (-0,5)	38,9 (2,1)
U. Pediátrica (VR)	n	0	11	2
	% (rp)	0 (-1,5)	84,6 (0,9)	15,4 (-0,2)
$\chi^2=13,438$; p=0,037				
<i>Adaptação à realidade do SU</i>				
U. Geral (VR)	n	2	33	16
	% (rp)	3,9 (-1,0)	64,7 (0,3)	31,4 (0,1)
U. Geral (Chaves)	n	6	22	3
	% (rp)	19,4 (2,2)	71,0 (0,7)	9,7 (-2,1)
U. Geral (Lamego)	n	0	7	11
	% (rp)	0 (-1,2)	38,9 (-1,2)	61,1 (2,3)
U. Pediátrica (VR)	n	1	7	5
	% (rp)	7,7 (0,0)	53,8 (-0,3)	38,5 (0,5)
$\chi^2=19,756$; p=0,003				
<i>Cont. fluência do circuito do utente</i>				
U. Geral (VR)	n	4	33	14
	% (rp)	7,8 (-1,2)	64,7 (0,2)	27,5 (0,7)
U. Geral (Chaves)	n	9	19	13
	% (rp)	29,0 (2,2)	61,3 (-0,1)	9,7 (-1,5)
U. Geral (Lamego)	n	1	9	8
	% (rp)	5,6 (-1,0)	50,0 (-0,7)	44,4 (1,9)
U. Pediátrica (VR)	n	2	10	1
	% (rp)	15,4 (0,1)	76,9 (0,6)	7,7 (-1,2)
$\chi^2=15,909$; p=0,014				
<i>Cont. encaminhamento do utente no SU</i>				
U. Geral (VR)	n	3	38	10
	% (rp)	5,9 (-1,3)	74,5 (0,6)	19,6 (0,0)
U. Geral (Chaves)	n	9	17	15
	% (rp)	29,0 (2,6)	54,8 (-0,9)	16,1 (-0,4)
U. Geral (Lamego)	n	1	11	6
	% (rp)	5,6 (-0,8)	61,1 (-0,4)	33,3 (1,3)
U. Pediátrica (VR)	n	1	11	1
	% (rp)	7,7 (-0,5)	84,6 (0,7)	7,7 (-1,0)
$\chi^2=14,222$; p=0,027				

(1) Percentagens em linha; **rp** – residuais padronizados; ⁽²⁾ residuais assinalados a **negrito** apresentam valores absolutos superiores a 1,96

(2)

Quadro 21 (continuação) - Nível de satisfação em relação ao STM manifestado pelos enfermeiros do SU do CHTMAD em função do SU onde trabalham (n=113)

Item		Muito satisfeitos	Satisfeitos	Insatisfeito
<i>Aceitação dos utentes - tempos de espera</i>				
U. Geral (VR)	n	0	14	37
	% ⁽¹⁾ (rp)	0 (-1,2)	27,5 (-1,6)	72,5 (1,7)
U. Geral (Chaves)	n	3	1961,3	9
	% (rp)	9,7 (2,4)	61,3 (1,6)	29,0 (-1,9)
U. Geral (Lamego)	n	0	4	14
	% (rp)	0 (-0,7)	22,2 (-1,3)	77,8 (1,3)
U. Pediátrica (VR)	n	0	11	2
	% (rp)	0 (-0,6)	84,6 (2,3)	15,4 (-1,9)
$\chi^2=32,495$; p<0,001				
<i>Conhecimentos dos utentes - triagem</i>				
U. Geral (VR)	n	0	10	41
	% (rp)	0 (-1,2)	19,6 (-1,2)	80,4 (1,0)
U. Geral (Chaves)	n	3	11	17
	% (rp)	9,7 (2,4)	35,5 (0,7)	54,8 (-1,0)
U. Geral (Lamego)	n	0	3	15
	% (rp)	0 (-0,7)	16,7 (-0,9)	83,3 (0,7)
U. Pediátrica (VR)	n	0	8	5
	% (rp)	0 (-0,6)	61,5 (2,3)	38,5 (-1,3)
$\chi^2=19,945$; p=0,003				
<i>Adequação do espaço físico</i>				
U. Geral (VR)	n	0	11	40
	% (rp)	0 (-1,3)	21,6 (-1,1)	78,4 (1,1)
U. Geral (Chaves)	n	4	15	12
	% (rp)	12,9 (2,8)	48,8 (1,9)	38,7 (-1,9)
U. Geral (Lamego)	n	0	3	15
	% (rp)	0 (-0,8)	16,7 (-1,0)	83,3 (0,9)
U. Pediátrica (VR)	n	0	5	8
	% (rp)	0 (-0,7)	38,5 (0,6)	61,5 (-0,2)
$\chi^2=22,159$; p=0,001				

⁽¹⁾ Percentagens em linha; **rp** – residuais padronizados; ⁽²⁾ residuais assinalados a **negrito** apresentam valores absolutos superiores a 1,96

A função de coordenador de turno é exercida por 21 dos respondentes, salientando que na sua grande maioria os coordenadores de turno (76,2%) pertencem ao grupo etário mais velho (≥ 45 anos) e, por inerência (os mesmos 76,2%), são aqueles que possuem mais tempo de serviço (≥ 21 anos) (resultados não apresentados). Talvez decorrente dessa maior experiência e das responsabilidades acrescidas na gestão corrente dos problemas do serviço, os mesmos manifestaram uma satisfação diferente dos não coordenadores de turno em três itens do questionário. A proporção deste subgrupo de profissionais que se mostrou insatisfeita na

apreciação global do STM (38,1%) e com a melhoria da qualidade dos cuidados (38,1%) foi maior que a observada nos não coordenadores (7,6% para ambos os itens). No mesmo sentido, poucos (9,5%) coordenadores de turno se manifestaram muito satisfeitos com o benefício para os utentes, ao contrário dos 15,2% dos não coordenadores.

Quadro 22 - Nível de satisfação em relação ao STM manifestado pelos enfermeiros do SU do CHTMAD em função de ser coordenador de turno ou não (n=113)

Item		Muito satisfeitos	Satisfeitos	Insatisfeito
<i>O seu grau de satisfação global</i>				
Coordenador de turno	n	1	12	8
	% ⁽¹⁾ (rp)	4,8 (-0,7)	57,1 (-1,0)	38,1 (3,1)
Não coordenador de turno	n	10	75	7
	% (rp)	10,9 (0,3)	81,5 (0,5)	7,6 (-1,5)
		$\chi^2=13,946$; p=0,001		
<i>Benefício para os utentes</i>				
Coordenador de turno	n	2	16	3
	% (rp)	9,5 (-0,6)	76,2 (-0,3)	14,3 (2,6)
Não coordenador de turno	n	14	77	1
	% (rp)	15,2 (0,3)	83,7 (0,1)	1,1 (-1,3)
		$\chi^2=8,923$; p=0,012		
<i>Cont. melhoria da qualidade dos cuidados</i>				
Coordenador de turno	n	1	12	8
	% (rp)	4,8 (-1,0)	57,1 (-0,9)	38,1 (3,1)
Não coordenador de turno	n	13	72	7
	% (rp)	14,1 (0,5)	78,3 (0,4)	7,6 (-1,5)
		$\chi^2=14,208$; p=0,001		

⁽¹⁾ Percentagens em linha; **rp** – residuais padronizados; ⁽²⁾ residuais assinalados a **negrito** apresentam valores absolutos superiores a 1,96

O curso de triagem é uma formação concebida para os profissionais que podem vir a participar no processo, em que há uma forte vocação para o entendimento dos princípios subjacentes ao sistema e para a utilização correta dos fluxogramas, que resultam no estabelecimento da prioridade. Quando comparamos o nível de satisfação dos enfermeiros que fizeram ou não o curso de triagem, estes manifestaram em relação aos vários aspetos que constituem o inquérito do GPT, diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os dois grupos para a satisfação global e organização do trabalho. Ainda que nesta comparação nenhum residual absoluto fosse superior a 1,96 (indicando qual a situação com maior contributo para as diferenças encontradas), pela observação dos resultados percebe-se que os enfermeiros que

fizeram o curso de triagem - e que por inerência são também aqueles que efetivamente participam nesse processo - têm avaliações mais variadas, destacando-se 12,2% com uma elevada satisfação global e 16,7% insatisfeitos, enquanto que todos os que não fizeram o curso de triagem se manifestaram satisfeitos. O contributo do STM para a organização do trabalho apresentou uma distribuição de proporções muito semelhante, com os profissionais com curso de triagem a manifestarem-se muito satisfeitos (17,9%) ou insatisfeitos (14,4%), enquanto que os seus pares sem o curso estavam na sua esmagadora maioria simplesmente satisfeitos (95,7%).

