

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“Do not go where the path may lead, go instead where there is no path and leave a trail.”

Ralph Waldo Emerson

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Doutora Ernestina Silva pelo apoio e orientação na elaboração deste trabalho. Pela dedicação à enfermagem de saúde infantil e pediatria, pelo conhecimento que detêm e pela generosidade em o partilhar.

À minha amiga, colega, enfermeira e Mestre Márcia Santos por todo o apoio, palavras de incentivo, pertinência da crítica, orientação e tempo despendido. Foi indispensável para conseguir desenvolver este trabalho.

Aos colegas e amigos Angélica Campos, Diana Dias, Fernando Gameiro, João Pedro, Sandra Cunha e Sara Branco. Juntos iniciámos o percurso neste curso de Mestrado e sem eles teria sido tremendamente difícil o ter terminado. A cada um de vós agradeço os conhecimentos que transmitiram, a partilha que tiveram, a paciência e o companheirismo que demonstraram.

À família mais próxima, à Lúcia e ao Tiago pelo estímulo, apoio e por compreenderem a minha ausência em muito momentos.

À Enfermeira Chefe Margarida Pimenta pelo apoio, incentivo e por ter sempre contribuído com a elaboração do horário, de forma a ser possível frequentar as aulas e estudar.

Aos colegas do Serviço de Urgência por estarem sempre prontos para ajudar nas trocas, para ter mais tempo para dedicar ao estudo, para cumprir as horas de estágio e sobretudo, por contribuírem de forma determinante para este estudo.

Às mães e pais participantes no estudo que prontamente consentiram dar o seu contributo e que sem eles não seria possível acrescentar um pouco mais de conhecimento ao já existente.

À instituição CHUC-EPE por permitir a realização deste estudo.

A todos os outros que apoiaram e contribuíram de alguma forma.

Muito obrigada!

RESUMO

Contexto: A triagem nos serviços de urgência (SU) é uma função essencial e complexa, tratando-se de um processo baseado na tomada de decisão clínica do enfermeiro. A percepção e satisfação associada aos cuidados ali prestados representam um importante indicador de qualidade. A investigação acerca da satisfação relacionada com triagem realizada por enfermeiros num serviço de urgência pediátrica ainda tem espaço para exploração e discussão de outros dados, em realidades diferentes.

Objetivos: Identificar os conhecimentos referidos pelos pais sobre o processo de triagem da criança no SU pediátrica; descrever as competências que os pais reconhecem como importantes no enfermeiro que executa o processo de triagem no SU pediátrico; reconhecer os fatores que interferem na satisfação dos pais enquanto utilizadores do SU pediátrica, relativamente à triagem realizada pelo enfermeiro; refletir sobre a influência do processo de triagem realizado pelo enfermeiro na satisfação dos pais utilizadores do SU pediátrica.

Métodos: Trata-se de um estudo não experimental, tipo exploratório-descritivo, com colheita de dados através de entrevistas semiestruturadas e gravação em áudio.

Resultados: Os pais demonstraram ter um défice de conhecimentos em aspetos relacionados com o processo de triagem. Os pais reconhecem várias capacidades, incluídas nas competências clínicas, psicossociais e pessoais, ao enfermeiro que executa a triagem. Os fatores influenciadores referidos foram, de forma positiva, a segurança/confiança transmitida, a atitude afetiva/acolhedora, rapidez no atendimento e a presença constante do enfermeiro; e de forma negativa, a atitude de indiferença para com a situação, o tempo despendido com a triagem, a prioridade considerada injusta e a interrupção da triagem por motivos não relacionados com o caso. Não se verificou concertação relativamente à satisfação com a triagem como fator influenciador da satisfação com o SU.

Conclusões: Os resultados evidenciam aspetos fundamentais que afetam a satisfação dos pais e mostram que as competências reconhecidos pelos pais, estão de acordo com as competências do enfermeiro da triagem e interligadas com o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

Palavras chave: triagem; enfermeiras e enfermeiros; enfermagem em emergência; enfermagem pediátrica; satisfação do paciente; pais.

ABSTRACT

Context: Triage in the emergency department (ED) is an essential and complex function; a process based on the clinical decision-making of the nurse. The perception and satisfaction associated with the care provided, represent an important quality indicator. The satisfaction related to the role of the triage nurse in a pediatric ED is a research field that can be further explored using data generated in different contexts.

Objectives: To identify the parent's knowledge about the triage process, the competences that they recognize in the triage nurse and the factors that affect their satisfaction as users of the pediatric ED. To assess the parent's satisfaction with the triage role and how it influences the satisfaction with the ED.

Methods: It is a non-experimental, exploratory-descriptive study, with data collected using semi-structured interviews and audio recording.

Results: Parents have shown a lack of knowledge in aspects related to the triage role. Parents recognize several skills, including clinical, psychosocial and personal skills, to the triage nurse. The affecting factors referred were, in a positive way, the security/confidence transmitted, the affective/welcoming attitude, speed in the admission process and the constant presence of the nurse; and in a negative way, the attitude of indifference towards the situation, the time spent with the triage, the priority considered to be unfair and the interruption of the triage role for reasons unrelated to the case. There was no consensus regarding satisfaction with triage as an influencing factor for satisfaction with the ED.

Conclusions: The results highlight fundamental aspects that affect parent's satisfaction and show that, the skills and the factors recognized by the parents are related to the skills of the triage nurse and interconnected with the skills profile of the specialist nurse in child health and pediatrics.

Keywords: triage; nurse; emergency nursing; pediatric nursing; patient satisfaction; parents

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	I
LISTA DE TABELAS	III
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	V
Introdução	19
Parte I – Revisão da literatura	23
1. Conceito e evolução da triagem	23
1.1 Processo de triagem	25
1.2 Tomada de decisão na triagem	33
1.3 Sistemas de triagem	35
1.3.1. Triagem em pediatria e aplicação da PaedCTAS	44
1.4 Competências do enfermeiro da triagem	47
2. Satisfação enquanto indicador de qualidade em saúde	53
2.1 Fatores que influenciam a satisfação dos doentes relacionada com a triagem realizada por enfermeiros	55
Parte II – Estudo empírico	57
1. Metodologia	57
1.1. Equipa de investigação	57
1.2. Questões de investigação	57
1.3. Objetivos do estudo	58
1.4. Desenho de investigação	58
1.5. Aspectos éticos considerados	59
1.6. Caracterização da amostra	60
2. Análise e apresentação dos dados	63
3. Discussão dos resultados	79
4. Conclusões	89
Referências bibliográficas	93
Anexos	101

Anexo I – Necessidades humanas básicas, sinais comuns de que podem não estar satisfeitas e estratégias para as satisfazer	102
Anexo II – Resumo dos preditores fisiológicos em adultos e a categoria da ATS	103
Anexo III – Discriminadores fisiológicos pediátricos da ATS	104
Anexo IV – Abordagem da avaliação do doente pelo PTM.....	108
Anexo V – Modificadores de 1ª ordem da CTAS	109
Anexo VI – Modificadores de 2ª ordem da CTAS	113
Anexo VII – Triângulo de Avaliação Pediátrica.....	115
Anexo VIII – Modificadores de 1ª e 2ª ordem em pediatria	118
Anexo IX – Consentimento informado.....	129
Anexo X – Guião de entrevista aos pais.....	130
Anexo XI – Parecer do conselho de ética e autorização do conselho de administração do CHUC-EPE para a realização do estudo	132
Anexo XII – Codificação dos dados obtidos	134

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Categorias e subcategorias que emergiram da análise da informação colhida.....65
- Figura 2** - Representação esquemática da categoria “Conhecimento dos pais sobre o processo de triagem.....65
- Figura 3** - Representação esquemática da categoria “Competências dos enfermeiros que realizam a triagem referidas pelos pais”68
- Figura 4** - Representação esquemática da categoria “Fatores que influenciam a satisfação dos pais com a triagem realizada por enfermeiros no serviço de urgência pediátrica”72
- Figura 5** - Representação esquemática das competências dos enfermeiros que realizam a triagem referidas pelos pais.....84
- Figura 6** - Representação esquemática dos fatores que influenciam a satisfação dos pais com a triagem realizada pelo enfermeiro no serviço de urgência pediátrica.....86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Níveis de urgência da ATS.....	37
Tabela 2 - Níveis de urgência da MTS, cor atribuída e tempo alvo, em minutos, para atendimento.....	39
Tabela 3 - Níveis de urgência da CTAS.....	41
Tabela 4 - Níveis de urgência da PaedCTAS e tempo para observação médica.....	46
Tabela 5 - Relação entre nível CTAS e os sinais vitais.....	48
Tabela 6 - Caracterização da amostra.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACEP – American College of Emergency Physicians

AMUQ – l'Association des Médecins d'Urgence du Québec

ATS – Australasian Triage Scale

CAEP – Canadian Association of Emergency Physicians

CEDIS – Canadian Emergency Department Information

CHUC-EPE – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Entidade Pública Empresarial

CPS – Canadian Pediatric Society

CTAS – Canadian Triage and Acuity Scale

ECG – Electrocardiograma

ENA – Emergency Nurses Association

ESI – Emergency Severity Index

EUA – Estados Unidos da América

HPC – Hospital Pediátrico de Coimbra

ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida

ITS – Ipswich Triage Scale

MTS – Manchester Triage System

NENA – National Emergency Nurses Association

NTS – Nacional Triage Scale

PaedCTAS – Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale

PTM – Protocolo Triagem de Manchester

SRPC – Society of Rural Physicians of Canada

SU – Serviço de Urgência

TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrica

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

INTRODUÇÃO

A triagem é uma função essencial nos serviços de urgência e um processo baseado no pensamento crítico e tomada de decisão clínica do enfermeiro. Com efeito, os “sistemas de triagem são ferramentas de gestão de risco clínico, que permitem gerir a demora, ganhando tempo para os doentes que dele necessitam” (Grupo Português de Triagem, 2009 p.67) e têm como objetivos: Priorizar os doentes de acordo com a gravidade e necessidades de intervenção e observação e garantir a eficácia, eficiência e equidade na acessibilidade aos cuidados de saúde. Estes sistemas evoluíram por forma a auxiliar os enfermeiros no processo de tomada de decisão clínica, possibilitando a priorização de forma mais precisa e baseada na efetiva urgência dos doentes. Para executar este processo, o enfermeiro é um elemento chave na triagem uma vez que através da sua experiência e corpo de conhecimentos, efetua o processo de triagem e gere o fluxo de doentes a partir desse momento por todo o serviço de urgência. O processo de triagem é por isso um procedimento complexo mas determinante para a segurança e eficácia dos cuidados de saúde.

A satisfação dos doentes nos serviços de saúde tem sido um alvo de atenção e investigação nas últimas décadas, servindo ainda de indicador na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde e um importante motor de desenvolvimento profissional. De facto, a sua avaliação permite identificar alguns problemas mas sobretudo promover mudanças positivas nos serviços (Batbaatar, Dorjdagva, Luvsannyam, & Amenta, 2015). O estudo de síntese da literatura efetuada por Rehman & Ali (2016) sugere que sendo o serviço de urgência um dos primeiros contactos que o doente pode ter com o hospital, a perceção dos cuidados que lhe forem prestados e a satisfação a eles associada, é um importante indicador de qualidade e pode ficar associado à reputação do hospital. Pelos resultados que alcançaram, sugerem a exploração dos fatores que influenciam a satisfação dos doentes com a triagem feita por enfermeiros em sistemas de saúde e países diferentes, bem como a sua exploração através da metodologia qualitativa.

É com base nestes pressupostos e enquanto profissional de enfermagem a desempenhar funções num serviço de urgência pediátrica e por conseguinte, a executar a função de triagem, ancorada no Regulamento nº351/2015 (2015), que surge este estudo. Ambiciona-se que seja uma oportunidade de reflexão acerca da prática de cuidados e respetiva dimensão da qualidade, numa perspetiva de melhoria contínua do exercício

profissional especializado, na área dos cuidados de enfermagem num serviço de urgência pediátrica.

Foram definidos os seguintes objetivos, que nortearam este estudo:

- Identificar os conhecimentos referidos pelos pais sobre o processo de triagem da criança no serviço de urgência pediátrica.
- Descrever as competências que os pais reconhecem como importantes no enfermeiro que executa o processo de triagem no serviço de urgência pediátrica.
- Reconhecer os fatores que interferem na satisfação dos pais enquanto utilizadores do serviço de urgência pediátrica, relativamente à triagem realizada pelo enfermeiro.
- Refletir sobre a influência do processo de triagem realizado pelo enfermeiro na satisfação dos pais utilizadores do serviço de urgência pediátrica.

A finalidade deste estudo consiste em contribuir para a melhoria contínua da prestação de cuidados de enfermagem no serviço de urgência pediátrica.

Para a pesquisa bibliográfica foram utilizadas várias bases de dados virtuais indexadas como PubMed, SciELO, B-on e Cinahl assim como, bases de dados de literatura cinzenta como repositório científico de acesso aberto em Portugal, repositório aberto da Universidade do Porto, repositório científico do Instituto Politécnico de Viseu e repositório do ISPA (Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida), bem como o recurso a livros técnicos sobre o assunto de pesquisa. No decorrer da pesquisa bibliográfica relacionada como o tema em estudo, verificou-se que não existiam instrumentos de recolha de dados construídos e por isso, optámos por elaborar um guião de entrevista semiestruturada para recolha de dados.

Este é um estudo qualitativo, não experimental, do tipo exploratório-descritivo simples, cuja seleção da amostra foi do tipo não probabilística por conveniência. Esta foi constituída por 10 participantes, aos quais foi realizada uma entrevista semiestruturada e gravada em áudio após assinatura do termo de consentimento informado. A análise do conteúdo de cada entrevista foi feita pela codificação seguindo os pressupostos sugeridos por Bardin (2014).

Este estudo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira, é feita uma revisão da literatura sobre o conceito e evolução da triagem, os sistemas de triagem, com destaque ao que é utilizado no serviço de urgência pediátrica do Hospital onde foi realizado o estudo e competências do enfermeiro da triagem. Também é abordada a satisfação enquanto indicador de qualidade, que integra os fatores que influenciam a satisfação dos doentes relacionada com a triagem realizada por enfermeiros. Na segunda parte do trabalho, é apresentado o

desenvolvimento do estudo empírico, onde está descrita a metodologia utilizada, a análise e apresentação dos dados, a discussão dos resultados e a conclusão.

PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA

1. CONCEITO E EVOLUÇÃO DA TRIAGEM

O conceito de triagem ficou conhecido durante a primeira guerra mundial, quando as vítimas eram classificadas de acordo com as suas lesões e condição física (Andersson, Omberg, & Svedlung, 2006). A conceção deste método foi atribuída ao cirurgião do exército francês, Jean Dominique Larrey, que definiu que se devia avaliar rapidamente os soldados feridos, separar os que necessitavam de avaliação médica urgente e recuperá-los o mais rapidamente possível (Coutinho, Cecílio, & Mota, 2012). Este sistema priorizava que os que estavam perigosamente feridos, deveriam ser atendidos em primeiro lugar, sem considerar a sua distinção ou hierarquia. Os menos gravemente feridos deveriam esperar e os ligeiramente feridos deveriam ir até ao hospital mais próximo. A intenção militar era cuidar das vítimas que podiam ser recuperadas para garantir um rápido retorno à guerra. Por analogia, a intenção clínica da triagem nos hospitais é atribuir os recursos o mais rapidamente possível às pessoas com mais necessidade de cuidados (Dippenaar & Bruijns, 2016). Este processo aperfeiçoou-se ao longo dos anos, mas sempre relacionado com guerras ou catástrofes. Começou a ser aplicado à população civil a partir da década de sessenta do século precedente, quando nos Estados Unidos, o crescente progresso na prática médica teve reflexos na procura pelos serviços de urgência (Coutinho et al., 2012). A definição de triagem no século XXI acabou por não mudar muito, tendo o processo sido redefinido dos campos de batalha para os departamentos de urgência (Dippenaar & Bruijns, 2016). No contexto clínico atual, a triagem consiste na priorização dos doentes de acordo com o prognóstico e não em função do diagnóstico (Silva, 2009), tendo como objetivo a atribuição de recursos tão rapidamente quanto possível, aos doentes com prioridade mais elevada (*The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013).