Quadro 23 - Nível de satisfação em relação ao STM manifestado pelos enfermeiros do SU do CHTMAD em função de terem ou não realizado o curso de triagem (n=113)

Item		Muito satisfeitos	Satisfeitos	Insatisfeito
<i>O seu grau de satisfação global</i>				
Fez curso de triagem	n	11	64	15
	% ⁽¹⁾ (rp)	12,2 (0,8)	71,1 (-0,6)	16,7 (0,9)
Não fez curso de triagem	n	0	23	0
	% (rp)	0 (-1,5)	100 (1,3)	0 (-1,7)
		n $\chi^2=8,630$; p=0,013		
<i>Organização do seu trabalho</i>				
Fez curso de triagem	n	16	61	13
	% (rp)	17,8 (0,9)	67,8 (-0,6)	14,4 (0,6)
Não fez curso de triagem	n	0	22	1
	% (rp)	0 (-1,8)	95,7 (1,2)	4,3 (-1,1)
		n $\chi^2=7,534$; p=0,023		

⁽¹⁾ Percentagens em linha; **rp** – residuais padronizados; ⁽²⁾ residuais assinalados a **negrito** apresentam valores absolutos superiores a 1,96

Face aos resultados obtidos, a H6 só pode ser aceite parcialmente, pois só a função de coordenador de turno e de ter o curso de triagem influência a satisfação dos enfermeiros. No que se refere à perceção de fiabilidade, nenhum aspeto demográfico ou profissional esteve associado a essa avaliação de fiabilidade.

No que se refere à H7, esta pode ser parcialmente aceite, pois a unidade do SU do CHTMAD onde o enfermeiro trabalha determinou diferenças significativas na avaliação que os profissionais fazem da fiabilidade do sistema e da satisfação, com 11 itens de satisfação avaliados pelo inquérito (O seu grau de satisfação global, Benefício para os utentes, Benefício para os profissionais, Organização do seu serviço, Atendimento segundo a prioridade, Adaptação à realidade do SU, Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente, Contributo para o correto encaminhamento do utente no SU, Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos pela triagem, Conhecimentos dos utentes acerca da triagem e Adequação do espaço físico), existindo uma tendência generalizada para os profissionais de Chaves se encontrarem mais satisfeitos e os de Lamego menos satisfeitos.

8.2.3 - Relação dos itens de satisfação com a aplicação do STM e a fiabilidade e satisfação global

Os enfermeiros do SU do CHTMAD manifestaram, globalmente, uma avaliação positiva da aplicação do STM, assim como uma grande confiança na sua fiabilidade. Assim, quando se correlacionam os itens do inquérito relativos à aplicação do STM e a fiabilidade e satisfação globais, as correlações são todas, como esperado, positivas e significativas, pois todas as respostas foram no mesmo sentido (Quadro 24). Como a fiabilidade e o grau de satisfação global foram questões que reuniram avaliações muito positivas, os coeficientes de correlação mais elevados que determinam a relação com os itens do inquérito também tiveram avaliações mais elevadas. Aliás, pode-se observar que a correlação entre essas duas variáveis é elevada ($r=0,53$, $p<0,001$). A perceção de que o STM é benéfico para os utentes apresenta também elevada correlação com a fiabilidade ($r=0,59$, $p<0,001$) e com a satisfação global ($r=0,56$, $p<0,001$), assim como a satisfação com a organização do trabalho e do serviço, que apresentam coeficientes de correlação da ordem dos 0,50 ou superiores.

Por outro lado, os aspetos da aplicação do STM em que os enfermeiros foram mais críticos, nomeadamente aqueles relacionados com a organização do serviço - adaptação à

realidade do SU, circuitos e encaminhamento dos utentes - apresentaram correlações mais baixas, pois eram aspetos onde já havia uma proporção razoável de enfermeiros insatisfeitos com esses aspetos. As variáveis associadas ao utente (aceitação pelo utente do tempo de espera definido na triagem e conhecimento do mesmo acerca da triagem) e com a adequação do espaço físico foram as que apresentaram menor relação com a fiabilidade e satisfação global, com coeficientes de correlação mais reduzidos. Já o reduzido coeficiente de correlação ($r=0,15$, $p=0,102$) obtido entre o item “atendimento segundo a prioridade” e a satisfação global fica a dever-se ao facto de os enfermeiros terem feito uma avaliação muito positiva desta primeira variável, com proporção maior de muito satisfeitos do que a manifestada na satisfação global.

Quadro 24 - Correlações de Spearman entre os itens do inquérito do GPT e a fiabilidade e satisfação global manifestada pelos enfermeiros do SU do CHTMAD

Item	<i>O processo de triagem é (fiabilidade)</i>	<i>O seu grau de satisfação global</i>
<i>O seu grau de satisfação global</i>	0,53 <0.001	
<i>Benefício para os utentes</i>	0,59 0.001	0,56 <0.001
<i>Benefício para os profissionais</i>	0,47 <0.001	0,51 <0.001
<i>Organização do seu trabalho</i>	0,50 <0.001	0,50 <0.001
<i>Organização do seu serviço</i>	0,50 <0.001	0,57 <0.001
<i>Trabalho em equipa</i>	0,40 <0.001	0,35 <0.001
<i>Atendimento segundo a prioridade</i>	0,40 <0.001	0,15 0,102
<i>Adaptação à realidade do SU</i>	0,38 <0.001	0,35 <0.001
<i>Cont. fluência do circuito do utente</i>	0,42 <0.001	0,26 0,005
<i>Cont. encaminhamento do utente no SU</i>	0,37 <0.001	0,22 0,021
<i>Cont. melhoria da qualidade dos cuidados</i>	0,46 <0.001	0,36 <0.001
<i>Aceitação dos utentes - tempos de espera</i>	0,33 <0.001	0,40 <0.001
<i>Conhecimentos dos utentes - triagem</i>	0,27 0,003	0,36 <0.001
<i>Adequação do espaço físico</i>	0,26 0,006	0,23 0,014

9. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Na secção de discussão, apresenta-se inicialmente uma pequena reflexão sobre as dificuldades e limitações metodológicas encontradas ao longo do presente estudo, e numa segunda parte a discussão dos resultados, tentando enquadrá-los com os resultados obtidos em outros estudos publicados

9.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Na primeira parte do presente trabalho pretendeu-se caracterizar a afluência de utentes ao SU do CHTMAD. Para o efeito, foi utilizado um segmento da base de dados de registo do STM do centro hospitalar, extraindo-se as variáveis autorizadas pela Comissão de Ética.

A plataforma informática de registo do STM inclui informação variada, de carácter pessoal, administrativo e médico. Na análise dos resultados detetou-se que o sistema de registo tem alguns casos omissos e situações de tempos de espera que provavelmente não correspondem à realidade, por serem incompreensivelmente prolongados. No que se refere especificamente aos tempos de espera - que é uma das questões centrais do ST - o sistema regista o tempo de procedimento de triagem entre o início do mesmo (quando o enfermeiro acede informaticamente pelo STM ao nome do utente) e o momento em que se conclui a triagem, a partir do qual a ficha fica disponível no sistema partilhado com a equipa médica (SClínico). Como se discutirá adiante, na secção relativa aos tempos espera por prioridade do STM, existem casos de tempos de espera em situações graves (emergentes e muito urgentes) que são dilatados, pois é dada prioridade à prestação de cuidados em situações com risco de vida eminente e só posteriormente se procede ao registo dos dados informaticamente, o que leva a que esses tempos de espera nem sempre correspondam à realidade. Por outro lado, verificam-se situações em que o processo não é terminado na plataforma por lapso do enfermeiro triador ou em casos excepcionais (por necessidade de atuação em procedimentos emergentes e até ser possível a sua substituição) e ainda em que, apesar do médico ter procedido ao atendimento, não acedeu nem registou atempadamente na plataforma informática, conduzindo a que o tempo de espera seja aumentado artificialmente. Por último, a inoperacionalidade temporária do sistema informático - que ocorre com alguma frequência - e

a coexistência de um processo alternativo em suporte papel contribuem também para algumas das situações de exceção detetadas, dado que só mais tarde estes registos serão transcritos para o sistema informático.

Na segunda parte do trabalho, recorreu-se ao inquérito de satisfação relativo ao STM, produzido pelo GPT, para avaliar a perceção de fiabilidade e satisfação que os enfermeiros dos SU do CHTMAD têm acerca do STM. A adesão ao inquérito foi de 77%, sendo que responderam voluntariamente ao mesmo os enfermeiros que se encontravam ao serviço na data da aplicação deste. Da nossa interação com os respondentes apercebemo-nos que o inquérito tem duas questões que suscitaram dúvidas quanto à sua interpretação.

- “Em formação” - não se revela clareza relativamente à tipologia de formação (curso STM; especialidade, outro);

- “No serviço desde o início da triagem” - não é igualmente claro se a questão se refere ao momento em que foi implementado o STM ou se quando o profissional iniciou funções no SU já existia este ST.

Dada a ambiguidade associada a estas duas variáveis, estas não foram consideradas para efeitos de análise de dados.

9.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O estudo empírico realizado no presente trabalho é constituído por duas partes distintas, sendo que a discussão de resultados se encontra organizada em duas secções. Na primeira secção caracteriza-se a afluência ao SU do CHTMAD e na segunda procede-se à discussão dos resultados referentes à perceção de fiabilidade e satisfação dos enfermeiros com o STM.

9.2.1 - Afluência ao SU do CHTMAD

Afluência geral e nas diferentes unidades do Centro Hospitalar

Os SU são unidades complexas dos serviços de saúde, pois foram concebidas para atender a casos urgentes de doença ou trauma, não compatíveis com o baixo nível de especialização dos CSP ou com o tipo de organização dos serviços especializados a nível

hospitalar (Christ et al., 2010; Lidal, Holte, & Vist, 2013). Porém, devido a uma grande diversidade de fatores, há uma afluência crescente de casos que não são verdadeiramente urgentes aos SU. De entre esses fatores salientam-se a dificuldade no acesso aos serviços de saúde primários por incapacidade de resposta ou horário de funcionamento limitado e ainda os relacionados com a perceção que o utente tem da qualidade dos serviços devido à segurança transmitida pela existência de recursos diferenciados, tais como médicos especialistas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, não disponíveis nos serviços de saúde primários (Azeredo et al., 2015; Schmiedhofer, Mockel, Slagman, Frick, Ruhla, & Searle, 2016). Neste contexto, os SU tendencialmente registam uma afluência muito elevada, sendo que os casos efetivamente emergentes e muito urgentes, embora atendidos prioritariamente, partilham recursos com outros casos não urgentes cujos utentes poderiam ser observados noutra valência menos diferenciada do SNS. Constatou-se que nos SU do CHTMAD, em 2017, foi registada uma afluência de quase 180 mil utentes.

Os momentos de maior afluência registados nos meses de Inverno – janeiro e dezembro - consideram-se expectáveis, devido à ocorrência de várias patologias respiratórias, coincidentes com o pico de gripe sazonal. Esta análise vai de encontro aos dados de vigilância epidemiológica (ARS Norte, 2019), uma vez que em 2016/2017 e 2017/2018 o pico foi atingido na segunda e quinquagésima semana de 2017.

Relativamente à elevada afluência durante o mês de agosto e por este ser um mês em que predominantemente se observa o gozo de férias, poderá estar relacionada com um aumento demográfico de utentes emigrados. Esta tendência é confirmada com dados constantes no Relatório do Observatório Económico e Social de Trás-os-Montes (2019) - que sintetiza informação estatística da região - que aponta para um aumento assinalável da emigração entre 2008 e 2015 devido à recessão económica que o país atravessou. Outro fator que poderá condicionar o maior recurso ao SU em agosto poderá ser a crescente procura turística observada na região duriense, sendo que em 2017 Portugal recebeu mais cerca de 84 milhões de turistas face a 2016 (INE, 2018).

O CHTMAD é constituído por três unidades hospitalares: a central em Vila Real (urgência polivalente - geral, obstétrica e pediátrica) e duas periféricas: uma em Lamego (urgência básica) e outra em Chaves (urgência médico-cirúrgica e pediátrica).

Genericamente observou-se que o número de casos atendidos, quer na urgência geral quer na pediátrica, são coerentes com a dimensão populacional dos territórios que abrange, com um claro destaque para Vila Real com um número muito mais elevado. No final de 2017 e

segundo dados da Pordata (2019) a região do Douro - aproximadamente a área de abrangência dos hospitais de Vila Real e Lamego - registava uma população residente de 192.046 habitantes, enquanto que a população do Alto Tâmega – área de abrangência do hospital de Chaves tinha menos de metade dos residentes (87.157). A grande afluência ao hospital de Vila Real pode igualmente dever-se ao nível de especialização deste hospital central, visto que este dispõe de um maior número de valências e recursos imprescindíveis em situações mais complexas do que os hospitais de Chaves ou de Lamego, motivo pelo qual muitos utentes residentes em zonas de abrangência dos outros dois hospitais acabem por ser encaminhados para Vila Real.

Caracterização do Utente do CHTMAD

Em 2017 o n.º de utentes do sexo feminino que recorreu aos SU do CHTMAD foi ligeiramente superior ao do sexo masculino. Este facto poderá ficar a dever-se à estrutura demográfica da população, uma vez que nos últimos censos realizados em Portugal em 2011, o índice de masculinidade (número de homens por cada 100 mulheres) era de 91,5 e as regiões do Douro e do Alto Tâmega apresentavam valores da mesma ordem de grandeza (Pordata, 2019). Em trabalhos publicados sobre ST, é variável a proporção de utentes em ambos os géneros. Em hospitais brasileiros (Rezende, Ercole, Mattos, & Donoso, 2016; Hinson et al., 2018) e suecos (Burstrom et al., 2012) foram realizados trabalhos onde se observou também uma maior proporção de utentes do género feminino, sendo que nos brasileiros há uma diferença consideravelmente maior do que a observada no presente trabalho, de cerca de 20%. Em hospitais europeus, na Suécia (Elshove-Bolk, Mencl, Simons, Rijswijck, & Vugt, 2007) e na Suíça (Steiner et al., 2016) registou-se uma maior proporção de homens.

A idade dos utentes corresponde à expectável pois o crescente envelhecimento da população portuguesa justifica o elevado n.º de utentes idosos. Em 2017 havia 153,2 idosos por cada 100 jovens quando essa taxa era de 102,2 em 2001 e de apenas 68,1 em 1991. Também a baixa proporção de utentes lactentes e toddlers e pré-escolares pode ser explicada por fenómenos demográficos. Para além de ser naturalmente um subgrupo mais pequeno, por ser limitado por um intervalo de idades mais estreito que nos outros grupos, estas crianças nasceram num período de recessão económica, com registo das taxas de natalidade mais baixas de sempre em Portugal (7,9 nascimentos por mil habitantes em 2013 e 2014) (Pordata, 2019). A distribuição de utentes do sexo feminino e masculino pelos diferentes grupos etários decorre da maior proporção de mulheres na população, contudo essa diferença é ainda agravada nos idosos, pois neste grupo etário a esperança média de vida das mulheres é superior à dos homens. Em 2016 as mulheres de 65 anos tinham uma esperança média de vida de 20,8 anos, enquanto que a dos homens era somente de 17,6 anos (Pordata, 2019). Nas duas faixas etárias mais baixas, observa-se uma maior proporção de rapazes. Essa tendência foi também observada por Rafael, Portela, Sousa e Fernandes (2017) num SU português no Barreiro e por Zachariasse et al. (2016) num SU de um hospital pediátrico na Holanda.

Motivo de recurso ao SU do CHTMAD

Os motivos registados administrativamente aquando da admissão dos utentes que recorrem ao SU são variados, sendo que a maioria das situações fica a dever-se a doença, com cerca de 83%, logo seguida de acidentes, quedas e intoxicações. No que concerne ao sexo feminino, as queixas mais frequentes são por doença ou queda e no sexo masculino por intoxicação, acidentes e agressão. Se na faixa etária mais elevada a maior procura do SU por parte das mulheres poderá dever-se a uma questão demográfica (pela existência de maior n.º de idosas do que idosos), já a maior proporção de utentes do sexo masculino jovens poderá estar associada a atividades de cariz desportivo e lúdico praticadas por estes (McQuillan & Campbell, 2006). Já os homens adultos têm profissões onde o risco de acidente de trabalho é maior. Assim, Berkhout e Damen (2016) apontam para uma proporção de 4:2 nos acidentes de trabalho verificados entre homens ou mulheres. Os casos de intoxicação incluem embriaguez e sobredosagem medicamentosa ou tóxica e exposição a químicos, nomeadamente os utilizados na agricultura (herbicidas e pesticidas). Quanto aos casos de embriaguez, verifica-se uma maior tendência de consumo de álcool no sexo masculino, com consumos médios anuais de mais do dobro em relação ao do sexo feminino (SICAD, 2015). Também nos casos de intoxicação por químicos utilizados em agricultura, há registo de uma maior ocorrência em homens. Rodrigues, Sá e Moura (2011) observaram que dos utentes atendidos em oito hospitais portugueses, 61,3% das intoxicações por pesticidas ocorreram em homens. A intoxicação intencional foi a mais prevalente, correspondente a 85,5% dos internamentos. Curiosamente o CHTMAD integrou este estudo e foi aquele onde a proporção de casos de intoxicação por pesticidas foi maior.