A triagem nos serviços de urgência foi introduzida, de forma a lidar com o número crescente de admissões e inicialmente contou com uma variedade de métodos, sendo o mais comum realizado a três níveis: emergente, urgente e não urgente (*The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013). O primeiro registo escrito do uso da triagem de forma sistematizada, ainda sem estrutura ou organização formal, foi num serviço de urgência em Baltimore, nos

Estados Unidos, no início da década de sessenta do século passado (FitzGerald, Jelinek, Scott, & Gerdtz, 2010). Desde então e até o início da década de oitenta, os departamentos de emergência começaram a desenvolver e implementar os seus próprios sistemas de triagem, cujo propósito seria a melhoria da afluência e a segurança dos doentes, através do uso da codificação da triagem com recurso a cores, números, pulseiras ou letras do alfabeto. Os Estados Unidos da América (EUA) foram os primeiros a atribuir a responsabilidade da triagem aos enfermeiros, tendência seguida posteriormente também pela Austrália, Canadá e Reino Unido (Dippenaar & Bruijns, 2016). Tradicionalmente, o processo de triagem era um elemento intuitivo na prática de enfermagem nos serviços de urgência. Assim, os enfermeiros organizavam os doentes de forma a assegurar que aqueles que não podiam esperar, eram os primeiros a serem avaliados (FitzGerald et al., 2010).

No Reino Unido, na década de oitenta do século anterior, o conceito mais formal de triagem introduzido nos serviços de emergência assentava no método SOAP: informação **S**ubjetiva obtida ouvindo a história do doente, informação **O**bjetiva colhida através da observação direta do doente, **A**valiação e identificação do problema do doente com base nos achados objetivos, subjetivos e considerando quaisquer fatores sociais relevantes, e **P**lano de cuidados a prestar ao doente, que podia incluir prestação imediata de alguns cuidados, e a atribuição de uma prioridade de acordo com a avaliação realizada (Ganley & Gloster, 2011). Desta forma, usando as informações objetivas e subjetivas da avaliação do doente, o enfermeiro planeava e priorizava os cuidados ao doente ao mesmo tempo que mantinha o funcionamento do serviço (Cabrera, 2017; Ganley & Gloster, 2011).

Na Austrália, o desenvolvimento de uma escala mais formal de triagem teve início a partir da observação da tomada de decisão clínica das enfermeiras da triagem. A decisão subjacente a essa tomada de decisão baseava-se na urgência do doente e do tempo pelo qual a observação médica deveria ocorrer, de acordo com a avaliação realizada. Com esta observação foram identificadas várias, distintas e consistentes ações após a avaliação do doente, determinando a urgência do mesmo, nomeadamente: 1) solicitar imediatamente a observação médica e iniciar cuidados de reanimação; 2) atribuir o doente ao próximo médico disponível; 3) colocar a ficha do doente na frente da lista de espera; 4) colocar a ficha do doente na ordem na lista de espera; e 5) incentivar o doente a procurar ajuda noutra local ou noutra momento (FitzGerald et al., 2010). Estes mesmos autores descrevem então a criação de uma nova escala de triagem com cinco níveis, introduzida no Hospital de Ipswich em Queensland – Austrália na década de noventa. A Ipswich Triage Scale (ITS) foi uma escala que após ser validada foi adotada como a Nacional Triage Scale (NTS) e posteriormente denominada como Australasian Triage Scale (ATS). Esta escala tornou-se a base para o

desenvolvimento da Manchester Triage System (MTS) no Reino Unido e da Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) no Canadá.

1.1 PROCESSO DE TRIAGEM

A triagem é um processo essencial no sistema de prestação de cuidados de emergência num contexto de recursos relativamente escassos e necessidades médicas ilimitadas (FitzGerald et al., 2010; Ganley & Gloster, 2011). É uma função essencial que sustenta os serviços de urgência, onde um grande número de pessoas com diversas condições clínicas pode ocorrer ao mesmo tempo (Ganley & Gloster, 2011). Os sistemas de triagem são projetados para considerar o valor da vida e da saúde, de forma justa e com a utilização eficiente dos recursos (FitzGerald et al., 2010).

Cabrera (2017) considera a triagem no serviço de urgência um sistema de priorização de doentes, que através de um conjunto de critérios faz uma seriação destes, sinalizando de forma rápida aqueles que se encontram em situação de risco de vida, de forma a traduzir fidedignamente a urgência efetiva de cuidados. A Nacional Emergency Nurses Affiliation citada em *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013) define o processo de triagem como um procedimento através do qual um enfermeiro experiente, que utilizando o seu pensamento crítico, avalia rapidamente os doentes logo após a sua chegada à urgência. Após a avaliação da gravidade do problema que apresenta, atribui-lhe uma categoria na triagem, determina o acesso e tratamento adequado e designa os recursos humanos de saúde adequados de forma efetiva e eficiente. Este autor refere ainda que a triagem não é um número ou uma escala, mas sim um processo que envolve pessoas, comunicação e recursos. Ganley & Gloster (2011) acrescentam ainda que este é um processo dinâmico, já que a condição do doente pode mudar rapidamente. Hitchcock, Gillespie, Crilly, & Chaboyer (2013) sublinham que é o primeiro local por onde passa o doente dentro do percurso pelo serviço de urgência. Neste local é importante considerar a segurança do doente, garantindo a redução da ocorrência de potenciais defeitos no processo. Conclui-se, portanto, que a triagem é um processo complexo e necessário na segurança e eficácia dos cuidados em saúde, existindo, contudo, falta de suporte científico sobre os problemas e potenciais vulnerabilidades deste processo.

Richardson (2004) citado por Ganley & Gloster (2011), Cabrera (2017) e Australia, Australian Government, Department of Health and Ageing (2009) consideram que existem

determinadas condições, independentemente do local onde ocorram, que devem ser transversais a todos os sistemas de triagem nomeadamente: a) um ponto de entrada comum para os doentes, de forma a garantir um processo de avaliação idêntico; b) um ambiente físico calmo e adequado em que se consiga realizar uma avaliação breve e confidencial, por um profissional de enfermagem treinado e qualificado para o efeito, com equipamento para prestação de alguns cuidados imediatos e para higienização das mãos; c) um sistema informático que permita o fluxo de informação acerca do doente desde o momento da triagem, passando pela avaliação, tratamento, alta ou transferência para outro serviço, devendo este ser de armazenamento e consulta fácil. O último autor acrescenta ainda a existência de dados atempados sobre os níveis de atividade do serviço de urgência, incluindo um sistema que notifique a chegada de doentes de ambulância e de doentes provenientes de outros serviços de urgência.

Conforme já citado anteriormente, o objetivo de um sistema de triagem é assegurar que o nível de qualidade dos cuidados que são prestados é compatível com critérios clínicos objetivos, otimizando dessa forma a segurança e a eficiência dos serviços de urgência, garantindo a equidade na acessibilidade aos serviços de saúde (Australia, AG, DHA 2009). Também FitzGerald et al. (2010) consideram que o principal objetivo da triagem é assegurar que os doentes recebem o nível de cuidados adequados à sua necessidade clínica (justiça clínica) e que os recursos são os mais indicados para o fim pretendido (eficiência). Os conceitos de justiça e eficiência clínica, visam assegurar que os doentes com queixas mais urgentes recebem, em tempo útil, os cuidados adequados às suas necessidades e à gravidade da situação que apresentam, comparativamente com os doentes com queixas relativamente não urgentes. Estes mesmos autores consideram que o processo de triagem facilita o tratamento, o conforto, a tranquilidade, a documentação das necessidades, assim como a comunicação com o doente e sua família, quanto à natureza do problema e ao provável seguimento que este poderá ter. É também importante para a implementação atempada de medidas de controlo da infeção e educação sobre prevenção e controlo de doenças. *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013) refere também que a triagem tem alguns benefícios significativos nomeadamente: a garantia de que os doentes gravemente feridos ou críticos são vistos antes dos doentes menos críticos; o estabelecimento de prioridade de atendimento de acordo com a escala, ajudando a perceber os recursos que são necessários para cada doente; a identificação da frequência da reavaliação; e uma abordagem atempada que alivie a ansiedade do doente e da família e que melhore a comunicação.

Em Australia, AG, DHA (2009, p.15), é descrito que:

“As características de um sistema de triagem robusto podem ser avaliadas de acordo com os seguintes quatro critérios:

- Utilidade: A escala deve ser relativamente fácil de entender e simples de ser aplicada por enfermeiros de emergência e médicos.
- Validade: A escala deve medir o que foi projetado para medir; isto é, deve medir a urgência clínica em oposição à gravidade ou complexidade da doença ou algum outro aspeto da apresentação ou do ambiente da emergência.
- Confiabilidade: A aplicação da escala deve ser independente da enfermeira ou do médico que desempenha o papel, ou seja, deve ser consistente. A ‘confiabilidade inter-avaliadora’ é o termo usado para a medida estatística do acordo que é alcançada por dois ou mais avaliadores usando a mesma escala.
- Segurança: As decisões da triagem devem ser proporcionais aos critérios clínicos objetivos e devem otimizar o tempo para intervenção médica. Além disso, as escalas devem ser suficientemente sensíveis para apreender várias apresentações/sintomas de elevada prioridade.”¹

Independentemente do contexto de aplicação, o sistema de triagem ideal deve ter um grau razoável de confiabilidade e validade (Dippenaar & Bruijns, 2016; Magalhães-Barbosa, Robaina, Prata-Barbosa, & Lopes, 2017). Estes últimos autores, citando o American College of Emergency Physicians (ACEP) e a Emergency Nurses Association (ENA), ainda acrescentam utilidade e relevância ao sistema de triagem ideal. Um sistema confiável assegura a atribuição da prioridade de forma precisa e consistente, quando aplicada por diferentes enfermeiros. A validade do sistema de triagem determina com precisão a prioridade correta quando aplicado a diferentes apresentações de doentes. Não há diretrizes sobre a confiabilidade e validade de um sistema de triagem num ambiente específico. A escolha da implementação de um determinado sistema de triagem deve ir de encontro aos resultados que são esperados nesse ambiente em particular. Ter uma boa compreensão da teoria da triagem e dos seus princípios é fundamental para seleccionar o sistema de triagem mais apropriado (Dippenaar & Bruijns, 2016). Assim, de acordo com Fernandes, Tanabe et al. (2005) citado por Magalhães-Barbosa et al. (2017, p. 1),

“O processo de triagem deve ser facilmente compreendido, rapidamente aplicável, ter altas taxas de concordância inter-observadores, facilitar o

¹ The features of a robust triage system can be evaluated according to the following four criteria:

- Utility: The scale must be relatively easy to understand and simple to apply by emergency nurses and physicians.
- Validity: The scale should measure what it is designed to measure; that is, it should measure clinical urgency as opposed to severity or complexity of illness or some other aspect of the presentation or of the emergency environment.
- Reliability: The application of the scale must be independent of the nurse or physician performing the role, that is, it should be consistent. ‘Inter-rater reliability’ is the term used for the statistical measure of agreement that is achieved by two or more raters using the same scale.
- Safety: Triage decisions must be commensurate with objective clinical criteria and must optimise time to medical intervention. In addition, triage scales must be sensitive enough to capture no I presentations of high acuity.

encaminhamento apropriado, estar relacionada com os requisitos do uso dos recursos do departamento de emergência e prever os resultados clínicos, incluindo gravidade da doença e taxa de mortalidade.”²

O processo de triagem e a atribuição da prioridade para o atendimento resultará em três possíveis resultados: *'undertriage'* ou sub-triagem que resulta da atribuição de uma prioridade inferior ao seu verdadeiro nível de urgência, podendo ter como resultado um prolongado tempo de espera para observação médica e correndo o risco de agravamento do seu estado de saúde; decisão de triagem com prioridade corretamente atribuída de acordo com o seu verdadeiro nível de urgência, que otimiza o tempo para avaliação médica e minimiza o risco de complicações; e o *'overtriage'* que resulta da atribuição de um nível de prioridade superior ao verdadeiro nível de urgência, podendo resultar num tempo de atendimento inferior mas que, conseqüentemente, poderá comprometer o atendimento dos outros doentes que podem ter que esperar mais tempo por avaliação médica. A correta tomada de decisão clínica, baseada nas informações objetivas e observáveis evita a *'under'* ou *'overtriage'* sistemática (Australia, AG, DHA, 2009). Um sistema de triagem ideal deve corresponder sempre à real necessidade dos doentes. Existem múltiplos estudos que demonstram o impacto positivo da triagem adequada sobre a morbidade e mortalidade no serviço de urgência. A minimização da *'undertriage'* como estratégia para melhorar a morbidade e mortalidade tem sido amplamente discutida e estudada, contudo existe menos investigação relacionada com a *'overtriage'*. As conseqüências mais óbvias da *'overtriage'* são o desperdício de recursos, incluindo pessoal, tempo e equipamento, num doente com mínimas ou sem lesões (Shawhan et al., 2015).

Existe ainda um outro conceito relevante relacionado como os serviços de urgência e que necessita de um sistema de triagem eficiente. Cremonesi, Bella, Montefiori, & Persico (2015) consideram o *'overcrowding'* ou a sobrelotação um dos maiores e mais prejudiciais problemas, na gestão e organização dos serviços de urgência. Este fenómeno ocorre quando o número de doentes que acedem ao serviço de urgência excede a sua capacidade. Chiu et al. (2017) consideram que o *'overcrowding'* ocorre quando não há capacidade para satisfazer as necessidades do próximo doente que necessita de cuidados de forma oportuna. Para além de ser um fator associado, de forma negativa, à satisfação dos doentes com o serviço de urgência, estes autores referem que alguns estudos discutem a sobrelotação em associação com o comprometimento do comportamento dos profissionais. O *'overcrowding'* está também associado a piores perceções dos doentes, nomeadamente em relação à comunicação com os profissionais e ao atraso no início dos tratamentos. Está descrito igualmente que pode

² The triage process must be easily understood, rapidly applied, have high rates of inter-observer agreement, facilitate appropriate placement, correlate with ED resource use requirements and predict clinical outcomes, including severity of illness and mortality rate.

influenciar a prática clínica de alguns profissionais médicos, que pelo tempo mais reduzido que dispõem para observação e avaliação, tendem a manter o doente mais tempo no serviço de urgência para garantir que não surgem complicações. O estudo destes autores ainda refere que o *'overcrowding'* pode incrementar a utilização de ferramentas complementares de diagnóstico, aumentando assim os custos dos cuidados de saúde. Cremonesi et al. (2015) referem também achados empíricos que confirmam uma correlação positiva entre a sobrelotação e o tempo que um doente deve esperar antes de receber tratamento, sendo este efeito relevante para os doentes não urgentes, que são os responsáveis pela sobrelotação em si. Os tempos de espera dos doentes mais urgentes não aumentam na presença deste fenómeno, confirmando o sistema de triagem como robusto contra ocasiões de sobrelotação. Referem ainda que muitos dos doentes não urgentes que recorrem ao serviço de urgência, usam este serviço como substituto do médico de família. Esta utilização inapropriada, gerida com um sistema de triagem eficaz, que atribui uma prioridade adequada ao grau de urgência, proporciona um tratamento mais rápido aos doentes que mais necessitam de cuidados, afetando principalmente o tempo de espera daqueles que são doentes não urgentes. Ellbrant, Åkeson, & Åkeson (2015) referem que existem relatórios de muitos países que descrevem um aumento das admissões e a sobrelotação dos serviços de urgência, incluindo os pediátricos e sublinham a importância dos pais procurarem nos serviços primários de saúde, o atendimento em situações menos urgentes.