No presente estudo o motivo de procura dos SU foi influenciado pelos grupos etários. A maior ocorrência de quedas em idosos era expectável, já que é um dos grupos etários mais propensos a problemas de locomoção e acuidade visual, entre outros, e em que a gravidade das consequências é maior (Moreira, Costa, Felipe, & Caldas, 2007). Um outro aspeto que merece destaque é a mais elevada ocorrência de acidentes em jovens adultos, sendo esta a principal causa que leva este escalão etário ao SU. Segundo Chawda, Hildebrand, Pape, e Giannoudis (2004) o trauma é a principal causa de morte entre jovens adultos e adolescentes.

Os motivos específicos de procura dos SU, já detalhados de acordo com os fluxogramas do STM, revelam que a maioria dos casos estão relacionados com problemas nos membros que podem incluir traumatismos e patologias osteoarticulares, entre outros. A indisposição no adulto, dispneia, dor abdominal, lombar ou torácica são também outros dos fluxogramas mais

prevalentes. No mesmo sentido dos resultados do presente trabalho, Rezende et al. (2016) observaram que a maioria dos utentes atendidos no SU de um hospital de Brasília tinham queixas ao nível do sistema locomotor, gastrointestinal e respiratório. A dor (à exceção da torácica) foi registada em 25% das situações analisadas por Steiner et al. (2016) num estudo de performance do STM num hospital na Suíça. Num estudo de Leite et al. (2015) realizado em Portugal demonstrou-se também que os utentes que são triados com dor torácica severa (fluxograma da dor torácica) são corretamente priorizados pelo STM, sendo possível acionar de imediato os procedimentos adequados para atender a eventos cardíacos adversos major.

Prioridades estabelecidas pelo STM e tempos de espera

A triagem é uma atividade fulcral num SU, permitindo priorizar o atendimento por gravidade da situação. Pretende-se assim otimizar o tempo de espera dos utentes de acordo com a severidade da sua condição clínica, visando tratar tão rapidamente quanto possível os casos mais graves e reduzir o impacto negativo que a espera prolongada poderia ter no prognóstico da situação (Farrohknia et al., 2011). Para evitar prolongar os tempos de espera até ao atendimento médico, o GPT aponta como tempo ideal para executar o processo de triagem três minutos. No CHTMAD esta meta foi cumprida em cerca de dois terços dos casos triados, sendo a performance ligeiramente menor nos serviços de pediatria devido à dificuldade em avaliar alguns sintomas na criança, dadas as suas limitações no discurso assim como a dificuldade em gerir a ansiedade e expectativas dos pais (Burokiene et al., 2017).

Mais de metade dos casos triados no CHTMAD foram considerados urgentes. As duas situações de maior prioridade não chegaram a 11% e os pouco urgentes foram cerca de um quarto dos casos triados. Esta distribuição com uma forte tendência central para os casos urgentes é relatada em vários trabalhos que se debruçam sobre estas temáticas, quer usando o STM quer usando outros sistemas que têm uma lógica de priorização semelhante (Azeredo et al., 2015; Hinson et al., 2018). Ainda que no presente trabalho a concordância entre a prioridade estabelecida pelo STM e a gravidade da situação clínica não tenha sido demonstrada, de acordo com a tendência que é reportada na literatura (Steiner et al., 2016), os casos muito urgentes e urgentes são os que mais comumente estão sujeitos a fenómenos de “supertriagem” pelo que se poderá admitir que no CHTMAD essa tendência também exista.

Os casos pouco urgentes triados no CHTMAD correspondem maioritariamente a utentes com idade pediátrica (recém-nascidos e lactentes e *toddlers* e pré-escolares) e idosos. Nos primeiros, a ansiedade dos pais ou a impossibilidade de procurar cuidados médicos durante o horário de funcionamento dos CSP por questões laborais podem justificar esta triagem (Matsumura, Ohshige, Tsuchida, Mizushima, & Tochikubo, 2007; Burokiene et al., 2017). Nos idosos, estas idas ao SU podem também estar relacionadas com a conveniência de horário dos cuidadores, com a dificuldade de serem atendidos por um clínico geral nos CSP (por número insuficiente de consultas), com a convicção de um melhor atendimento num SU ou com o encaminhamento feito por um clínico dos cuidados primários em casos de suspeita da necessidade de exames complementares de diagnóstico e terapêutica ou cuidados médicos diferenciados (Schmiedhofer et al., 2016).

No CHTMAD os tempos de espera para os três níveis de prioridade mais elevados são, em termos médios, mais prolongados que o recomendável. No mesmo sentido, existem nessas categorias de prioridade mais utentes atendidos com tempo alvo excedido. Isso pode acontecer por várias ordens de razões: em situações em que o utente corre risco de vida iminente – as emergentes – onde é necessário priorizar a atuação dos profissionais de saúde para cuidados emergentes, relegando-se para segundo plano o registo dos dados no sistema. Em outras situações, em que os tempos de espera são abusivamente longos, haverá também algum enviesamento decorrente da incorreta utilização da plataforma informática de registo. Pode tratar-se de utentes que entram diretamente para algumas especialidades e em que não é feito o registo atempado na plataforma. A título de exemplo pode equacionar-se o caso de uma grávida. Essa mulher ao dar entrada no hospital pelo SU – dando-se início ao procedimento administrativo com a abertura de ficha e seguidamente ao procedimento de triagem, posteriormente é encaminhada ou transportada internamente para o bloco de partos (serviço este fisicamente separado do SU e demorando em média entre 5 a 10 min neste trajeto). Aquando da entrada no bloco de partos, iniciam-se os cuidados à utente, por parte dos profissionais de enfermagem especialistas em saúde materna e obstétrica e por parte da equipa médica obstétrica, cuidados esses que se podem estender até à conclusão do parto, incluindo os cuidados subsequentes. Se os médicos obstetras de serviço estiveram concomitantemente ocupados – por exemplo numa cesariana no bloco operatório, a ficha da utente continua aberta e o tempo de espera continua a ser contabilizado no sistema informático. Este tempo só termina quando o médico obstetra regressa ao bloco de parto e oportunamente procede aos registos informáticos. Situações da mesma natureza podem acontecer com algumas especialidades que

não têm médico em permanência no SU, como a oftalmologia e otorrinolaringologia, serviços que se encontram deslocalizados do espaço físico do SU. Nesses casos, o utente é encaminhado para esses serviços para poderem ser observados pelas especialidades supramencionadas, sendo que em situações excecionais estas equipas médicas deslocam-se também ao SU, o que incrementa os tempos de espera.

Outra situação que também contribui para esta dispersão de tempos de espera é o facto de ainda ser possível o registo em suporte de papel, uma vez que o sistema informático é passível de falhas, pelo que o CHTMAD mantém um sistema de resgate de informação baseado neste suporte. Pontualmente, o médico poderá atender o utente, com base no seu registo em formato papel, e só à posteriori é que esses registos são incluídos na plataforma informática.

A literatura é vastamente omissa no que respeita à questão dos tempos de espera reais para cada categoria do STM, quer nos autores consultados previamente citados, quer em artigos de revisão, revisão sistemática e meta-análises (FitzGerald et al., 2010; Farrohknia et al., 2011; Oredsson et al., 2011; Azeredo et al., 2015), ou seja, não há referência aos tempos reais, havendo sistematicamente uma grande preocupação com a concordância entre a prioridade da triagem e a gravidade da situação. Burstrom et al. (2012) num estudo em que refletem sobre a eficiência e qualidade da triagem feita por enfermeiros ou por médicos, apontam para tempos de permanência no SU (desde a sua admissão até à saída) na ordem dos 158 minutos, quando a triagem é feita por um médico, que é menor que quando realizada por um enfermeiro e encaminhado para um médico especializado em emergência (243 minutos) ou realizada por um enfermeiro e encaminhada para um médico não especializado (197 minutos). Esta perspetiva apresentada por estes autores não tem em consideração os custos do sistema (Graff et al., 2016).