Com frequência, o tempo de espera excessivo é indevidamente atribuído ao sistema de triagem, contudo isso não tem que ver com o sistema de triagem em si, mas sim com a capacidade do sistema e com a eficácia dos processos. O sistema de triagem não melhora nem piora a sobrelotação do serviço de urgência, mas é a solução para tempos de espera prolongados, minimizando a taxa de mortalidade e morbidade dos doentes. Não pode ser tomado como um sistema de bloqueio ou de atraso na prestação de cuidados e observação médica, mas como uma forma de alocar os doentes de acordo com a sua urgência e na área de cuidados mais adequada. O objetivo é muito claro: o doente certo, no local certo, no tempo certo e com o prestador de cuidados certo (*The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013).

A comunicação desempenha um papel importante na eficácia do processo de triagem. No ambiente agitado do serviço de urgência, o enfermeiro da triagem é a pessoa mais solicitada para informações e conselhos, que deve ser capaz de comunicar com os doentes, acompanhantes, elementos da emergência pré-hospitalar, pessoal administrativo, médicos, enfermeiros entre outros, e que no decorrer da triagem deve estabelecer um processo de comunicação funcional para permitir uma avaliação efetiva dos doentes. Os problemas comunicacionais podem comprometer a triagem e por isso, é importante reconhecer barreiras

comunicacionais e minimizar o seu impacto (Australia, AG, DHA, 2009). Este mesmo autor (p. 19) refere como fatores a considerar no processo comunicacional na triagem:

- Ambiente físico: a presença de barreiras físicas como mesas ou vidros, a falta de privacidade, o ruído e o movimento das pessoas em todas as áreas, têm impacto na comunicação. É importante o enfermeiro da triagem tentar superar estas barreiras e assegurar ao doente que as suas informações são privadas e confidenciais;
- Restrição de tempo: como o processo de triagem não deve ser demorado, o objetivo deve ser equilibrar a velocidade da triagem e a minuciosidade da entrevista;
- Uso de linguagem: a utilização de termos mais técnicos ou muito vulgares podem levar a interpretações erradas;
- Comunicação não-verbal: a linguagem corporal, expressão facial e tom de voz são aspetos importantes e significativos na comunicação;
- Diversidade cultural: as diferenças de idade, género, etnia, idioma ou religião podem ter diversas barreiras, e necessitar de esforço para construção de um processo comunicacional eficaz;
- Preocupações com a saúde: são geradoras de ansiedade, sensíveis ou embaraçosas e influenciam a forma como a informação é comunicada e recebida. Deve evitar-se o uso de eufemismos por estes poderem distorcer a mensagem;
- Expetativas e pressupostos: o doente que se apresenta na triagem tem expetativas sobre o que acontecerá. Expetativas essas influenciadas pela própria perceção da sua urgência, preocupação com a sua saúde e experiências prévias. O enfermeiro triador, familiarizado com estes aspetos e com o ambiente da triagem, pode ser influenciado de forma negativa ou positiva por eles, podendo ajudar no reconhecimento precoce dos sintomas ou levar a hipóteses e preconceitos inapropriados;
- Emoções: os enfermeiros e os doentes reagem ao stress e à ansiedade de maneira diferente e com intensidade variável. Estas reações podem influenciar a capacidade da pessoa fornecer informações coerentes e a sua capacidade de responder com clareza. O enfermeiro triador deve ter a habilidade para manter a calma e conseguir uma comunicação eficaz dentro daquele ambiente.

Com frequência, o enfermeiro depara-se com uma postura de comunicação desafiadora por parte dos utilizadores, que através desse comportamento, involuntariamente expressam necessidades insatisfeitas. Compreender o que está por detrás deste tipo de comunicação, bem como saber o comportamento que desencadeia uma resposta emocional, é uma ferramenta que o enfermeiro da triagem deve possuir para responder ao problema que está na base do comportamento. Desenvolver estratégias para interpretar o comportamento de comunicação, ajuda a minimizar os efeitos do tipo de comunicação desafiadora (Australian

Government, 2009). Martin (2001) citado por este autor (p. 20) descreve quatro necessidades humanas básicas, sinais comuns de que podem não estar satisfeitas e estratégias para as satisfazer (Anexo I).

A linguagem não verbal que o enfermeiro da triagem adota, também é um aspeto a ter em consideração. O tom de voz, a linguagem corporal, expressão facial e postura são aspetos comunicacionais que podem ser facilitadores ou não na comunicação com o doente. Os enfermeiros e os doentes reagem de forma diferente a situações e momentos stressantes. E por isso, é importante que o enfermeiro mantenha, mesmo perante situações potenciadoras de stress, uma postura calma, assertiva, um tom uniforme e uma linguagem corporal neutra. Os preconceitos e juízos de valor deverão ser evitados porque podem afetar o juízo crítico, originar erros na atribuição da prioridade e conseqüentemente, resultados adversos para o doente (Edwards, 2013).

O estudo realizado por Hitchcock et al. (2013) procurou identificar problemas e potenciais vulnerabilidades no processo de triagem, intentando à compreensão desses problemas e promover melhorias para reduzir o risco e possíveis erros na triagem. Os aspetos identificados como problemáticos e semelhantes, encontrados em outras pesquisas foram o '*overcrowding*' ou sobrelotação do serviço de urgência e do hospital, porque compromete a segurança e a pontualidade nos cuidados; os bloqueios ao fluxo normal de doentes; a inexperiência ou um nível de competência inferior do enfermeiro da triagem; o trabalho em equipa, a comunicação e colaboração ineficazes. Estes autores verificaram que os últimos três aspetos foram evidenciados como a chave para a diminuição dos erros no processo de triagem. Em muitos casos a necessidade de tomada de decisão rápida, com informações limitadas, exigem comunicação e coordenação eficazes para o início rápido dos cuidados. Cuidados seguros, eficientes e de qualidade exigem uma comunicação frequente e eficaz entre a equipa multidisciplinar do serviço de urgência. O ambiente por vezes caótico dos serviços de urgência pode resultar em informações imprecisas ou perdidas durante a comunicação. Por isso, para minimizar o risco de ocorrência de eventos adversos, é importante existir uma comunicação clara, concisa e consistente entre os diversos profissionais de saúde. As evidências deste estudo apontam para a prova que estes problemas levam à diminuição da segurança no processo de triagem, podendo ter conseqüências adversas na prestação de cuidados aos doentes. Os enfermeiros que realizam triagem levam muitos anos a desenvolver as habilidades necessárias para esta função, mas todos tiveram que começar em algum momento e com menos experiência. Estes dados corroboram a necessidade de fornecer formação estruturada e orientação aos enfermeiros com menos experiência para aumentar a segurança dos doentes e qualidade nos cuidados e da triagem.

Segundo Brunt (2014), Stuart e Hubert Dreyfus desenvolveram e propuseram um modelo de aquisição de habilidades em que o aluno passa por cinco níveis de competência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Patrícia Benner aplicou este modelo à enfermagem, criando um modelo situacional, onde descreve as características de desempenho em cada nível de desenvolvimento, bem como necessidades de ensino/aprendizagem de cada nível.

Brunt (2014) refere ainda que a aquisição de competências faz-se seguindo uma lógica, que Patrícia Benner organizou por estádios e tem sido amplamente utilizada para descrever a progressão do conhecimento científico. No estádio um, os iniciantes não têm nenhuma experiência. Baseiam-se em aspetos concretos e objetivos e por isso, o seu comportamento é limitado e inflexível pela dificuldade em reconhecer os aspetos relevantes e não relevantes de cada situação. Não conseguem, portanto, estabelecer prioridades. No estádio dois, o iniciado avançado, os enfermeiros possuem um comportamento considerado aceitável, uma vez que já começam a perceber alguns dos elementos situacionais para além dos elementos objetivos. Já lidaram com situações reais suficientes para observar as componentes ou aspetos situacionais significativos e recorrentes de uma situação. Ainda assim, têm dificuldade em estabelecer prioridades. No estádio três, o enfermeiro competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos e é capaz de ver as suas ações em termos de metas ou planos de longo alcance através da perceção consciente. O conhecimento clínico integra-se com o conhecimento teórico, permitindo ao enfermeiro compreender o quadro geral da situação. Apesar de não ter a celeridade e a flexibilidade do enfermeiro proficiente, têm um sentimento de domínio e capacidade para lidar e gerir muitos dos imprevistos das situações. O estádio quatro, o enfermeiro proficiente percebe as situações como um todo e as suas ações são guiadas por máximas. Reconhece os acontecimentos típicos a acontecer numa determinada situação com base na sua experiência. A compreensão melhora o seu processo de decisão. Perceciona a globalidade da situação e orienta de forma ajustada os seus cuidados de acordo com prioridades. No estádio 5, o enfermeiro perito tem uma compreensão intuitiva de cada situação. Essa intuição leva ao foco na ação e não nos problemas. Tem uma compressão profunda do total da situação e domínio da aplicação de conhecimentos e habilidades. É capaz de se ajustar espontaneamente conforme necessário.

1.2 TOMADA DE DECISÃO NA TRIAGEM

A tomada de decisão na triagem é, segundo o Grupo Português de Triagem (2009, p. 28), “parte integrante e importante da prática clínica e de enfermagem. Uma sólida avaliação clínica de um doente requer tanto raciocínio como intuição, e ambos devem basear-se nos conhecimentos e aptidões profissionais”. As decisões clínicas não podem ser baseadas no senso comum, mas num certo nível de competência. Desta forma, parte do processo de tomada de decisão consiste em interpretar, discriminar e avaliar a informação recolhida acerca do doente (idem). Dippenaar & Bruijns (2016) também consideram que o processo que envolve a tomada de decisão na triagem depende muito do grau de conhecimento e experiência dos enfermeiros. Este processo requer uma avaliação rápida, análise crítica e uma tomada de decisão consistente por parte do enfermeiro que a realiza. Para Hitchcock et al. (2013) o nível de experiência é um fator importante na tomada de decisão, bem como a associação entre o nível de experiência e a especialização do enfermeiro na qualidade dos cuidados prestados.

O Grupo Português de Triagem (2009) considera que num processo de tomada de decisão deve recorrer-se a um conjunto de estratégias como sejam o raciocínio, reconhecimento de padrões, formulação repetida de hipóteses, representação mental e intuição. É através do raciocínio dedutivo e indutivo que o profissional distingue rapidamente as informações importantes e relevantes para tomar a decisão. Igualmente importante é o reconhecimento de padrões. Estes são utilizados pelos profissionais de saúde, particularmente na triagem, onde a tomada de decisão é rápida e com informações limitadas. A capacidade de utilização desta competência desenvolve-se com a experiência. A formulação repetida de hipóteses é utilizada para testar o raciocínio do diagnóstico. O método utilizado pode ser indutivo ou dedutivo, dependendo do grau de perícia, e através da recolha de dados para eliminação ou confirmação de hipóteses, é tomada a decisão. A representação mental “consiste em simplificar uma situação para obter um quadro geral, permitindo ao profissional concentrar-se nas informações importantes. As decisões de triagem têm de ser rápidas e o uso deste método é limitado nesta fase de cuidados prestados ao doente” (Grupo Português de Triagem, 2009, p.29). A intuição, intrinsecamente associada à perícia, resume-se à capacidade de resolver problemas com o acesso a poucos dados e tem um valor imensurável. As situações são vistas de uma forma holística e recorre-se à experiência adquirida para a tomada de decisão (idem). Segundo Australia, AG, DHA (2009), o processo de tomada de decisão na triagem é um processo intrinsecamente complexo e dinâmico. As decisões são tomadas dentro de um ambiente sensível ao tempo, com informações limitadas e geralmente sem diagnóstico médico. É por isso relevante que os enfermeiros possuam

conhecimento especializado e uma experiência ampla em diversas áreas de cuidados. Dippenaar & Bruijns (2016) referem também que a tomada de decisão é um processo subjetivo que exige um treino estruturado e experiência. De acordo com *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013), para poder tomar uma decisão sobre o grau de gravidade do problema de cada doente, o enfermeiro deverá reunir informações objetivas e subjetivas, utilizando o pensamento crítico de acordo com a sua experiência. Os doentes deverão ser avaliados rapidamente após a sua admissão, deverá ser determinada a gravidade do seu problema e categorizado no sistema de triagem, orientando o acesso à área mais adequada para observação, assegurando os recursos de forma eficiente e efetiva. É importante sublinhar que o processo de triagem não se resume a um número numa escala. É um processo que envolve pessoas, comunicação e recursos. Dippenaar & Bruijns (2016) consideram que a disponibilidade dos recursos dentro do serviço de urgência e as capacidades dos enfermeiros são os principais fatores que afetam a interface com um sistema de triagem. O processo de tomada de decisão na triagem permite determinar quem necessita de ser observado e alvo de cuidados de forma prioritária, evitando que a situação clínica de doentes mais urgentes se agrave durante o tempo de espera para observação médica (idem). O Grupo Português de Triage (2009, p.29) considera que a tomada de decisão durante a triagem “é composta por três fases: identificação de um problema, determinação das alternativas e seleção da alternativa mais adequada”. Este inclui um conjunto sequencial de passos. Inicia-se pela chegada do doente, onde é feita a primeira avaliação crítica e o despiste de doenças infetocontagiosas. De seguida, deve entrevistar-se o próprio doente, o prestador de cuidados ou o elemento da equipa de saúde pré-hospitalar que o acompanha. Para tal, deve recorrer-se a perguntas estruturadas, à avaliação de parâmetros vitais e perceção visual de sinais de gravidade, para identificar a queixa principal e o respetivo fluxograma. A partir daí, é tomada a decisão de triagem, identificando o discriminador adequado do fluxograma selecionado, para atribuir a prioridade que determina o nível de urgência e o tempo-alvo para atendimento (Coutinho et al., 2012; Grupo Português de Triage, 2009; *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013). Coutinho et al. (2012) referem que a triagem termina com o registo de todos estes dados e o encaminhamento para uma área específica de atendimento ou espera. *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013) ainda acrescenta que, o doente pode regressar à sala de espera ou iniciar-se um tratamento imediato, conforme o nível de prioridade e os recursos disponíveis. Sempre que apropriado, mesmo aos doentes que aguardem na sala de espera, pode dar-se início ao alívio de alguns sintomas ou realizar outro tipo de protocolos. Por fim, e sempre que possível, deve reavaliar-se os doentes nas

áreas de espera. Para o Grupo Português de Triagem (2009) a sala de espera deve ser considerada uma área de observação, procedendo-se à reavaliação frequente, para identificar doentes cujas condições possam alterar-se. Como processo dinâmico, a triagem implica também uma reavaliação por exemplo, dos doentes a que foi administrada analgesia farmacológica, que podem ser colocados numa prioridade inferior após alívio da dor, ou aumentar de prioridade em caso de agravamento. Australia, AG, DHA (2009) também refere que sempre que o tempo de espera exceder o tempo estipulado para observação médica, o doente deverá ser reavaliado e se existirem novos dados que justifiquem, este deve ser triado novamente, e ser-lhe atribuída uma prioridade superior, devendo esta segunda avaliação estar devidamente documentada.

Para Dippenaar & Bruijns (2016), os sistemas de triagem evoluíram por forma a ajudar os enfermeiros dos serviços de urgência na tomada de decisão clínica, permitindo a priorização de forma mais precisa e baseada na real urgência do doente. O elemento chave no serviço de urgência é o enfermeiro triador. Este utiliza a sua experiência, treino e conhecimento para gerir o fluxo de doentes. O Grupo Português de Triagem (2009) explica que os fluxogramas permitem ordenar do processo de raciocínio, sistematizar do pensamento durante a triagem e selecionar uma das cinco categorias de triagem existentes. Desta forma consideram que a decisão deixa de ser aleatória, subjetiva ou por ordem de chegada, passando a ser baseada em critérios estabelecidos.