9.2.2 - Perceção de fiabilidade e satisfação dos enfermeiros com o STM

A perceção que os profissionais de enfermagem têm da fiabilidade do sistema, assim com da sua satisfação com a sua utilização foi avaliada através do inquérito produzido pelo GPT. A maioria dos enfermeiros (92%) considera o STM fiável, o que vai de encontro aos resultados publicados por Forsgren et al. (2009) e Sánchez-Bermejo (2015) que integra enfermeiros suecos e espanhóis, respetivamente, e em que a confiança dos profissionais no ST – não necessariamente no de Manchester - é elevada.

A formação em triagem é um fator determinante para a segurança da atividade e qualidade da priorização feita pelos profissionais (Aloyce et al., 2014, Wolf et al., 2018). Dos enfermeiros dos SU do CHTMAD cerca de 80% fizeram formação específica sobre o STM. Essa proporção é semelhante à observada em Espanha, num estudo que envolveu 161 hospitais e 833 enfermeiros (Sánchez-Bermejo, 2015), em que a proporção destes profissionais com formação era de 77,2%. Relativamente aos enfermeiros do CHTMAD que fizeram o curso de formação do STM, a grande maioria estava satisfeito com a adequação da formação, segurança na aplicação da triagem tendo em consideração a fundamentação teórica e com a sequenciação das entrevistas.

A satisfação com a aplicação do STM foi analisada através do inquérito produzido pelo GPT, com base nos 14 itens. Globalmente observou-se que níveis de satisfação elevada. Resultados também nesse sentido foram observados por Almeida et al. (2013) com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) do hospital de Santo António, no Porto. Também no estudo suprarreferido de Sánchez-Bermejo (2015), se denota que os enfermeiros espanhóis que fazem triagem estão satisfeitos com a sua aplicação, e, tal como os enfermeiros participantes no presente estudo, consideram que é um sistema benéfico para o paciente e para o atendimento de acordo com a prioridade estabelecida. Esta satisfação e confiança no STM decorre provavelmente do facto do trabalho realizado de acordo com os protocolos e orientações claras - como são os algoritmos do STM - ser consideradas como uma importante estratégia que confere segurança e confiança aos profissionais de enfermagem que trabalham no SU e executam triagem (Vatnoy et al., 2013).

Um dos aspetos relacionados com o STM que demonstraram que os enfermeiros se encontravam mais insatisfeitos foram os relacionados com o espaço físico e organização do SU. Falconer et al. (2018) referem que a funcionalidade de um SU é um fator importante para melhorar o atendimento e reduzir tempos de espera intermédios, que representam custos potencialmente desnecessários para o sistema e prejudicam a interação profissional de saúde com o utente.

A não aceitação dos tempos de espera por parte dos utentes, bem como o conhecimento que os utentes têm sobre o ST, foi também um aspeto em que os enfermeiros demonstraram alguma insatisfação.

Os SU são unidades do sistema de saúde onde se verifica, quase sempre, uma elevada afluência, devido a situações de doença que deixam os utentes ansiosos e os profissionais, que pela natureza da sua profissão/serviço, revelam cansaço (Nailon et al., 2015; Morins & Sousa,

2017). A interação próxima do enfermeiro com utentes ansiosos, muitas vezes com um fraco conhecimento sobre triagem, origina que esse seja um dos principais motivos de insatisfação. Na perspetiva do utente o tempo de espera até ser observado por um médico é determinante na sua satisfação com o atendimento (Tranberg et al., 2018). Macedo e D’Innocenzo, (2017) observaram que o tempo de espera foi considerado insatisfatório por 66% dos acompanhantes de crianças num SU pediátrico em São Paulo, Brasil. Por outro lado, há utentes conhecedores dos SU que tentam manipular o enfermeiro triador, agudizando os sintomas que não têm para tentar conseguir um nível de prioridade superior àquele que na realidade necessitam (Diogo, 2007). Em algumas unidades do CHTMAD, em caso de insatisfação com os tempos de espera (muitas vezes independentemente da prioridade do utente), como o enfermeiro da triagem é o único profissional de saúde com que este interagiu desde que entrou no SU, é a ele que se dirige para pedir informações adicionais ou simplesmente manifestar o seu desagrado com o tempo de espera. Para tentar melhorar a compreensão dos acompanhantes dos utentes de pediatria, Reid et al. (2017) desenvolveram uma estratégia de ensino, consistindo no visionamento de uma apresentação multimédia, na sala de espera, para explicar aos acompanhantes os motivos da espera e das diferentes prioridades e alguns conhecimentos básicos sobre saúde infantil. Após essa simples intervenção os acompanhantes estavam mais assertivos no que se refere à espera e prioridades estabelecida.

No presente estudo observou-se uma tendência de (in)satisfação similar nos itens relacionados com a adequação do espaço físico e naqueles relacionados com a interação do enfermeiro com o utente. No SU de Vila Real, o gabinete de triagem é muito acessível ao utente após realizar o procedimento de triagem, pelo que é muito fácil retroceder depois de triado e voltar a dirigir-se ao enfermeiro, interrompendo inclusive, por vezes, entrevistas triagem com outro utente, o que dificulta o trabalho do enfermeiro triador devido às sistemáticas interrupções e solicitações para prestar informações que já não são da sua responsabilidade, uma vez que o tempo de espera para o atendimento médico já não depende de si. Almeida et al. (2013) observaram que cerca de 70% dos utentes não se considera esclarecido sobre o ST, e que quando são esclarecidos a sua satisfação e aceitação de tempos de espera melhora consideravelmente.

A responsabilidade da coordenação de turno e a formação específica em triagem manifesta-se no presente trabalho por uma menor satisfação com alguns aspetos do STM. Essa tendência das chefias estarem menos satisfeitas também foi observada por Almeida et al. (2013), no hospital de Santo António no Porto, o que reflete a importância da experiência e da

formação no nível de exigência com a qualidade do trabalho executado pela equipa de enfermagem (Forsgren et al., 2009).

Em síntese, a perceção geral dos enfermeiros do CHTMAD sobre o STM é satisfatória, o que se coaduna com a opinião geral dos enfermeiros que trabalham com sistemas estruturados de triagem.

10. CONCLUSÕES

O SU do CHTMAD engloba três hospitais, Vila Real, Chaves e Lamego, e seis SU - em Vila Real uma urgência geral, uma pediátrica e uma obstétrica, em Chaves uma geral e uma pediátrica e em Lamego somente uma urgência geral. A afluência ao serviço, como um todo, é elevada, tendo atingido no ano de 2017 quase 180.000 casos. A distribuição dos utentes pelas diferentes unidades é determinada pela densidade populacional das regiões que cada um dos hospitais abrange. As características demográficas dos utentes desse SU são o reflexo da estrutura demográfica da população, com um predomínio de mulheres e uma grande percentagem de idosos. Observou-se que os motivos de procura do SU são determinados na esmagadora maioria dos casos por doença. Porém, há algumas variações nos motivos que determinam a procura em função do sexo e da idade dos utentes. Alguns dos aspetos que se destacaram foi o facto das quedas serem um motivo de procura predominantemente por idosos, e dos acidentes por utentes mais jovens, adolescente e adultos.

Face à recomendação do GPT de realizar a triagem no tempo alvo de 3 minutos, observou-se que nem sempre foi possível cumprir essa meta, tendo-se observado que quase um terço dos episódios de triagem ultrapassou esse tempo.

O tempo de espera para o atendimento médico após a triagem é uma das principais preocupações de um SU, e do STM em particular. No presente estudo observou-se que para todas as categorias de prioridade existem tempo de espera registados mais longos do que o tempo alvo recomendado. Essa situação tem maior incidência nas duas categorias mais graves - emergente e muito urgente, onde se detetou uma maior proporção de situações de incumprimento - tendo em consideração os tempos registados. Há, porém, aspetos que não são quantificáveis ou tão pouco detetáveis através da análise de dados, mas que a nossa experiência profissional no SU permite apontar. Os tempos de espera apresentados no presente estudo decorrem exclusivamente dos registos na plataforma informática, pelo que todas as situações que são atendidas antes do registo - como por exemplo utentes em risco iminente de vida - o tempo registado pode ser abusivo, ainda na que realidade o utente tenha sido atendido muito antes. Estas situações de exceção, que também podem envolver registos associados a fichas de utentes em papel, ou a acessos a serviços especializados, causa algum enviesamento nos tempos de espera apresentados no presente estudo, sendo que a nossa perspectiva da prática é de que as situações de esperas muito longas nem sempre são reais.

Nas categorias de urgente ou de menor gravidade, o nível de cumprimento é muito maior, sugerindo que, como é um processo habitual, que não exige cuidados imediatos ao utente, há uma maior concordância entre os tempos de atendimento previstos e os reais.

O enfermeiro é o profissional de saúde que em Portugal realiza o processo de triagem. Pela sua prática com o sistema, e porque é o profissional que tem um contacto mais direto com o utente, é um elemento importante para avaliar o STM. O GPT, ciente dessa importância concebeu um inquérito de satisfação com o STM, que inclui vários aspetos da triagem, desde a sua influência no atendimento adequado ao utente, o seu correto encaminhamento, e as suas perceções sobre o STM, até questões de organização do trabalho e adequação do serviço à sua aplicação. Os 90 enfermeiros que fizeram o curso em STM estão globalmente satisfeitos com a formação. Os 113 enfermeiros que constituíram a amostra total que serviu de base à segunda parte do presente estudo empírico mostraram-se globalmente satisfeitos com o STM, e têm nele uma grande confiança, revelada pela elevada fiabilidade manifestada, e pela perceção que têm de que este é benéfico para o utente - quer no sentido da priorização dos casos mais graves, quer no correto encaminhamento. Os aspetos avaliados com menor insatisfação foram os relacionados com as instalações e com a perceção que o utente tem do STM. Observou-se uma diferença assinalável na satisfação dos enfermeiros em função da unidade do SU onde trabalham (Vila Real - Adultos/Pediátrica, Chaves e Lamego), havendo genericamente uma maior satisfação com vários aspetos dos enfermeiros que trabalham em Chaves e menor satisfação dos enfermeiros de Lamego. A organização funcional do serviço e a afluência poderão ter contribuído para essa diferente satisfação dos profissionais. O presente estudo não permitiu determinar com rigor quais os motivos para a menor satisfação dos enfermeiros, particularmente relacionadas com o local onde trabalham. É, porém, perceptível nos resultados que há uma associação entre as características estruturais do serviço e a perceção do utente sobre o STM com a (in)satisfação dos enfermeiros. Estes resultados apontam para que deveria ser feita uma reflexão sobre os potenciais obstáculos que existem estruturalmente nos (em alguns) serviços - como a acessibilidade de utentes já triados demasiadamente fácil ao gabinete de triagem - assim como investir na informação ao utente acerca da triagem, com a finalidade de reduzir os níveis de ansiedade que habitualmente estão presentes no utente durante a espera, e que frequentemente são direcionados para o enfermeiro, ou especificamente para aquele que está a fazer triagem.

Da revisão da literatura e da análise dos resultados do presente estudo só se pode inferir que o STM é excelente instrumento de trabalho num SU, tratando-se de um instrumento

sistemático, dinâmico e adaptável. Existem pequenas melhorias que podem ser feitas nos SU, nomeadamente ao nível da informação prestada aos utentes, na organização estrutural e melhoria dos circuitos dos utentes, por forma a otimizar a aplicação do STM e melhorar a qualidade dos serviços, quer na perspetiva dos utentes, quer na dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Norte, I.P, (2019). Acedido em: <http://www.arsnorte.min-saude.pt>
- Advanced Life Support Group (1995) Triage, Major Incident Medical Management and Support, British Medical Journal Publishing Group, 113-123.
- Albino, R. M., Grosseman, S. & Riggenbach, V. (2007). Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36 (4), 70-75.
- Almeida, P., Campelo, J., Figueiredo, A., Gonçalves, L., Guedes, A., Guimarães, N.,... Soares, M. (2013). Inquéritos de satisfação: triagem de Manchester no Hospital de Santo António. 5as. Jornadas de iniciação à investigação clínica. Centro Hospitalar do Porto, 28 de junho. Poster 4.
- Aloyce, R., Leshabari, S., & Brysiewicz, P. (2014). Assessment of knowledge and skills of triage amongst nurses working in the emergency centres in Dar es Salaam, Tanzania. *African Journal of Emergency Medicine*, 4(1), 14–18.
- Azeredo, T. R. M., Guedes, H.G., Almeida, R.A.R., Chianca, T.C.M. & Martins, J.C.A. (2015). Efficacy of the Manchester Triage System: A Systematic Review. *International Emergency Nursing* 23(2), 47–52.
- Becker, J. B., Lopes, M. C. B. T., Pinto, M. F., Campanharo, C. R. V., Barbosa, D. A. & Batista, R. E. A. (2015). Triagem no serviço de emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (5), 783-789.
- Berkhout, P. H. G., & Damen, M. (2016). Estimating individual occupational risk using registration data. *Safety Science*, 82, 95–102.
- Borges, T. I. P. R. (2012). *Análise de Satisfação com o Sistema de Triagem no Serviço de Urgência*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto, Porto.
- Burokienė, S., Raistenskis, J., Burokaitė, E., Čerkauskienė, R. & Usonis, V. (2017). Factors Determining Parents' Decisions to Bring Their Children to the Pediatric Emergency Department for a Minor Illness. *Medical Science Monitor*, 23, 4141-4148.
- Burström, L., Nordberg, M., Ornung, G., & Castrén, M. (2012). Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20(1), 1–10.
- Castner, J. (2011). Emergency Department Triage: What Data are Nurses Collecting? *Journal of Emergency Nursing*, 37(4), 417–422.

- Chawda, M. N., Hildebrand, F., Pape, H. C., & Giannoudis, P. V. (2004). Predicting outcome after multiple trauma: Which scoring system? *Injury*, 35(4), 347–358.
- Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Deutsches Arzteblatt International*, 107(50), 892–898.
- Coutinho, A. A., Cecílio, L. C., & Mota, J. A. (2012). Classificação do risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triage de Manchester. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22 (2), 188-198.
- Creswell, John W. (2010). Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto; Tradução Magda Lopes. - 3 ed. - Porto Alegre: *Artmed*, p. 296.
- Cronin, J. G. (2003). The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. *Accident and Emergency Nursing*, 11(2), 121-125.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro de 1996. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A: 2959 - 2962.
- Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril de 1998. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A: 1739 - 1757.
- Despacho nº 10319/2014. de 11 de agosto. *Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)*. Diário da República, 153/2014, Série II: 20673 - 20678.
- Despacho nº 1057/2015 de 20 de fevereiro. *Estabelece disposições no âmbito do Sistema de Triage de Manchester (MTS)*. Diário da República, 22/2015, Série II: 3039 - 3039.
- Despacho nº 17736/2006 de 31 de agosto. *Cria a comissão técnica de apoio ao processo de requalificação da rede de urgência geral*. Diário da República n.º 168/2006, Série II: 17179 – 17180.
- Despacho nº 18459/2006 de 12 de setembro de 2006. *Aprova a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência e a criação de unidades básicas de urgência (UBU)*. Diário da República n.º 176/2006, Série II: 18611 – 18612.
- Despacho nº 19124/2005 de 17 de agosto 2005). *Determina-se o prazo para os hospitais do Serviço Nacional de Saúde implementarem um protocolo de triagem de prioridades*. Diário da República nº 169/2005, Série II: 12834 – 12834.
- Despacho nº 4835-A/2016 de 8 de abril. *Determina que as instituições hospitalares integradas no SNS (...) devem dar prioridade ao atendimento d referenciados através dos Cuidados de Saúde Primários ou do Centro de Atendimento do SNS (linha Saúde 24)*. Diário da República n.º 69/2016, 1º Suplemento, Série II: 11816-(2) a 11816-(2).
- Diogo, C.S. (2007) *Impacto da relação cidadão - Sistema de Triage de Manchester na requalificação das urgências do SNS*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Autor.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2011). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde in Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Autor.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2005). *Sistemas de Informação – urgências hospitalares*. Circular Normativa nº 1/2005 IGIF/DSI. Lisboa: Autor.
- Dunkel, C. S., & Harbke, C. (2017). A Review of Measures of Erikson’s Stages of Psychosocial Development: Evidence for a General Factor. *Journal of Adult Development*, 24(1), 58–76.
- Elshove-Bolk, J., Mencl, F., Simons, M. P., van Rijswijck, B. T. F., & van Vugt, A. B. (2007). Validation of the Emergency Severity Index (ESI) in self-referred patients in a European emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 24(3), 170–174.
- Falconer, S. S., Karuppan, C. M., Kiehne, E., & Rama, S. (2018). ED Triage Process Improvement: Timely Vital Signs for Less Acute Patients. *Journal of Emergency Nursing*, 44(6), 589–597.
- Farrohknia, N., Castren, M., Ehrenberg, A., Lind, L., Oredsson, S., Jonsson, H., & Asplund, K. (2011). Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 42.
- FitzGerald, G., Jelinek, G.A., Scott, D., & Gerdtz, M.F. (2010). Emergency department triage revisited Gerard. *Emergency Medical Journal*, 27,86-92.
- Forsgren, S., Forsman, B., & Carlstrom, E. D. (2009). Working with Manchester triage - Job satisfaction in nursing. *International Emergency Nursing*, 17(4), 226–232.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª Edição Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Funderburke, P. (2008). Exploring best practice for triage. *Journal of Emergency Nursing*, 34(2), 180-182.
- Gomes, C. F. P. (2008). *Contato com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência: Satisfação do Utente*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa. Ponte de Lima.