1.3 SISTEMAS DE TRIAGEM

Os sistemas de triagem que existem atualmente são baseados em consensos de grupos de especialistas na área da emergência. Estes grupos criaram sistemas de algoritmos, baseados na avaliação do risco clínico e nas evidências usadas para definir o grau de severidade da doença ou da condição do doente. Estes sistemas estão dimensionados em três, quatro ou cinco níveis de classificação, sendo os últimos os de maior complexidade. São os sistemas de triagem a cinco níveis os que têm demonstrado maior validade em relação aos de três níveis, tendo sido os estudos predominantemente realizados nos respetivos países de origem e na população adulta (Magalhães-Barbosa et al., 2017).

Os diferentes sistemas de triagem desenvolveram-se em todo o mundo de forma a dar resposta às necessidades de cada contexto (idem), e todos partilham o objetivo de distinguir o doente verdadeiramente urgente do doente que tem condições para aguardar, com segurança, pelo atendimento médico (Coutinho et al., 2012). Os algoritmos utilizados pelos

diversos sistemas foram projetados para serem usados por enfermeiros qualificados, treinados e experientes (Dippenaar & Bruijns, 2016).

Dos sistemas de cinco níveis de classificação, temos o ESI (Emergency Severity Index) dos EUA, a ATS (Australasian Triage Scale) da Austrália, o CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale) do Canadá e a MTS (Manchester Triage System) do Reino Unido (Dippenaar & Bruijns, 2016).

Emergency Severity Index (ESI)

Historicamente, os Estados Unidos da América não tinham uma escala padronizada de triagem. A ESI foi desenvolvida por dois médicos, por forma a ajudar o enfermeiro da triagem a determinar que precisava de ser visto primeiro e considerar os recursos que seriam necessários durante todo o episódio de urgência. A primeira versão foi introduzida em 1999 em dois hospitais universitários (Edwards, 2013). Este sistema é baseado num único fluxograma, não havendo determinação de tempo para o atendimento e cada instituição determina a sua norma interna (Coutinho et al., 2012). Baseia-se na prioridade do tratamento (em quanto tempo o doente deve ser observado) e nos recursos (quais os prováveis recursos que o doente exigirá). Foi refinado em várias ocasiões e verificou-se ser confiável em diversos cenários (Australia, AG, DHA, 2009). Segundo Coutinho et al. (2012, p. 189)

Apresenta cinco níveis de prioridade:

- Nível 1: emergente: avaliação médica imediata;
- Nível 2: urgente: recomenda-se não mais que 10 minutos para o atendimento;
- Nível 3: os sintomas relacionam-se à doença aguda e os fatores de risco não indicam risco de deterioração rápida;
- Nível 4: pacientes com queixas crónicas, sem ameaça à função de órgãos vitais;
- Nível 5: os pacientes apresentam-se estáveis e não necessitam de recursos.

A previsão dos recursos é utilizada apenas para pacientes menos graves; sendo assim, os que necessitam de dois, um ou zero recursos são classificados como 3, 4 e 5 respectivamente.

A ESI, ao contrário de outros sistemas de triagem, não tem tempo indicado para a observação médica de acordo com cada nível de prioridade. No entanto, os doentes que sejam triados com o nível 2 devem ser avaliados por um médico o mais rapidamente possível. Por exemplo, um doente com dor torácica, cujo tempo de observação pode ser determinante,

necessita de observação médica e ECG dentro de dez minutos, como nos outros sistemas de triagem (Edwards, 2013).

Australasian Triage Scale (ATS)

Implementada em 1993, tornou-se no primeiro sistema de triagem utilizado nos sistemas públicos de emergência na Austrália. É uma escala com cinco níveis de urgência, baseados em fatores clínicos e comportamentais (tabela 1). A abordagem primária na triagem é feita identificando e corrigindo condições que ameaçam a vida. O enfermeiro deve assegurar que os doentes com alterações fisiológicas não são atrasados pelo processo de triagem e são alocados à área clínica adequada para tratamento da sua condição, devendo os preditores/descriptores de doenças/lesões críticas ser reconhecidos para reduzir a morbidade e mortalidade dos doentes (Australia, AG, DHA, 2009).

Tabela 1 – Níveis de urgência da ATS

(fonte: Cabrera & Silva, 2017; Australia, AG, DHA, 2009)

Categoria 1	Risco de vida imediato	Atendimento imediato
Categoria 2	Risco de vida iminente	Atendimento num máximo de dez minutos
Categoria 3	Risco potencial de vida ou importante tempo crítico para tratamento ou dor severa	Atendimento num máximo de trinta minutos
Categoria 4	Doentes potencialmente sérios	Atendimento num máximo de sessenta minutos
Categoria 5	Não urgente	Atendimento num máximo de cento e vinte minutos

O processo de triagem deve iniciar-se pela observação da aparência e comportamento do doente. É uma componente essencial que fornece muita informação acerca do estado físico e psicológico do mesmo. Deve observar-se a mobilidade, a forma como o doente se comporta e deve colocar a si mesmo a questão ‘Esta pessoa parece doente?’. Após a pesquisa primária deve ser iniciada através da avaliação dos preditores fisiológicos em adultos (Anexo II) para atribuir respetiva categoria da ATS (idem). Este autor também considera o reconhecimento, avaliação e a gestão efetiva no alívio da dor, um aspeto importante no processo de triagem. A categorização dos descritores da ATS para a dor estão

de acordo com o tipo e intensidade de dor que o doente apresenta, sendo esta avaliação realizada de acordo com autorrelato e escalas de avaliação validadas.

A triagem pediátrica assenta no conhecimento das diferenças fisiológicas, desenvolvimentais e psicológicas entre as crianças e os adultos. Os princípios da avaliação primária são os mesmos, no entanto a idade influencia o padrão de apresentação, avaliação e gestão, uma vez que as crianças são propensas a uma rápida deterioração do seu estado de saúde. A observação da aparência geral da criança quando chega à triagem é o foco primário do enfermeiro, uma vez que os dados que daí surgem são significativos. Posteriormente, a avaliação dos preditores fisiológicos é realizada de acordo com as características específicas da pediatria (Anexo III) para atribuir a respetiva categoria da ATS (Austrália, AG, DHA, 2009).

Este mesmo autor, para além da triagem pediátrica, aborda também a triagem na saúde mental. É uma triagem baseada na avaliação da aparência, comportamento e conversa, que só ocorre após a avaliação primária estar completa. Tem uma ferramenta de triagem própria e a alocação a uma determinada categoria deve ser consistente com os descritores para os transtornos comportamentais agudos e risco de auto e heteroagressão.

De acordo com Cabrera & Silva (2017), este sistema de triagem carece de estudos que avaliassem os critérios de validade e confiança estando mesmo desaconselhado a categorização de urgências no foro psiquiátrico. Contudo, desde a sua implementação, os tempos de espera diminuíram progressivamente e existe uma maior satisfação dos doentes e dos profissionais de saúde devido à maior organização do trabalho.

Manchester Triage System (MTS)

A MTS é um sistema de triagem de cinco níveis que atribui uma prioridade clínica aos doentes adultos e pediátricos. Foi introduzida no Reino Unido em 1996, tendo várias versões traduzidas e em utilização em todo o mundo (Cabrera, 2017; N. Seiger et al., 2011). Em Portugal, o Hospital Fernando da Fonseca na Amadora e o Hospital de Santo António no Porto, foram os pioneiros no estabelecimento e divulgação, com implementação do Protocolo Triagem de Manchester (PTM) em outubro de 2000. Em maio de 2001, o Ministério da Saúde celebrou um acordo que permitia às instituições hospitalares a implementação do PTM, atingindo em 2009 cerca de 75 serviços de urgência públicos e privados, mantendo perspectivas de crescimento a toda a rede de urgência. A internacionalização do PTM, com implementação em países como a Austrália, Nova Zelândia, Holanda, Alemanha, Itália, Áustria, Suécia, Japão, Canadá, Espanha e Brasil, “permitiu testar o PTM e adaptá-lo a culturas diversas, validando os parâmetros de qualidade e modelo de gestão” (Grupo Português de Triagem, 2009, p. 25).

A MTS tem cinquenta e dois fluxogramas que representam a queixa principal. Cada fluxograma contém discriminadores gerais e específicos (sinais e sintomas) que vão distinguir os diferentes níveis de prioridade. Os discriminadores gerais (probabilidade de morte, agravamento do estado patológico, estado de consciência, dor, temperatura e hemorragia) estão presentes em todos os fluxogramas e devem ser aplicados a todos os doentes. Os discriminadores específicos são direcionados a cada fluxograma ou conjunto de fluxogramas relacionados com a mesma patologia e são característicos das apresentações particulares de cada problema. A alocação em cada nível de urgência indica o tempo máximo (em minutos) que cada doente pode esperar até avaliação médica (tabela 2). O nível de urgência “imediato”, codificado com a cor vermelha, deve dispor de uma avaliação médica imediata; o nível de urgência “muito urgente”, codificado com a cor laranja, necessita de avaliação médica dentro dos dez minutos seguintes; o nível “urgente”, codificado com a cor amarela, deve ser avaliado nos sessenta minutos seguintes; o nível “menos urgente”, codificado com a cor verde, dentro de cento e vinte minutos e, por fim, o nível “não urgente”, codificado com cor azul, pode esperar até duzentos e quarenta minutos por avaliação clínica. Em Portugal e em outros países onde a MTS é utilizada, surgiu um sexto nível de classificação, codificado com a cor branca e que se destina a doentes fora da categoria de urgência e que recorrem ao SU para realização de procedimentos eletivos (Cabrera, 2017; N. Seiger et al., 2011).

Tabela 2 – Níveis de urgência da MTS, cor atribuída e tempo alvo, em minutos, para atendimento (fonte: Grupo Português de Triagem, 2009 p.29)

Número	Nome	Cor	Tempo-alvo (min.)
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

A Austrália, AG, DHA (2009) considera que a MTS apresenta uma abordagem para tomada de decisão baseada em algoritmos e por isso, acredita-se que é particularmente benéfica para enfermeiros mais novos e com menos experiência porque a tomada de decisão ocorre em parâmetros muito bem definidos. De acordo com o Grupo Português de Triagem (2009, p.31) a tomada de decisão na triagem com a MTS segue cinco passos:

- “Identificação do problema
- Colheita e análise das informações relacionadas com a solução
- Avaliação de todas as alternativas e selecção de uma para implementação
- Implementação da alternativa selecionada
- Monitorização da implementação e avaliação dos resultados.”

O processo de triagem inicia-se através de um exame físico sumário, suportado nas técnicas de comunicação que o enfermeiro deve ter e termina na alocação num dos cinquenta e dois fluxogramas. A escuta ativa das queixas do doente e a avaliação da aparência geral, estado mental, sinais vitais e indicadores hemodinâmicos permite a alocação num determinado discriminador do fluxograma, cuja recolha de informação é realizada pelo acrónimo PQRST, que analisa: fatores provocantes (**P**rovoking factors) incluindo fatores de alívio; tipo de dor (**Q**uality of pain); localização e radiação da dor (**R**egion/**R**adiation); intensidade e fatores de agudização da dor (**S**everity of pain); cronologia dos sintomas (**T**ime); e por fim, o tratamento já efetuado devido à situação patológica atual (**T**reatment) (Cabrera, 2017). Para o Grupo Português de Triagem (2009) é importante que a avaliação seja sistemática e que todos os elementos sejam reunidos para ter uma imagem completa dos problemas do doente. Por este motivo recomendam que o profissional da triagem deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência e capacidades interpessoais para comunicar de forma eficaz com os doentes e as suas famílias. A abordagem sugerida para esta avaliação encontra-se em Anexo IV.

Dos cinquenta e dois fluxogramas da MTS, quarenta e nove são adequados à pediatria. Existem também alguns específicos para a idade pediátrica tais como “criança com dor abdominal”, “pais preocupados”, “criança doente”, que à semelhança dos outros fluxogramas, também apresentam discriminadores gerais e específicos (Seiger et al., 2011; Seiger et al., 2014). Os estudos de Amthauer & Luzia (2016) e Seiger et al. (2011) referem que esta escala, na área pediátrica, demonstrou moderada validade e sensibilidade. Estes aspetos podem estar relacionados com a falta de organização dos fluxogramas específicos para a pediatria (Amthauer & Luzia, 2016). Seiger et al. (2011) acrescentam ainda que os erros por ‘*overtriage*’ são em maior número do que por ‘*undertriage*’ sendo esta a mais severa e, apesar de, na triagem pediátrica, a ‘*undertriage*’ severa ser menos prevalente. Os especialistas acreditam que o atraso na avaliação e tratamento, consequência da ‘*undertriage*’, pode ter implicações sérias, apesar de apenas ocorrer em aproximadamente 1% das crianças. Para reduzir a ‘*undertriage*’, os últimos autores sugeriam que a MTS deveria incluir avaliação dos sinais vitais. É ainda referido que os fluxogramas da MTS são muito redutores e não abrangem uma variedade de situações clínicas relevantes e que levam as crianças ao serviço de urgência. Estes dados são também corroborados com os autores

citados em Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2018) na norma emitida referente aos sistemas de triagem dos serviços de urgência.

Cabe ao Grupo Português de Triagem a realização de auditorias externas à implementação do Sistema de Triagem de Manchester nos serviços de urgência (Portugal, MS, DGS, 2018; Regulamento nº351/2015, 2015).

Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)

A CTAS foi introduzida no Canadá em 1991 através da colaboração da Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), National Emergency Nurses Association (NENA), l'Association des Médecins d'Urgence du Québec (AMUQ) e da Society of Rural Physicians of Canada (SRPC), que estudaram a bem sucedida NTS da Austrália. Este grupo de trabalho também reconheceu, através do Canadian Pediatric Society (CPS) que a criança (do neonato ao adolescente) não estava devidamente diferenciada na ferramenta construída, porque esta estava centrada no adulto. Neste contexto, surge em 2001 a Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (PaedCTAS). Em 2004 a CTAS do adulto foi reformulada através do contributo do Canadian Emergency Department Information System (CEDIS), havendo também em 2008, uma atualização da CTAS adulto e pediátrico, tornando-as mais congruentes e introduzindo mais especificidade na escala pediátrica. Determinou-se então que a partir de 2004, com base em colaborações nacionais e internacionais, as atualizações seriam realizadas e publicadas a cada quatro anos. O objetivo é fornecer maior segurança ao doente, equidade no acesso e melhorar continuamente o processo de triagem com base nos desafios em saúde que vão surgindo (Bullard et al., 2017). A CTAS é uma escala de cinco níveis e com tempo estabelecido para observação médica (tabela 3), de acordo com a queixa principal do doente.

Tabela 3 – Níveis de urgência da CTAS

(fonte: FitzGerald et al., 2010; *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013)

Nível 1	Reanimação	Imediato
Nível 2	Emergente	< 15 minutos
Nível 3	Urgente	< 30 minutos
Nível 4	Pouco urgente	< 60 minutos
Nível 5	Não urgente	< 120 minutos

A revisão da CTAS em 2004, de acordo com Bullard, Unger, Spence, Grafstein, & CTAS Nacional Working Group (2008), introduziu o conceito de modificadores para auxiliar os enfermeiros na atribuição mais adequada do nível de prioridade. Para *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013), os modificadores fornecem informação relevante adicional em relação à queixa principal e ajudam na atribuição da prioridade da CTAS. Estes modificadores foram divididos em dois tipos: primeira e segunda ordem.