- Goransson, K.E., Ehnfors M., Fonteyn, M.E., & Ehrenberg, A. (2008). Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced Nursing* 61(2), 163-172.
- Gouin, S., Gravel, J., Amre, D. K., & Bergeron, S. (2005). Evaluation of the Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale in a pediatric ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 23(3), 243-247.
- Graff, I., Goldschmidt, B., Glien, P., Klockner, S., Erdfelder, F., Schiefer, J. L., & Grigutsch, D. (2016). Nurse staffing calculation in the emergency department - Performance-oriented calculation based on the Manchester Triage System at the University Hospital Bonn. *PLOS ONE*, 11(5), 1–11.
- Grupo Português de Triagem (2009). Critérios para a atribuição da cor branca na Triagem. Reunião GPT, 25 de março de 2009.
- Grupo Português de Triagem (GPT) (2005) - Resultados da Classificação Branca. Encontro Nacional de Hospitais, Amadora Sintra, 15 de dezembro 2005.
- Grupo Português de Triagem [GPT] (2010). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando*. 2ª ed. Lisboa: Autor.
- Grupo Português de Triagem [GPT] (2019). Acedido em: <http://www.grupoportuguestriagem.pt>.
- Guerra, J. (2001) Entrevista, *Radiografia*, 17-20.
- Hinson, J. S., Martinez, D. A., Schmitz, P. S. K., Toerper, M., Radu, D., Scheulen, J., ... Levin, S. (2018). Accuracy of emergency department triage using the Emergency Severity Index and independent predictors of under-triage and over-triage in Brazil: a retrospective cohort analysis. *International Journal of Emergency Medicine*, 11(1).
- INE [Instituto Nacional de Estatística] (2016). Estatísticas de saúde -2016. INE, I.P., Lisboa.
- INE [Instituto Nacional de Estatística] (2018). Estatísticas de Turismo 2017. INE, I.P., Lisboa.
- Iserson, K. V., & Moskop, J. C., (2007). Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3): 275-281.
- Kennedy, K., Aghababian, R.V., Gans, L. & Lewis, C.P., (1996). Triage: Techniques and Applications in Decision making. *Annals of Emergency Medicine*, 28(2),136-44.
- Lakatos, E.M.; Marconi, M.A. (1991). Metodologia Científica. 2.ed. São Paulo. Editora Atlas S.A., p. 172.
- Leite, L., Baptista, R., Leitão, J., Cochicho, J., Breda, F., Elvas, L., ... Costa, J. N. (2015). Chest pain in the emergency department : risk stratification with Manchester triage system and HEART score. *BMC Cardiovascular Disorders*, 15(48), 1–7.

- Lidal, B., Holte, H. H., & Vist, G. E. (2013). Triage systems for pre-hospital emergency medical services? a systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 21 (28), 1-6
- Macedo, G.P. & D’Innocenzo, M. (2017). Satisfaction of quality of care in a Pediatric Emergency Room. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(6), 635-643.
- Machado, H. (2008). Relação entre a triagem de prioridades no serviço de urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal. Acedido em <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1370/1/Machado-H.pdf>
- Mackway-Jones K., Marsden J., & Windle J. (2014). *Emergency Triage: Manchester Triage Group*. 3rd ed. New Jersey: Wiley Blackwell.
- Matsumura, T., Ohshige, O., Tsuchida, K., Mizushima, S. & Tochikubo, O. (2007). The Increasing Use of Pediatric Emergency Facilities in the Evening. *Pediatric Emergency Care*, 23(3),142-147.
- Mcquillan, R., & Campbell, R. (2006). Gender differences in adolescent injury characteristics : A population-based study of hospital A & E data. *Public Health*, 120, 732–741.
- Medeiros F. F., Gióia F. L., & Lopes L. L. (2011). Triagem no Departamento de Emergência. In Fonseca, A. S, Peterlini, F.L., Cardoso, M.L. , Lopes, L.L. & Diegues, S.R. (ed). *Enfermagem em Emergência* (pp.75-97). Brasil: Elsevier.
- Moreira, M. D., Costa, A. R., Felipe, L. R. & Caldas C.P. (2007) The association between nursing diagnoses and the occurrence of falls observed among elderly individuals assisted in an outpatient facility. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 15(2), 311–317.
- Morins, A.L. & Sousa, P.M. (2017). Validade preditiva do protocolo de triagem de Manchester na avaliação da carga de trabalho de enfermagem. In M. Dixe; P. Sousa & P. Gaspar (Coords.), *Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica* (pp. 125-145). Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Murrel, K. L., Offerman, S. R., & Kauffman, M. B. (2011). Applying Lean: Implementation of a Rapid Triage and Treatment System. *Western Journal of Emergency Medicine*, XII (2), 184-191.
- Nailon, R., Schwedhelm, S., Egan, M.J., Watson, S., Nuss, S.L. & Morris, R. (2015). ED greeter nurse:transforming triage and improving patient care outcomes. *Journal of Emergency Nursing*, 41(3), 265-267.
- Nakau, H.J., Ukai, I. & Kotani, J. (2017). A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective. *Acute Medicine & Surgery*, 4:379-384.
- Neves, L. M. (2010). Triagem de Manchester a) Enquadramento Conceptual. In Rego, G., & Nunes, R. (Eds). *Gestão da Saúde*. (1^o ed., pp 263-273). Lisboa: Prata e Rodrigues.

- Observatório Económico e Social de Trás-os-Montes (2019). http://observatoriottm.ipb.pt/sites/default/files/boletim_Observatorio.pdf S/D – (abril 2019).
- Oredsson, S., Jonsson, H., Rognes, J., Lind, L., Goransson, K.E., Ehrenberg, A. Farronkia, N. (2011). A systematic review of triage-related interventions to improve patient. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation & Emergency Medicine*, 19(43) 1–9.
- Parenti, N., Reggiani, M. L. B., Iannone, P., Percudani, D., & Dowding, D. (2014). A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 1062–1069.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5 ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª edição). *Artemed*: Porto Alegre.
- Pordata (2019) - *Base de dados Portugal contemporâneo*. Acedido em <https://www.pordata.pt/Portugal>.
- Rafael, M. S., Portela, S. L., Sousa, P., & Fernandes, A. C. (2017). Utilização do Serviço de urgência pediátrica: A experiência de um centro Português. *Scientia Medica*, 27(1), 1–8.
- Rezende, M.R.M., Ercole, F.F., Mattos, S.S., & Donoso, M.T.V. (2016). Manchester Protocol at a school hospital emergency servisses. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(6):843-849.
- Rodrigues, R.P., Sá, M.C., Moura, D. (2011). Internamentos por Intoxicação com Pesticidas em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 25(5-6), 169-173.
- Roland, D., Mccaffery, K., & Davies, F. (2016). Scoring systems in paediatric emergency care: Panacea or paper exercise?. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 52, 181–186.
- Sánchez-Bermejo R. (2015). [Spanish nurses' survey on triage in hospital emergency departments]. *Emergencias*. 27(2):103-108.
- Schmiedhofer, M., Mockel, M., Slagman, A., Frick, J., Ruhla, S., & Searle, J. (2016). Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ Open*, 6, e013323.
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática*. 6ªed. Loures: *Lusociência*. p. 823.
- SICAD [Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências] (2015). *Sinopse estatística 2016 – Substâncias Ilícitas*. SICAD, Lisboa.
- Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades - Triagem de Manchester*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto.