Segundo Bullard et al. (2008); *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013) os modificadores de primeira ordem são amplamente aplicáveis a um grande número de queixas principais. Estes incluem modificadores dos sinais vitais (dificuldade respiratória, estabilidade hemodinâmica, nível de consciência e febre), gravidade da dor (crónica/aguda, central/periférica) e mecanismos de lesão. Os modificadores de funções vitais refletem de forma eficaz a primeira impressão que o enfermeiro tem durante o primeiro olhar crítico (anexo V). Os modificadores de segunda ordem são específicos e limitados a algumas queixas, sendo um exemplo o baixo nível de glicemia (por exemplo: glicémia < 3mmol/L e/ou sintomático aplica-se a três queixas- alteração do nível de consciência, confusão e hipoglicémia; glicémia < 3mmol/L e assintomático aplica-se apenas para uma queixa: hipoglicémia) (anexo VI). Assim de forma mais resumida, a decisão de triagem baseia-se em:

- Primeiro olhar crítico
- Queixa principal CEDIS/Controlo de infeção
- Modificadores de 1ª Ordem:
 - Funções vitais (dificuldade respiratória, estabilidade hemodinâmica, nível de consciência, temperatura)
 - Outros: escala de dor, transtorno hemorrágico, mecanismo de lesão)
- Modificadores de 2ª ordem:
 - Avaliação do enfermeiro (os doentes podem ser triados num nível superior em casos em que a perceção holística indique alto risco).

Quando o doente entra na triagem e após o primeiro olhar crítico, o enfermeiro deve avaliar e validar a queixa principal através de uma entrevista rápida (entre dois a cinco minutos) e ter em consideração todos os modificadores para alocar um doente a um determinado nível de triagem (Edwards, 2013).

De acordo com *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013), o nível 1 aplica-se a doentes com sinais muito óbvios de disfunção orgânica e funções vitais instáveis, quando

existem condições que ameaçam a vida ou membro, risco iminente de deterioração e que requerem intervenção agressiva e cuidados de enfermagem contínuos. O nível 2 aplica-se quando existem condições que são uma potencial ameaça à vida, membro ou função, exigindo intervenção médica rápida e implicando reavaliação a cada 15 minutos em casos de espera para avaliação inicial do médico. O nível 3 aplica-se quando existem condições que podem potencialmente progredir para um problema sério que exija intervenção urgente e implica reavaliação a cada 30 minutos, em casos de espera para avaliação inicial do médico. Estas condições podem estar associadas a desconforto significativo ou afetar a capacidade para trabalhar ou realizar atividades diárias. O nível 4 aplica-se quando há condições relacionadas com a idade do doente ou potencial para deterioração que beneficiaria de uma intervenção ou reavaliação dentro de uma ou duas horas, e sempre que não exista avaliação inicial médica, uma reavaliação a cada 60 minutos. Por último, o nível 5 aplica-se quando existem condições que podem ser parte de um problema crónico, com ou sem evidência de deterioração, ou que podendo ser agudas, não são urgentes e, em casos de espera pela avaliação inicial do médico, implicam reavaliação a cada 120 minutos. A investigação ou intervenção para algumas destas doenças ou lesões podem ser adiadas ou até referenciadas para outras áreas do hospital ou do sistema de saúde.

A reavaliação depende da queixa principal, do nível de triagem inicial ou de qualquer alteração observada no doente. Todas as reavaliações e as alterações ao nível de prioridade inicial devem ser documentadas. A reavaliação pode implicar alteração apenas para uma prioridade superior à atribuída de acordo com a avaliação inicial. A cada reavaliação, o enfermeiro deverá decidir: “Quanto tempo pode este doente esperar em segurança” (idem, p. 15).

Existem diversos estudos que analisaram a confiabilidade desta escala. Mirhaghi, Heydari, Mazlom, & Ebrahimi (2015), através da meta-análise realizada, concluíram que a CTAS apresenta um nível aceitável de confiabilidade, distribuindo adequadamente os doentes nas diversas categorias de triagem. Após a terceira edição da CTAS, a confiabilidade manteve-se o que significa que as revisões foram consideravelmente eficazes, contudo continua a necessitar de mais desenvolvimento para atingir a concordância perfeita e diminuir a ‘*undertriage*’, especialmente noutros países para além do Canadá.

A preocupação da adequação à pediatria surge em 2001 quando o CAEP, NENA e Canadian Paediatric Society publicaram as guidelines para a implementação da versão pediátrica da CTAS (PaedCTAS). Esta foi criada a partir da versão do adulto através da integração de discriminadores e dados pediátricos. Em 2008 foi publicada a revisão da PaedCTAS, implementada no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) - EPE e

Centro Hospitalar de São João – EPE. Neste último, a versão de 2012 está atualmente em fase de implementação (Portugal, MS, DGS, 2018).

1.3.1. Triagem em pediatria e aplicação da PaedCTAS

De acordo com o Despacho nº3762/2015 (2015), não obstante a importância já reconhecida em Portugal do Sistema de Triagem de Manchester, a triagem pediátrica deve ter em conta a especificidade da criança. Nesse sentido e de acordo com a recomendação da Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, as urgências pediátricas poderão utilizar como sistema de triagem o PTM ou a PaedCTAS, considerando esta última particularmente adequada à especificidade da criança. Por esse motivo e pelo fato de estar implementado no Hospital Pediátrico de Coimbra, pertencente ao CHUC – EPE, é a PaedCTAS que irá ser abordada com maior detalhe.

A triagem pediátrica é uma tarefa complexa, não só pelos parâmetros fisiológicos, epidemiológicos e apresentação clínica de diversas doenças, como também pelos desafios da comunicação com a criança/adolescente e pais (Magalhães-Barbosa et al., 2017). As diferenças anatómicas, fisiológicas e psicossociais tornam estes doentes únicos. Relativamente às diferenças anatómicas, o crânio maior em proporção ao resto do corpo, torna as crianças mais pequenas mais suscetíveis a traumatismos cranianos com quedas relativamente menores. A via aérea é mais pequena e mais suscetível à obstrução por corpos estranhos, secreções ou edema. Apresentam um pescoço flácido, uma língua grande e uma respiração predominante pelo nariz. As diferenças na respiração incluem uma frequência respiratória mais elevada, maior utilização dos músculos acessórios, tórax estreito e respiração abdominal. O tamanho mais pequeno das crianças influencia a sua ação/resposta à doença/lesão. A variabilidade do peso ao longo da idade pediátrica implica uma disponibilidade de equipamentos adequado aos níveis de tamanho, essencial à avaliação precisa. O peso (em quilogramas) é uma importante medição para orientar tratamento e terapêutica. As diferenças fisiológicas também são várias e distintas. Apresentam um sistema imunitário imaturo e por isso, risco aumentado de sépsis em lactentes com idade inferior a três meses e bacteriemia em crianças com menos de dois anos. As taxas metabólicas aumentadas resultam em maior quantidade de oxigénio, procura de glicose e perda de fluidos. O controlo da temperatura e as perdas insensíveis (como a temperatura) são influenciadas pelo aumento da superfície corporal em comparação com o peso. Uma pequena perda de sangue pode ser significativa por apresentarem um volume circulante menor por quilograma

de peso corporal. Apresentam um maior volume de água (75 a 80% do peso das crianças é água), e por isso é importante avaliar sinais de desidratação. O débito urinário é de 1-2 ml/kg/h devido à incapacidade dos rins concentrarem urina no seu máximo durante a infância. Existe variabilidade da frequência cardíaca conforma a idade. Os lactentes e as crianças são incapazes de melhorar o volume sistólico sem o aumento compensatório da frequência cardíaca, e por isso mudanças notórias são importantes para o prognóstico. Hipotensão e bradicardia são sinais de alarme. No que diz respeito à avaliação psicossocial, é importante ter em mente as diferenças psicossociais existentes entre cada faixa etária. A avaliação da aparência geral e do nível de consciência é importante. A interação deve ser baseada no estágio de desenvolvimento intelectual e emocional de cada criança. Não se deve julgar antecipadamente a inteligência ou antecipar reações tendo em conta o tamanho e/ou aparência. A resposta de uma criança à doença pode ser diferente consoante a idade e o estágio de desenvolvimento. É importante observar a resposta emocional da criança a estímulos e a interação com o cuidador. A avaliação da criança na triagem deve ter também em consideração os fatores psicológicos e as influências socioculturais e familiares (*The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013).

Para Hohenhaus, Travers, & Mecham (2008), a triagem pediátrica envolve um rápido reconhecimento da criança gravemente doente ou ferida, atribuindo um nível de classificação à gravidade avaliada, antecipando os cuidados mais urgentes e o encaminhamento adequado. *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013) refere que a triagem pediátrica aplica-se a crianças desde o nascimento até à adolescência, com especial atenção a crianças dependentes de equipamento médico (por exemplo dependente de ventilador, sondas de alimentação), podendo eventualmente aplicar-se também a pessoas mais velhas mas com necessidades especiais (por exemplo com paralisia cerebral). O processo de triagem da PaedCTAS “inclui três passos: impressão inicial da gravidade clínica avaliada pelo triângulo de avaliação pediátrica, avaliação da queixa/motivo de consulta e avaliação dos sinais vitais, tendo em conta a idade e os fatores de risco associados” (Portugal, MS, DGS, 2018, p. 11). A PaedCTAS possui 5 níveis de prioridade associado a cores e tempo alvo para observação médica (tabela 4), e cada nível tem descrito as características clínicas que podem ser observadas (idem).

As diferenças, comparativamente com a CTAS, residem nas técnicas de avaliação utilizadas e no método de entrevista que devem ser adaptados de acordo com as diferentes fases do desenvolvimento das crianças. O primeiro olhar crítico é, como já foi dito, de acordo com o triângulo de avaliação pediátrico (TAP) ao invés do ABCD; a avaliação anatômica,

fisiológica, psicológica e os respetivos modificadores são diferentes; a importância de algumas queixas e/ou sintomas diferem, podendo os sintomas descritos não refletir de forma explícita a condição da criança; nas crianças alguns sintomas do seu processo de doença podem apresentar-se mais tardiamente, o que implica uma avaliação mais específica na triagem; existe um impacto significativo da idade/desenvolvimento e aspetos psicossociais (*The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013).

Tabela 4 – Níveis de urgência da PaedCTAS e tempo para observação médica

(fonte: Portugal, MS, DGS, 2018)

Nível 1	Emergente	0 minutos
Nível 2	Muito urgente	< 15 minutos
Nível 3	Urgente	< 30 minutos
Nível 4	Pouco urgente	< 60 minutos
Nível 5	Não urgente	< 120 minutos

O triângulo de avaliação pediátrica é reconhecido como o primeiro passo na avaliação fisiológica das crianças (anexo VII). É uma ferramenta que foi desenvolvida na década de noventa, pela Academia Americana de Pediatria, para a avaliação inicial de doentes pediátricos no ambiente pré-hospitalar. É de rápida e fácil aplicação, permite identificar crianças com detioração fisiológica, e por isso constitui uma ferramenta ideal a utilizar na primeira fase da triagem num serviço de urgência pediátrica (Fernández et al., 2016). O TAP sintetiza os componentes mais importantes do primeiro olhar crítico. Consiste na avaliação rápida (três a cinco segundos) pelo enfermeiro triador, da aparência geral, respiração e circulação da criança. Esta rápida avaliação permite identificar as crianças que estão gravemente doentes ou em risco de súbita detioração (*The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013).

À maioria das crianças pode ser atribuído um nível de triagem após o primeiro olhar crítico, descrição da história com identificação da queixa principal e avaliação dos sinais vitais, devendo a limitação da avaliação depender da gravidade da impressão inicial. Apenas a uma pequena minoria de crianças pode ser necessário uma história mais detalhada e realizar um exame físico para se atribuir o nível de triagem adequado (idem). O estudo de Fernández et

al. (2016) conclui que, a associação entre o TAP e os marcadores de gravidade sugerem o TAP como uma ferramenta válida no primeiro passo no processo de triagem realizado pelos enfermeiros.

O passo seguinte consiste na exploração da queixa principal que motivou a vinda ao serviço de urgência. É importante limitar esta exploração aos factos necessários para uma avaliação precisa na triagem. As crianças podem não ser capazes de descrever a severidade da doença. Tendo em conta a extensão em que os sintomas podem interferir com as atividades de vida, as alterações do padrão de alimentação e comportamento podem fornecer pistas para ajudar na atribuição da prioridade. O tipo de comunicação deve ser adaptada e variar de acordo com a idade da criança. Um enfermeiro experiente reconhece quais as circunstâncias que necessitam de ser aprofundadas no momento da triagem. A história recolhida na triagem não é substituída da avaliação inicial para os enfermeiros, nem da colheita de dados para os médicos (*The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013).

Os sinais vitais devem ser avaliados em todas as crianças durante a sua permanência no SU. Sendo modificadores de 1ª ordem, devem ser considerados em conjunto com a aparência geral, na atribuição do nível de prioridade, sendo que estes variam conforme a idade, desenvolvimento e estrutura física da criança avaliada. O momento deve depender do estado da criança e deve tentar avaliar-se enquanto a criança está calma. Para aqueles triados com o nível 1 e 2, a avaliação é feita durante o tratamento. Nunca devem ser mantidos na sala de triagem para completar o historial ou avaliar os sinais vitais para confirmar o seu nível de triagem. No nível 1, as evidências de que a criança está em choque, inconsciente ou com dificuldade respiratória severa, serão óbvias ao primeiro olhar crítico. No nível 2, as evidências de que a criança está hemodinamicamente comprometida, com dificuldade respiratória moderada ou com alteração da consciência, pode exigir do enfermeiro da triagem, a realização de um olhar crítico mais minucioso aplicando o TAP, mas raramente é necessário uma avaliação completa dos sinais vitais para determinar a prioridade. No nível 3, a avaliação é feita para confirmar o seu nível de prioridade e ajudar a determinar se é seguro aguardarem pelo tratamento. Para as crianças avaliadas com prioridade 4 ou 5, a avaliação de alguns ou de todos os sinais vitais pode ser feita na triagem ou na área de tratamento. A relação entre o nível de prioridade CTAS e os sinais vitais encontra-se na tabela 5 (idem).

Os modificadores de 1ª ordem incluem, para além dos sinais vitais, parâmetros não fisiológicos tais como a dor, transtorno hemorrágico e mecanismo de lesão. Os modificadores de 2ª ordem são específicos para algumas queixas e podem ser necessários para apoiar os modificadores de 1ª ordem, assegurando a atribuição adequada do nível de prioridade ou nos

casos em que os modificadores de 1ª ordem não são adequados às queixas apresentadas (idem). O resumo dos modificadores encontram-se no anexo VIII.

Tabela 5 – Relação entre nível CTAS e os sinais vitais

(fonte: *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013)

Nível 1 (Reanimação)	Criança com ≥ 3 sinais vitais fora do limite da normalidade
Nível 2 (Emergente)	Criança com 2 sinais vitais fora do limite da normalidade
Nível 3 (Urgente)	Criança com 1 sinal vital fora do limite da normalidade
Nível 4 (Pouco urgente) ou Nível 5 (Não urgente)	Baseia-se em história mais aprofundada e devem ter sinais vitais normais

The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources (2013) também refere que, no que diz respeito às reavaliações, deve aconselhar-se os pais/crianças a voltarem à triagem se as suas condições se modificarem enquanto aguardam. À semelhança da CTAS de adultos, as reavaliações devem ser todas documentadas, nunca alterando o nível de prioridade inicial a não ser que a condição da criança se altere. A reavaliação das crianças em espera deve ocorrer nos seguintes intervalos de tempo:

- nível 1: cuidados de enfermagem contínuos;
- nível 2: a cada 15 minutos;
- nível 3: a cada 30 minutos;
- nível 4: a cada 60 minutos;
- nível 5: a cada 120 minutos.

A extensão da reavaliação depende do que mudou e de qual a base para o nível de prioridade atribuído. Não é necessário reavaliar todos os modificadores, apenas aqueles que interferem com o nível CTAS (idem).

1.4 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DA TRIAGEM

O início de funções na triagem é um momento empolgante e assustador para o enfermeiro, devido ao isolamento geográfico desta área de trabalho e à tomada de decisão independente que tem que realizar (Visser, Montejano, & Grossman, 2015). O enfermeiro da triagem é a primeira pessoa que o doente encontra quando entra no serviço de urgência, motivo pelo qual deverá ter alguns atributos e características para o desempenho da sua função (Edwards, 2013).

The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources (2013), descreve competências específicas que o enfermeiro que realiza a triagem deverá ter. A experiência é considerada um aspeto fundamental. Deverá ter pelo menos dois anos de experiência na área de urgência e deverá executar a função após a formação sobre o processo de triagem de acordo com o modelo canadiano.

O enfermeiro da triagem deverá ser proficiente em diversas áreas. Ter uma base de conhecimentos diversificada é muito relevante, uma vez que irá deparar-se com inúmeras situações e deverá ser capaz de resolver problemas usando o seu conhecimento prévio e de enfermagem de emergência. A tomada de decisão rápida com base nas informações fornecidas pelo doente, onde se inclui a capacidade de organizar e analisar a informação recolhida, reconhecer padrões e reunir evidências que suportem as conclusões, é determinante. O enfermeiro necessita de desenvolver e aplicar esse pensamento crítico para atribuir o nível adequado de prioridade, devendo essa decisão ser precisa e não colocar o doente em risco (Edwards, 2013; *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013).

Associada à habilidade de pensamento crítico está a habilidade de comunicação. Como tem vindo a ser descrito, a triagem é uma área onde a comunicação é vital (idem). A capacidade para orientar a entrevista é essencial, uma vez que as informações recolhidas no momento da triagem são essenciais para ajudar a determinar o nível de gravidade da situação. O enfermeiro deverá ser capaz de focar-se nas informações necessárias, incentivar o diálogo através do contacto visual e expressões faciais, usar palavras chave, formular perguntas abertas para obter informações sobre os sintomas e perguntas diretas para obter informações mais específicas, clarificar algumas informações através da interrogação acerca do que a pessoa entende relativamente ao que mencionou, ter capacidade de resumir e terminar a comunicação, e acima de tudo, ouvir com empatia. Uma vez que irá lidar com pessoas e famílias preocupadas, deverá ter capacidade de autocontrolo. Bem como ser capaz

de ouvir com paciência, demonstrar que se preocupa de forma genuína, ser atencioso e não esquecer a importância da linguagem não verbal na abertura das linhas de comunicação. Existem evidências que demonstraram a correlação entre a experiência durante a triagem inicial e a satisfação em relação a todo o serviço de urgência (*The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013).

O enfermeiro da triagem devem também possuir a capacidade de trabalhar em períodos e situações de stress. Ao trabalhar num serviço em que as situações de stress acontecem e onde um número elevado de doentes podem ocorrer, o enfermeiro da triagem deve ser capaz de realizar múltiplas tarefas e ter capacidade de delegar algumas funções. Deve também ter uma boa compreensão em relação à cultura e diversidade religiosa, pela necessidade de adequar a observação e compreender algumas situações, associadas a fatores culturais ou religiosos, que possam surgir. A triagem também é, por vezes, um bom momento para realizar educação para a saúde (Edwards, 2013).

Ainda de acordo com *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013), os enfermeiros de triagem deverão ter como traços de personalidade a flexibilidade, autonomia, assertividade, paciência, compaixão, disponibilidade para ouvir e aprender e boas competências comunicacionais. Deverão apresentar características cognitivas tais como: uma base de conhecimentos diversificada, saber quando não atuar, pensamento crítico, capacidade para tomar decisões rapidamente e capacidade para priorizar. Para além disso, são também necessárias algumas características comportamentais, entre as quais: ser defensor do doente, ter capacidade de trabalhar sob pressão, ser organizado, ter capacidade de improvisar, ser intuitivo, ter confiança nos seus juízos e ter capacidade de confiar ou delegar nos seus pares.

O modelo de Patrícia Benner citado por Brunt (2014) e já descrito anteriormente, corrobora estes aspetos, ao salientar a importância da aquisição de conhecimentos e da experiência ao longo do percurso profissional. A partir do estágio 3 – competente, o enfermeiro já tem um nível confortável de conhecimentos e habilidades que lhe permite compreender as situações, definir prioridades e resolver problemas, apesar de ter ainda não ter a flexibilidade e velocidade do enfermeiro proficiente. A partir do estágio 3, o enfermeiro tem progressivamente mais capacidade, conhecimentos e intuição, e desta forma pode desempenhar a função de enfermeiro triador.

O regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem definidos em Diário da República enquadra a

missão, visão, a definição dos conceitos da área especializada e os enunciados descritivos do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Este documento, estruturante para a profissão de enfermagem, sublinha o acréscimo de competências científicas, técnicas e humanas ao enfermeiro para prestar, além de cuidados gerais, cuidados especializados. Tendo em consideração as exigências e competências que são requeridas ao enfermeiro na função de enfermeiro triador, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria é um elemento relevante no desempenho dessa função (Regulamento nº351/2015, 2015).

2. SATISFAÇÃO ENQUANTO INDICADOR DE QUALIDADE EM SAÚDE

Na década de sessenta, Avedis Donabedian definiu um modelo de avaliação da qualidade nos serviços de saúde assente em três componentes: estrutura (condições em que são prestados os cuidados), processo (prestação efetiva dos cuidados) e resultados (efeitos dos cuidados no estado de saúde da pessoa). Estes componentes estão interligados uma vez que uma boa estrutura aumenta a possibilidade de ter um bom processo e, conseqüentemente, um bom resultado (Donabedian, 1966).

Nos últimos anos, o interesse pela qualidade tem sido um foco na saúde em Portugal. Exemplo disso é o Programa Nacional de Saúde 2012-2016 e a revisão e extensão a 2020, cujos eixos estratégicos incluem a qualidade em saúde (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, 2012). Os padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem também constituem uma base padronizada do exercício em função da qualidade e da excelência nos cuidados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Estes devem constituir-se “para os especialistas nesta área de especialização, como uma oportunidade e referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoie os processos de melhoria contínua da qualidade.” (Regulamento nº351/2015, 2015, p. 16660).

“A qualidade em saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (Saturno P et al., 1990 citado por Portugal, MS, DGS, 2012, p. 2). O acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados. A cultura de avaliação e desenvolvimento da qualidade assenta, entre outros aspetos, na investigação, desenvolvimento e inovação em saúde. Desta forma, a investigação fundamenta e motiva o desenvolvimento e fomenta processos de melhoria contínua. As orientações do plano nacional de saúde enquadram-se em vários níveis. Destaca-se, entre eles, o dever do profissional de saúde de assegurar a procura da visão da qualidade em saúde, compreendendo o valor da sua atividade, promovendo e assumindo práticas de melhoria contínua. As instituições devem promover mecanismos que incentivem o benchmarking, incrementando boas práticas para promover ganhos em saúde decorrendo da adoção de padrões das melhores referências e monitorizar a satisfação dos cidadãos e dos profissionais (Portugal, MS, DGS, 2012).

Santos (2009) citado por Pinto & Silva (2013); Batbaatar et al. (2015) referem a satisfação do utente como um conceito difícil de definir, podendo ser encontradas várias definições e vários níveis de análise sobre o tema. Consideram que é um conceito que assenta numa perspetiva multidimensional e com condicionantes próprias. O estudo de Batbaatar et al. (2015) ainda acrescenta que as teorias que tentam explicar a satisfação dos doente com base nas expectativas, são orientadas para o marketing e nenhuma delas a explica claramente. A prestação de cuidados de saúde é uma mistura de diferentes aspetos e por isso, o uso do conceito de satisfação não pode ser igual ao de produto de consumo.

Mpinga & Chastonay (2011) referem que parece existir uma associação entre o conceito de satisfação do doente e os elementos essenciais do direito à saúde: acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados. Consideram também a satisfação como um indicador valioso para os profissionais e gestores de saúde, por permitir definir melhores estratégias e procedimentos de gestão, assim como prioridades na formação e treino.

Pinto & Silva (2013) consideram que a satisfação do utente é o resultado das diferenças entre as expetativas do utente em relação aos cuidados e os cuidados efetivamente recebidos. Neste sentido, o que se mede não é a satisfação propriamente dita, mas a perceção da qualidade dos serviços e as expetativas prévias. Por outro lado, Batbaatar et al. (2015) referem que as evidências sugerem que a natureza da relação entre as expectativas e a satisfação do doente não é inequívoca. Acrescentam que existe uma relação fraca e até controversa entre a satisfação e as expectativas do doente, sendo que estas apenas explicam uma pequena variação na satisfação.

O serviço de urgência é um dos primeiros serviços hospitalares com que os doentes contactam, e por isso, a perceção dos cuidados que lhe foram prestados e a satisfação a ela associada, acaba por ser um importante indicador de qualidade, ficando associada à reputação do hospital. Os doentes mais satisfeitos são aqueles que, provavelmente, menos queixas terão do serviço de urgência e do hospital. Como consequência, são os que estão mais propensos a cumprir as indicações após a alta, originando melhores resultados de saúde para a pessoa e instituições. E claro, quanto mais satisfeitos estão os doentes, melhor a satisfação no trabalho para os profissionais (Rehman & Ali, 2016).

Os estudos sobre a satisfação dos doentes são frequentemente implementados e, apesar de controversos por serem considerados subjetivos, são relatados como tendo impacto na gestão dos serviços, bem como no comportamento dos profissionais de saúde. Este tipo de estudos permitem a integração da visão dos doentes no funcionamento dos serviços de saúde, possibilitando a identificação de problemas e dificuldades na qualidade do

atendimento. A satisfação do doente é ainda considerada um indicador natural do direito à saúde (Mpinga & Chastonay, 2011).

2.1 FATORES QUE INFLUENCIAM A SATISFAÇÃO DOS DOENTES RELACIONADA COM A TRIAGEM REALIZADA POR ENFERMEIROS

Para Rehman & Ali (2016) a triagem realizada de forma ajustada, não só garante o encaminhamento adequado dos doentes, como também desempenha um importante papel na satisfação daqueles que recebem os cuidados, sendo que esta satisfação pode ser traduzida como o grau de congruência entre as expectativas dos cuidados considerados ideais e os cuidados que recebe. Pode também ser descrita como a resposta dos doentes às experiências que tiveram ao receber os cuidados de saúde.

No estudo realizado por Pinto & Silva (2013) e relativamente à satisfação com os serviços prestados pelo hospital, os participantes apontaram como aspetos que contribuíram para a sua satisfação, a imagem e a qualidade do serviço/instituição, o desempenho de funções do pessoal, mais especificamente a disponibilidade, cortesia e simpatia e satisfação em relação ao esclarecimento sobre o sistema de triagem. Foi também identificada uma área para melhoria da qualidade do serviço prestado, nomeadamente na informação aos pais sobre o sistema de classificação de prioridades, que julgam ser eficaz na redução do stress dos pais e fortalecimento da humanização dos cuidados.

Rehman & Ali (2016) descrevem como competências determinantes para a satisfação relacionada com a triagem realizada por enfermeiros, a perceção dos doentes relacionada com: a comunicação dos enfermeiros, o cuidar, as habilidades técnicas, o demonstrarem preocupação com os doentes, capacidade de avaliação e de cuidar de forma oportuna, efetiva e amigável, a capacidade de fornecer informação para os cuidados após a alta e educação para a saúde.

A pesquisa que explora a satisfação do doente com a triagem realizada por enfermeiros num serviço de urgência ainda é escassa e com resultados um pouco inconsistentes. Isto dificulta a verificação acerca dos fatores que contribuem para uma maior satisfação em diferentes contextos da prática (Rehman & Ali, 2016). Neste sentido, são vários os aspetos que motivaram a realização deste estudo, dos quais destaco: a conjugação da importância da triagem com o papel preponderante do enfermeiro nesse posto, o perfil de competências que deverá possuir para executar essa função de forma adequada, a satisfação

dos pais enquanto utilizadores do serviço de urgência (cujo primeiro contacto se estabelece com o enfermeiro na triagem) e a importância dessa satisfação como instrumento de monitorização da qualidade do serviço e instituição.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

1.1. EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

A investigadora principal, Maria do Céu de Oliveira Cruz, do género feminino, exerceu funções no Serviço de Pediatria Médica do Hospital Pediátrico de Coimbra, pertencente ao CHUC-EPE, desde 14 Setembro de 2005 até 31 Outubro de 2015. Desde essa data e até à atualidade, encontra-se a exercer funções no Serviço de Urgência Pediátrica na mesma instituição. Atualmente, mestranda de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde de Viseu, integrada no Instituto Politécnico de Viseu realizou as entrevistas necessárias para este estudo. Dada a ausência de experiência na condução de entrevistas, discutiu a técnica com a orientadora e realizou uma entrevista piloto. Após a transcrição e discussão desta, foram discutidos os aspetos que careciam de melhoria.

A Sr.^a Professora Doutora Ernestina Maria Veríssimo Batoca Silva, do género feminino, professora coordenadora do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde de Viseu, integrada no Instituto Politécnico de Viseu, Doutorada em Bioética, Ciências da Saúde, do Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa é a orientadora deste trabalho e possui uma vasta experiência na orientação de dissertações de metodologia qualitativa.

1.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Quais os conhecimentos referidos pelos pais sobre o processo de triagem da criança no serviço de urgência pediátrica?

Quais são as competências do enfermeiro que executa o processo de triagem que os pais valorizam e reconhecem como importantes?

Quais os fatores descritos pelos pais que influenciam com a sua satisfação em relação à triagem realizada por um enfermeiro no serviço de urgência pediátrica?

Será que o processo de triagem realizado pelo enfermeiro pode influenciar a satisfação dos pais enquanto utilizadores do serviço de urgência pediátrica?

1.3. OBJETIVOS DO ESTUDO

Foram delineados como objetivos para este estudo:

- Identificar os conhecimentos referidos pelos pais sobre o processo de triagem da criança no serviço de urgência pediátrica.
- Descrever as competências que os pais reconhecem como importantes no enfermeiro que executa o processo de triagem no serviço de urgência pediátrica.
- Reconhecer os fatores que interferem na satisfação dos pais enquanto utilizadores do serviço de urgência pediátrica, relativamente à triagem realizada pelo enfermeiro.
- Refletir sobre a influência do processo de triagem realizado pelo enfermeiro na satisfação dos pais utilizadores do serviço de urgência pediátrica.

1.4. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Este é um estudo qualitativo, não experimental, do tipo exploratório-descritivo simples. A seleção da amostra foi não probabilística por conveniência. Os participantes foram selecionados pela investigadora principal num momento posterior ao processo de triagem, decorrido no serviço de urgência do HPC, direcionada a pais ou prestadores de cuidados de crianças com idade compreendida entre 1 mês de vida aos 5 anos (inclusive) e que tenham estado presentes durante o processo de triagem, independentemente da prioridade que foi atribuída ou do encaminhamento realizado. Os entrevistados não tiveram qualquer contacto anterior com a investigadora. A limitação da idade das crianças teve como intenção obter uma amostra mais homogénea no que respeita aos motivos que levaram os pais a recorrer ao serviço de urgência.

Os participantes foram abordados pessoalmente pela investigadora principal após confirmação dos critérios para inclusão no estudo. O consentimento informado foi disponibilizado por escrito para leitura e assinado pelos participantes no estudo (Anexo IX). Este documento contempla informações relativas à identificação e caracterização da equipa de investigação, objetivos, procedimentos a realizar, direitos, riscos e benefícios da participação no estudo.