- Smith, W. (2012). Triage in mass casualty situations. *Continuing Medical Education*, 30 (11), 413-415.
- Soler, W., Munoz, M. G., Bragulat, E., & Alvarez, A. (2010). El Triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 55-68.
- Souza, C. C., Araújo, F. A., & Chianca, T. C. M. (2015). Scientific Literature on the Reliability and Validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: A Integrative Literature Review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (1), 144-151.
- Steiner, D., Renetseder, F., Kutz, A., Haubitz, S., Faessler, L., Anderson, J. B., ... Schuetz, P. (2016). Performance of the Manchester triage system in adult medical emergency patients: a prospective Cohort study. *Journal of Emergency Medicine*, 50(4), 678-689.
- Toni, G. & McCallum P. (2007). Emergency Triage. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10(2): 43-45.
- Tranberg, M., Vedsted, P., Bech, B.M., Christensen, M.B., Birkeland, S. & Moth, G. (2018). Factors associated with low patient satisfaction in out-of-hours primary care in Denmark - a population-based cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 19(15), 1-10.
- Vatnoy, T. K., Fossum, M., Smith, N., & Slettebo, A. (2013). Triage assessment of registered nurses in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 21(2), 89-96.
- Wilson, S., Dev, S., Mahan, M., Malhotra, M., & Miller, J. (2016). Identifying disparity in emergency department length of stay and admission likelihood. *World Journal of Emergency Medicine*, 7(2), 111-116.
- Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Moon, M. D., & Zavotsky, K. E. (2018). Triageing the Emergency Department, Not the Patient: United States Emergency Nurses' Experience of the Triage Process. *Journal of Emergency Nursing*, 44(3), 258-266.
- Zachariasse, J. M., Seiger, N., Rood, P. P. M., Alves, C. F., Moll, A., Freitas, P., ... Roukema, G. R. (2017). Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study, *PLOS ONE*, 83, 1-14.
- Zachariasse, J.M., Kuiper, J.W., Hoog, M., Moll, MD,H.A. & van Veen, M. (2016). Safety of the Manchester Triage System to detect critically ill children at the emergency department. *The Journal of Pediatrics*, 177(10), 232-237.
- Zimmermann, P. (2001) The Case for a Universal, Valid, Reliable 5 Tier Triage Acuity Scale for US Emergency Departments, *Journal of Emergency Nursing*, 27(3), 246-254.

ANEXOS

ANEXO I - Inquérito de Satisfação da Triagem de Manchester-GPT



Inquérito de Satisfação Triagem de Manchester

Inquérito nº _____ (a preencher pelo inquiridor)

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____ anos

Tempo de serviço: _____ anos

Por favor assinale com uma cruz (X) a opção que retrata o seu caso.

Se médico

- Interno
- Medicina Interna
- Cirurgia
- Ortopedia
- Pediatria
- Outra especialidade: _____
- Chefe de Equipa
- É vinculado ao hospital? Sim Não
- Curso de Formação em Triagem Sim Não
- No serviço desde o início da Triagem Sim Não
-

Se enfermeiro

- Em formação
- Área de Adultos
- Pediatria
- Coordenador de turno
- Curso de Formação em Triagem Sim Não
- No Serviço desde o início da Triagem Sim Não
-

Caso tenha frequentado a Formação em Triagem, pedimos-lhe que coloque uma cruz (X) no grau em que se sente satisfeito/insatisfeito em relação a cada um dos itens que se seguem:

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
Adequação da formação frequentada				
Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica				
Sequenciação do guião das entrevistas da triagem				
Adequação do guião das entrevistas que torna possível a sua realização no tempo máximo de três minutos				



Inquérito de Satisfação Triagem de Manchester

Pedimos-lhe que coloque uma cruz (X) na opção que, na sua opinião, lhe parece mais adequada:

	Muito Fiável	Fiável	Pouco Fiável	Nada Fiável
O processo de triagem é				

Pedimos-lhe que coloque uma cruz (X) no grau em que se sente satisfeito/insatisfeito em relação a cada um dos itens que se seguem:

Relativamente ao processo de triagem...	Muito satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
O seu grau de satisfação global				
Benefício para os utentes				
Benefício para os profissionais				
Organização do seu trabalho				
Organização do seu serviço				
Trabalho em equipa				
Atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica				
Adaptação à realidade do Serviço de Urgência do Hospital				
Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço.				
Contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência				
Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados				
Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem				
Conhecimentos dos utentes acerca da triagem				
Adequação do espaço físico				

Muito obrigado pela colaboração!



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
INVESTIGAÇÃO**

De acordo com a declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto, ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: “Triagem de Manchester: Satisfação dos Enfermeiros no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE”

Enquadramento: Serviço de Urgência Geral do CHTMAD, EPE; trabalho a realizar no âmbito do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, sob orientação do Professor Olivério Ribeiro.

Explicação do estudo: Inquérito de satisfação com a utilização do Sistema de Triagem de Manchester. Inquérito em papel com opções de resposta múltipla.

Condições e financiamento: Não há lugar a qualquer remuneração ou contrapartida pela resposta ao inquérito. A participação é de carácter voluntário; não há qualquer prejuízo se não participar. O estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética do CHTMAD, EPE

Confidencialidade e Anonimato: A informação recolhida é anónima, e será assim mantida. Não há forma de identificação do respondente.

Agradecemos a participação,
Ana Catarina Vieira Salgueiro,
Estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enfermeira do Serviço de Urgência Geral do CHTMAD, EPE – Unidade de Vila Real
962339561
anacatarinavs@gmail.com

Assinatura: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências, desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária fornece, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura : _____

Data: ____ - / ____ / ____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 1 (UMA) PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA A PESSOA QUE CONSENTE

ANEXO II - Autorização da instituição para a colheita de dados



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

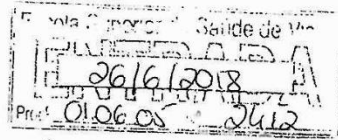


SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Entregue a guia ao SAD.

*M.N.
27/6/2018*



*Ar. Coordenador da
Investigação
26/06/2018
[Signature]*

Exm^o(a). Senhor(a):

Escola Superior de Saúde de Viseu
Dr^a Ana Catarina Vieira Salgueiro
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida,
n^o 102

3500 - 843 Viseu

ASSUNTO: *Pedido de realização de Estudo/ Ensaio clínico/Projeto de Investigação*

V/ REFERÊNCIA

Após parecer emitido pela Comissão de Ética em reunião de 06.06.2018, o Conselho de Administração em 14.06.2018, decidiu autorizar a realização do projeto de investigação sobre "Triagem de Manchester: Satisfação dos Enfermeiros no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE".

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real 18.06.2018

Doc n^o. 254/2018 - C.A.

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

[Signature]
João Porfírio Oliveira

HV

ANEXO III - Autorização do GPT para aplicação do Inquérito de Satisfação

28/11/2018 Gmail - Pedido de autorização.

Pedido de autorização

ana catarina salgueiro <anacatarinavs@gmail.com> 16 de março de 2018 às 18:00

Para: gptriagem@gmail.com

Ex.mo. Sr. Presidente do
Grupo Português de Triagem de Manchester

Eu, Ana Catarina Vieira Salgueiro, sou enfermeira no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, unidade de Vila Real a exercer funções há 12 anos.

Neste momento, estou a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu e a desenvolver a minha dissertação de mestrado subordinada ao tema "Triagem de Manchester: Satisfação dos Enfermeiros do CHTMAD, EPE, com o sistema".

Assim, venho por este meio solicitar a autorização para aplicar o vosso Inquérito de Satisfação de Triagem de Manchester, de forma a poder colher dados para o estudo de investigação supracitado.

Agradeço uma resposta com a maior brevidade possível, de forma a poder cumprir prazos académicos.

Grata pela vossa disponibilidade e atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos.
Ana Catarina Vieira Salgueiro

Paulo Freitas <ptf@netcabo.pt> 20 de março de 2018 às 23:45

Para: "anacatarinavs@gmail.com" <anacatarinavs@gmail.com>

Cc: Antonio Marques <amarques.admn@gmail.com>, Grupo Portugues de Triagem GPT
gptriagem@gmail.com

Exma. Sr.^a Enfermeira Ana Salgueiro

Reencaminhei o seu email para o Dr. António Marques que é o responsável pela gestão do GPT na zona Norte.

Obrigado pelo interesse demonstrado pela triagem de Manchester.

Com melhores cumprimentos

Paulo Freitas

De: **ana catarina salgueiro** <anacatarinavs@gmail.com>

Data: 16 de março de 2018 às 18:00

Assunto: Pedido de autorização.

Para: gptriagem@gmail.com

[Citação ocultada]

Antonio Marques <amarques.admn@gmail.com> 22 de março de 2018 às 20:30

Para: Paulo Freitas <ptf@netcabo.pt>

Cc: "anacatarinavs@gmail.com" <anacatarinavs@gmail.com>, Grupo Portugues de Triagem GPT gptriagem@gmail.com

Cara Enf Ana Salgueiro,

Valoriza-se o interesse demonstrado na escolha do tema a estudar.

Pela nossa parte, nada a opor relativamente à utilização do Inquérito GPT tipificado para profissionais de saúde desde de que seja assegurado o seguinte:

- Respeito pela propriedade intelectual: deve constar que se trata do Inquérito elaborado pelo GPT e não devem ser efetuadas alterações ao Inquérito tipo.
- Partilha dos resultados com o GPT, constituindo os mesmos certamente matéria de interesse.

Melhores cumprimentos,

António Marques