Após a obtenção do consentimento informado para a participação no estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos pais e gravadas em áudio. Foram posteriormente transcritas de acordo com as indicações de Azevedo et al. (2017). A transcrição é por isso “uma tarefa objetiva, impessoal e mecanizada, constituindo antes na apreensão do que é dito e da forma como é dito de modo a compreender os significados” (Bailey, 2008; Stuckey, 2014; citado por Azevedo et al., 2017, p. 161). Optou-se por realizar uma transcrição naturalista que, para estes autores, traduz-se na transcrição minuciosa do que é rigorosamente dito na entrevista, mantendo os elementos não verbais, contextuais e de interação com o entrevistador ou terceiros envolvidos. No final da transcrição e análise, o material áudio foi destruído.

Foi construído pela investigadora um guião de entrevista semiestruturada (Anexo X), com as questões que nortearam a entrevista, atendendo aos objetivos do estudo.

1.5. ASPETOS ÉTICOS CONSIDERADOS

A ética em investigação deve ser uma preocupação contante. Para Nunes (2013, p. 5) “a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia dos direitos dos participantes (...)” deve ser assegurada em todas as fases do estudo.

O pedido para realização do estudo foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde do CHUC-EPE a 16.01.2018. Este pedido teve parecer favorável a 09.04.2018. A autorização do Conselho de Administração para a realização do estudo foi obtida a 17.05.2018 (Anexo XI).

As diretrizes éticas para a investigação em enfermagem referidas por Nunes (2013), foram consideradas, nomeadamente os princípios relacionados com o respeito pelos participantes do estudo, incluídos na Declaração de Helsínquia e no relatório de Belmonte. O consentimento informado ressalva assim o direito de conhecimento pleno, à

autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade. O instrumento de colheita de dados, exclui qualquer elemento de identificação pessoal, contemplando apenas os dados sociodemográficos. Em momento algum da dissertação são referenciados nomes ou dados isolados que possam identificar os participantes do estudo, sendo apenas utilizados códigos de identificação reconhecidos por E2, E3... E10 e E11. Salienta-se o cumprimento do princípio a não receber dano, que foi bastante calculado pela investigadora principal. A escolha da oportunidade para a realização da entrevista, não colocou em causa, em nenhum momento, a observação médica ou a prestação imediata de cuidados à criança.

Não existem benefícios imediatos resultantes da participação neste estudo. A finalidade é contribuir para a melhoria contínua da prestação de cuidados de enfermagem, a partir dos relatos e análise das entrevistas aos pais sobre o processo de triagem da criança no serviço de urgência pediátrica.

1.6. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram realizadas onze entrevistas, mas apenas dez foram consideradas para análise e codificação. Pela inexperiência na condução deste tipo de entrevistas, a primeira que foi realizada, considerou-se entrevista piloto, para treino da investigadora principal e aferição do guião previamente construído. Salienta-se que apenas numa entrevista (realizada ao pai de uma criança), houve interferência (a mãe interveio e acrescentou algumas respostas) mas que no decorrer da análise não foram consideradas. Na tabela 6 encontram-se os dados relacionados com a amostra de forma esquemática.

As entrevistas foram realizadas no período entre 05.06.2018 e 05.12.2018, tendo uma duração compreendida entre os 8:09 minutos e os 14:59 minutos. Todos os participantes abordados aceitaram participar no estudo e concluíram as entrevistas na totalidade. Não houve necessidade de repetir nem inutilizar nenhuma entrevista realizada. As transcrições das entrevistas não foram devolvidas aos participantes para correção ou comentários. Das dez entrevistas conduzidas e codificadas, oito foram realizadas a mães, uma a uma avó e outra a um pai, tendo todos acompanhado as crianças durante o processo de triagem, perfazendo nove indivíduos do género feminino e um do género masculino. Destes a idade mínima foi de dezanove anos, a máxima de cinquenta anos, sendo a média de idades de trinta e três anos.

Relativamente à escolaridade dos entrevistados, dois tinham escolaridade inferior ao 12º ano, cinco completaram esse ciclo de estudos e três possuíam o grau de licenciatura. As crianças tinham entre os três meses e os 5 anos de idade (quatro com idade inferior a um ano, uma criança com um ano, uma criança com dois anos, uma criança com 4 anos e três crianças com cinco anos). Destas, seis foram triadas com prioridade amarela e quatro com prioridade verde. O local das entrevistas variou de acordo com a oportunidade para realização da entrevista de forma a não interferir com o processo de cuidados, tendo sido realizadas no local onde as crianças e os pais/prestadores de cuidados aguardavam. Três participantes foram entrevistados na denominada sala de espera dos verdes, dois na sala de espera dos amarelos/laranja, três na sala de aerossóis e dois em UICD (Unidade de Internamento de Curta Duração), estando por isso a maioria dos participantes junto a outras crianças e pais em espera no serviço de urgência. Este facto não interferiu ou enviesou as respostas dadas. Foram acrescentadas algumas notas de campo às entrevistas realizadas, relacionadas com alguns pormenores verbalizados pelos pais e que poderiam ser relevantes no decorrer da análise posterior dos dados.

Tabela 6 – Caracterização da amostra

Idade (anos)	mínima	19
	máxima	50
Escolaridade	< 12º ano	2
	12º ano	5
	Licenciatura	3
Parentesco com a criança	Pai	1
	Mãe	8
	Avó	1
Idade criança	mínima	3 meses
	máxima	5 anos
Utilização do SU	Pontual (2 a 3x)	6
	Frequentemente (desde o nascimento)	4
Prioridade atribuída	Verde	4
	Amarelo	6

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre o final da manhã e ao longo do turno da tarde.

2. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A análise da transcrição da primeira entrevista levou à adaptação do guião, de forma a dar resposta às questões de investigação colocadas e objetivos definidos. Como citado anteriormente, constituiu-se como ferramenta para treino da investigadora principal na condução de entrevistas semiestruturadas. A análise do conteúdo a cada entrevista realizada e que Bardin (2014, p. 44) define com um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos (...)”, foi sistematicamente efetuada após cada transcrição e concretizada através da criação de categorias e subcategorias.

A codificação diz respeito ao tratamento da informação, ao transformar os dados em bruto, de acordo com determinadas regras, permitindo uma representação do conteúdo (Bardin, 2014). A organização da codificação seguiu a orientação desta mesma autora, designadamente:

- “- O recorte: escolha das unidades;
- A enumeração: escolha das regras de contagem;
- A classificação e a agregação: escolha das categorias.” (p. 129).

Para esta autora, a categorização implica a classificação de elementos por diferenciação e posteriormente agrupamento por analogia, fornecendo uma representação simplificada dos dados. Em cada subcategoria criada estão associadas várias unidades de contexto que Bardin (2014, p. 133) define como uma “unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (...) são ótimas para que se possa compreender a significação da unidade de registo.” A unidade de registo é uma “unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial.” (idem, p.130) e que serão apresentadas seguidamente na apresentação dos resultados.

A unidade de enumeração escolhida foi a frequência, a medida mais utilizada, que determina uma importância igual a todos os elementos, que todos têm o mesmo peso e que o valor de uma unidade de registo é proporcional à frequência da aparição (idem).

Para Morse (2015) a saturação dos dados é um componente importante de rigor associado à investigação qualitativa. Saturam-se características dentro das categorias que emergem como significantes no processo de análise, sendo que estas categorias contribuem para a compreensão do fenómeno e à medida de os dados dentro de cada categoria são sobrepostos, torna-se mais consciente e coesa a sua compreensão. A construção da riqueza dos dados dentro do processo de investigação, deriva do seu propósito e replicação. A replicação significa que os dados de vários participantes têm características comuns. Dito de outra forma, podem ter as mesmas respostas quando as situações têm algumas características em comum, mesmo em experiências diferentes. Morse (2015) refere ainda que a quantidade de dados não tem que ser necessariamente igual ao número de participantes no estudo. Através da utilização de entrevistas semiestruturadas, obtém-se uma descrição mais limitada da experiência questionada comparativamente com entrevistas abertas e por isso é necessário um número maior para atingir a saturação. A amostragem é facilitadora da saturação e apesar das amostras qualitativas serem relativamente reduzidas, devem ser adequadas em número suficiente para que a replicação seja evidente.

A codificação realizada ao conteúdo das entrevistas efetuadas encontra-se no anexo XII, tendo sido executada manualmente.

Foi realizada uma triangulação na análise dos dados, ou seja, a codificação dos dados foi realizada pela investigadora principal, foi discutida com a colaboração de outro elemento externo à equipa de investigação, com experiência e formação na análise de dados em metodologia qualitativa, e ainda pela orientadora do estudo. A saturação dos dados ocorreu à décima entrevista. A análise dos dados não foi discutida com os participantes uma vez que a colheita de dados ocorreu num momento particular de ida ao serviço de urgência, posterior ao momento de triagem.

De acordo com as questões de investigação e objetivos estabelecidos, a construção do guião de entrevista integrava questões muito objetivas e que levaram posteriormente à criação de três categorias distintas: “Conhecimento dos pais sobre o processo de triagem”; “Competências dos enfermeiros que realizam a triagem reconhecidas pelos pais” e “Fatores que influenciam a satisfação dos pais com a triagem realizada pelo enfermeiro no serviço de urgência pediátrica”, nas quais emergiram várias subcategorias (figura 1).

O primeiro objetivo deste estudo diz respeito à descrição dos conhecimentos que os pais demonstram ter acerca do processo de triagem. Para responder a este objetivo e com os achados encontrados, elaboramos a categoria **“Conhecimento dos pais sobre o processo de triagem”** e as subcategorias **“Profissional que realiza a triagem”** e **“Objetivo do**

processo de triagem". As respostas dos participantes traduzem os dados que estão esquematicamente apresentados na figura 2.

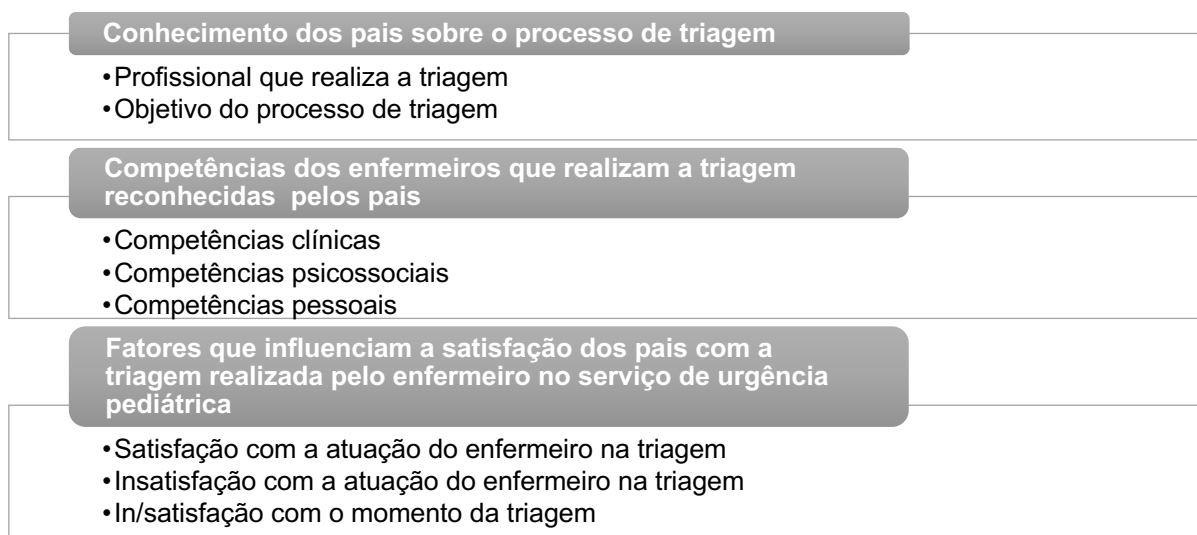


Figura 1 – Categorias e subcategorias que emergiram da análise da informação colhida

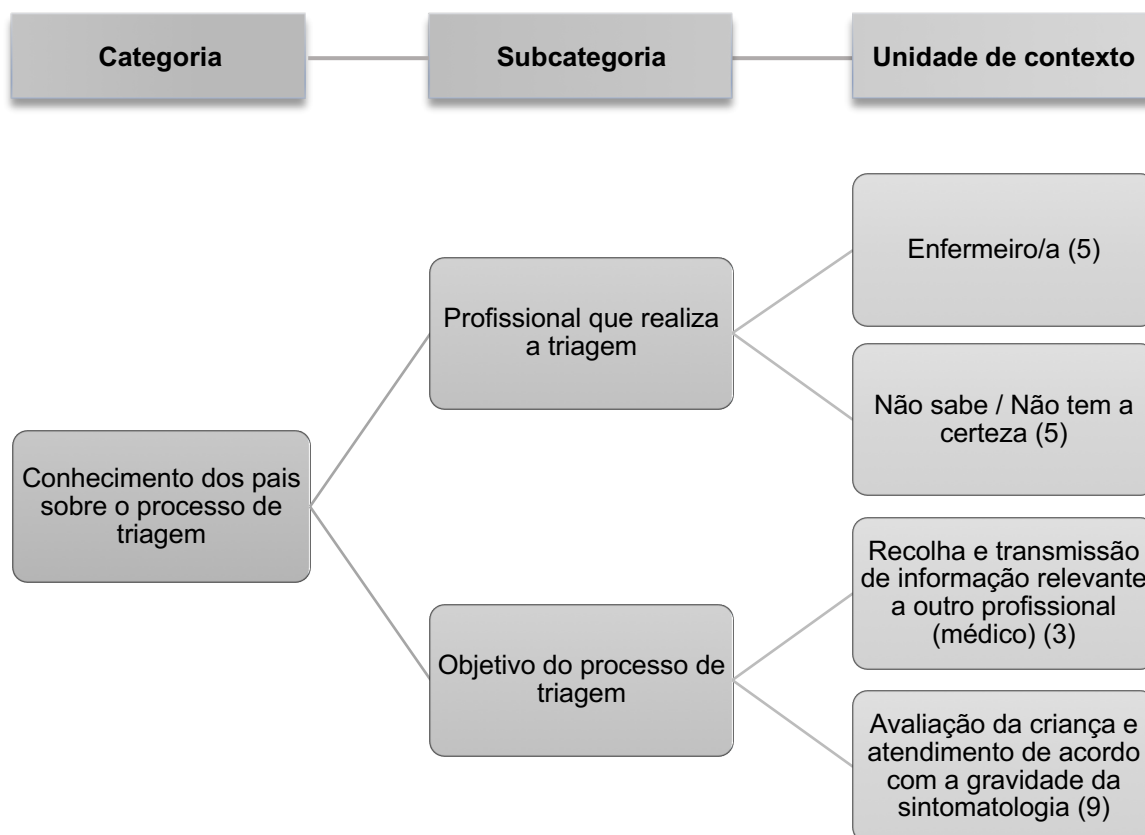


Figura 2 – Representação esquemática da categoria "Conhecimento dos pais sobre o processo de triagem"

Profissional que realiza a triagem

Metade dos participantes no estudo revelaram que **não sabiam ou não tinham a certeza** quem era o profissional que executava o processo de triagem:

- “(...) não faço a menor ideia. (...) Não sei se é enfermeira, mas provavelmente será uma enfermeira. (...) Penso que seja.” [E3]
- “Penso que sejam enfermeiros (...) penso, não tenho a certeza se são enfermeiros se são técnicos.” [E4]
- “Normalmente é enfermeiros. (...) Eu por acaso fui ali e nem reparei nesse pormenor (...) se era médico, se era enfermeira, se era auxiliar. Não reparei.” [E6]

Os restantes participantes afirmaram sem hesitação que o profissional que executava a triagem ao seu filho/a é um **enfermeiro/a**:

- “É um enfermeiro.” [E2]
- “São as enfermeiras.” [E5]

Objetivo do processo de triagem

Quando questionados sobre este aspeto, três participantes descrevem a **recolha e transmissão de informação relevante a outro profissional (médico)** como objetivo do processo de triagem:

- “(...) é o perceberem que sintomas é que a J. tem, o que é que a traz cá mais, mais especificamente, para depois transmitirem ao médico que a vai ver mais informações. (...) a informação que nós damos ao enfermeiro, evitamos estar a perder tempo no médico, ou seja, chega o enfermeiro e ele passa ao médico, o médico vai ver mais ou menos o que poderá ser e depois já tem uma, pelo menos pensado, uma forma de atuar.” [E2]
- “ (...) é importante para saberem os dados. Quando nós passamos para a consulta, (...) já saberem o que é que se passa mais ou menos, já podem encaminhar a pessoa que esteja mais dentro do assunto ou para outra (...) tiveram-lhe a medir o oxigénio no sangue, já vai com alguns, com algumas bases, que são escusadas estarem a perder tempo na consulta. (...) a triagem é uma preparação para a consulta médica e os dados menos importantes, como estava a falar da pulsação, do oxigénio disso tudo, serem logo tirados ali para não se estar a perder tempo na consulta. E por sua vez na consulta, uma vez que a triagem é uma coisa rápida, (...) para os utentes seguintes o processo acelerar mais rápido.” [E6]
- “É uma coisa mais direcionada (...) Já vou para um gabinete com uma médica que já está à minha espera e que, que se inteira do caso da V. (...)” [E7]

Nove dos participantes conseguem descrever de forma mais consistente que a triagem tem como objetivo a **avaliação da criança e atendimento de acordo com a gravidade da sintomatologia**, sendo que dois deles complementaram a resposta, no decorrer da entrevista após a exploração feita à questão:

- *“(...) avaliarem o que aconteceu e depois darem a informação (...) avaliar o grau de gravidade da criança. (...) Se for grave irão proceder de outra maneira do que se não for (...) penso que é para avaliar o sucedido e como está o estado da criança agora para avaliarem o que é hão de fazer depois.” [E3]*
- *“Para saberem avaliar a situação... (...) Para ver se é grave, se não é grave, para onde é que hão de ir. (...) é conforme a gravidade do doente (...) Elas fazem-nos as perguntas, nós respondemos e temos que aceitar (...) ser amarela, verde, laranja (...) sabemos bem que há prioridades (...)” [E5]*
- *“(...) um caso mais grave têm que ser atendido mais rápido (...) No nosso caso até foi atribuída a cor verde, é porque não é tão urgente (...) se for um caso grave a gente quer é logo, que seja logo atendido. (...) se chegar aí um menino mal, (...) doente (...) que tenha que ser atendido rápido, a gente entende que temos que esperar.” [E6]*
- *“(...) acho que é essencial porque cada caso é um caso e pode haver casos muito mais urgentes, portanto tem prioridade no atendimento. (...) importante haver esta análise antes de encaminhar depois devidamente as crianças (...) Perceberam que é que se passa e fazer um bom encaminhamento.” [E7]*
- *“ Para haver um encaminhamento mais racional (...) até por uma questão de organização de prioridades. (...) encaminham mais depressa os caso mais graves e assim sucessivamente. Os menos graves mais devagar (...)” [E9]*
- *“Para avaliar o grau de... que eles precisam de ser assistidos medicamente. Neste caso, pronto a minha filha foi verde, não é muito grave, mas compreendo que há crianças com um grau mais elevado, que sejam, que precisem ser assistidas primeiros que a minha filha. (...)Significa que não é um caso muito urgente ou grave. (...)Tem que estar mais tempo à espera. (...) Para saber para que sitio específico é que hão-de ser encaminhados.” [E11]*

Na categoria **“Competências dos enfermeiros que realizam a triagem reconhecidas pelos pais”**, as subcategorias que surgiram foram **“Competências clínicas”**, **“Competências psicossociais”** e **“Competências pessoais”**, sendo que as primeiras duas sobressaem de forma muito evidente na apreciação parental. Esquemáticamente, esta categoria está representada na figura 3.

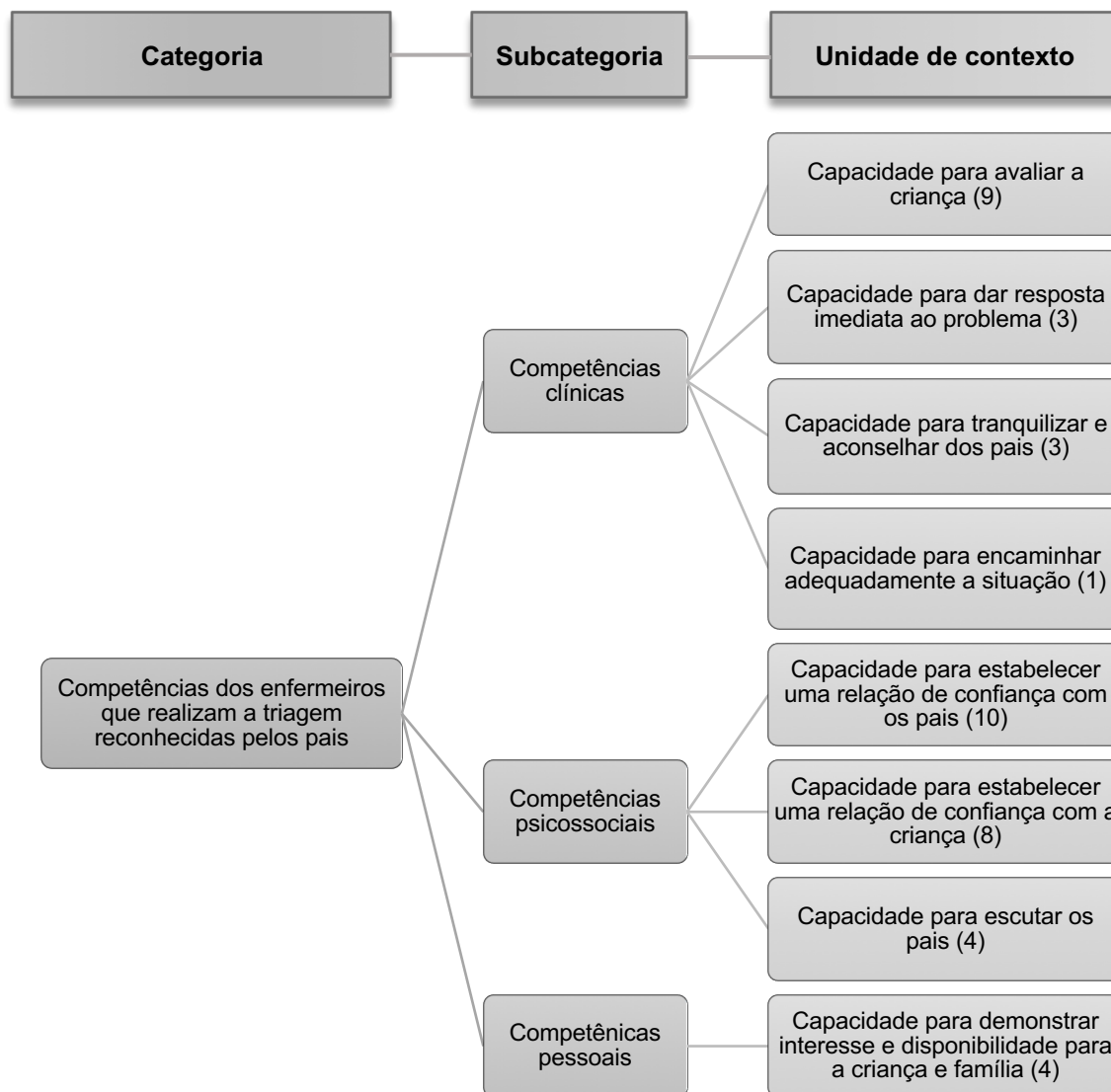


Figura 3 – Representação esquemática da categoria “Competências dos enfermeiros que realizam a triagem reconhecidas pelos pais”

Competências clínicas

Nesta subcategoria os pais referiram quatro capacidades que valorizam no enfermeiro que executa o processo de triagem, sendo a **capacidade de avaliar a criança** aquela que têm maior visibilidade, com referência por parte de nove participantes:

- “(...) interesse em saber o que é que a trouxe cá (...)” Perguntarem há quanto tempo é que ela está, como é que está. O tentarem que ela também lhes mostre como é que se sente. As vezes interagem mesmo com ela para tentar perceber se ela lhe responde ou não. (...) Observar. (...) Questionar (...) Tentar ver o comportamento dela tendo em conta o que os pais dizem que ela tem, (...) tentar conversar com eles e tentar perceber o que é que dói.” [E2]

- “(...) logo medir a febre porque foi isso que despoletou a convulsão (...) a capacidade de entender o que se passa, (...) a capacidade de perceberem mesmo (...) notava-se que ela estava preocupada, porque ela estava sempre atenta se ela estava a fechar muito os olhinhos (...) se ela estiver mais do que deve estar, acho que ela iria agir de outra maneira, (...) e ia levar a menina para algum lado para ser avaliada (...)” [E3]
- “(...) eles têm que saber o trabalho que eles vão exercer. (...) Têm que saber os cuidados a ter com a criança, (...) perante a doença que eles tiverem quais são os cuidados, ou medir a tensão, ou medir a pulsação, ou medir o oxigénio. Têm que saber logo esses cuidados (...) tentar avaliar o máximo possível o doente, para não se perder tempo na, na consulta (...)” [E6]
- “Eu acho que eles tentam ver realmente o que é que se passa com ela, porque eu, eu posso estar a ver uma coisa, e eles como são da área, veem e analisam as coisas de outra forma, (...) Veem o que é que realmente se passa com ela, (...) Focar-se na criança essencialmente (...) há coisas nela que para mim uma coisa mínima pode ser (...) E o enfermeiro vê isso de outra forma (...) porque o que me escapa a mim não lhes escapa a eles. (...) acho que tem que ser sempre a criança, ali a ser avaliada.” [E7]
- “E depois a competência (...) a atenção que lhe é dada, para ver depois o que se passa. Perceber quais são as queixas (...) e o enfermeiro depois fazer a leitura daquilo que lhe estou a dizer.” [E9]

Apesar de forma menos expressiva, as restantes capacidades também foram mencionadas. Os pais valorizam o enfermeiro que executa a triagem que demostre **capacidade para dar resposta imediata ao problema:**

- “(...) arranjar logo uma solução para ela melhorar (...) Não foi só o dizer o que ela tem e vais-te embora lá para fora e esperas pelo médico, não! Logo aí tentaram ajudar como alguns meios que têm.” [E2]
- “(...) Mandaram-me cá para dentro, deram-lhe água para ele beber sempre (...)” [E5]

A **capacidade para tranquilizar e aconselhar dos pais** foi uma capacidade verbalizada por três participantes:

- “(...) o aconselhamento aos pais (...) acho que deveriam sempre dar, dar um conselho “olhe tente fazer desta forma, não faça daquela”. Pronto, acho que isso é importante, pelo menos para nos tranquilizar enquanto pais. (...) Se lhe estão a tentar perceber o que é que ela têm, estão-me a dar atenção a mim. (...)” [E2]
- “(...) depois também teve um bocadinho a tranquilizar-me a mim. Portanto, primeiro estive ela (aponta para a filha) e depois estive ela a sossegar-me (...) Obviamente que ela é a prioridade mas depois sossegou-me a mim também (...) Também é importante (...)” [E7]

Apenas um participante valoriza o enfermeiro triador que demonstra **capacidade para encaminhar adequadamente a situação**:

- “(...) tenta perceber o que é que realmente se passa ali e depois faz o devido encaminhamento.” [E7]

Competências psicossociais

Nesta subcategoria os pais referiram três capacidades que valorizam no enfermeiro que executa o processo de triagem. A **capacidade para estabelecer uma relação de confiança com os pais** foi a que teve referência unânime por parte de todos os participantes:

- “Tem que ser meigo, (...) tem que mostrar empatia logo.” [E2]
- “(...) foi muito simpática (...) também se preocuparam comigo.” [E3]
- “(...) tem que haver vocação e... a empatia (...) Sempre pessoas muito empáticas que conseguem cativá-los e que conseguem com que eles colaborem mesmo que estejam mal, (...) quem cuida dos nossos filhos, a gente fica mais descansados, (...) a empatia, porque acho que conseguem com que situações complicadas, muitas vezes, acabem por ser um bocadinho mais, mais fáceis de lidar. (...) têm que ser humanos na minha opinião. (...) acima de tudo têm que fazer aquilo que sabem fazer melhor, o seu trabalho (...) e depois também esteve a sossegar-me (...) mas depois sossegou-me a mim também (...)” [E7]
- “Simpatia e que nos façam estar (...) seguros. (...) Simpatia e amabilidade (...)” [E8]
- “(...) sinto que sou recebida com simpatia e preocupação da enfermeira (...) acho que tratando de crianças e que nós pais que viemos cá, gostamos de ser recebidos sempre com pronto, simpatia e sensibilidade (...)” [E10]

Oito participantes referem que o enfermeiro que executa a triagem deve demonstrar **capacidade para estabelecer uma relação de confiança com a criança**:

- “Interagir com ela.” [E2]
- “(...) estava a tentar interagir com ela (...) interagiram com ela, a falar com ela para a espreitar. (...) A interação que eles têm (...) que a senhora teve com ela é importante (...) e falar para ela (...) a interação com as crianças. Falam com ela, mesmo que ela não perceba metade. A interação para mim acho que é o mais importante. (...) e o cuidado que eles têm com as eles.” [E3]
- “ (...) na triagem, acho que é fundamental, (...) tentar acalmá-los, lidá-los, de tentar levá-los pela parte positiva. Às vezes há, há miúdos mais, mais mexidos, mais inquietos, mais traquinas e acho que isso é uma coisa fundamental.” [E6]

- “(...) primeiro esteve ela (aponta para a filha) (...) obviamente que ela é a prioridade (...)” [E7]
- “ (...) inicialmente é a interação com ele, porque vão precisar de lhe mexer e às vezes eles não estão muito bem dispostos e acho que isso é a base. E depois o cuidado. (...) O cuidado, o simples facto de medir a temperatura, o ter de estar a ver a pulsação, às vezes se for feito de uma forma mais tranquila, eles até ajudam e é um momento soft, não tem de ser nenhum momento de choro (...) a interação com (...) os bebés, com as crianças.” [E9]
- “(...) essa atenção, essa sensibilidade, esse tato a lidar com o T. (...) Gosto de sentir que estão a ser cuidadosos e prestáveis.” [E10]
- “a enfermeira começou logo a falar com ela, ou seja, dá-lhe para ela estar mais calma, mais tranquilidade. (...) ela própria falar o que é que vem cá fazer e sentir... para ela é ótimo, porque começa a sentir uma empatia da pessoa que está a atender-la e tranquilidade porque os miúdos quando vêm aos médicos não gostam e ficam assustados ou... e isso para ela é bom.” [E11]

Quatro participantes ainda referiram que valorizavam também o enfermeiro que executa a triagem que demonstre **capacidade para escutar os pais**:

- “Ouvem-nos qual é o problema (...)” [E5]
- “ (...) Deve consultar e saber o que é que eu acho que se passa com ela mas tem que ser criança, o foco têm que ser sempre criança (...)” [E7]
- “(...) é a preocupação naquilo que nós dizemos, que para nós é sempre importante (...)” [E9]
- “Ouvir-nos, o que é que a gente tem para dizer, ou alguma dúvida por muito parva que às vezes possa ser, estar ali e respeitar (...) ouvir, perguntar (...) Estar ali com atenção, focado naquilo que está a fazer naquele momento, (...)” [E11]

Competências pessoais

Esta competência tem menos representatividade na opinião dos pais, de forma que apenas emergiu uma subcategoria relacionada com a **capacidade para demonstrar interesse e disponibilidade para a criança e família**, com quatro referências pelos participantes:

- “Sempre que eu precisei disseram-me para eu bater à porta e chamar (...)” [E2]
- “Se ele tiver febre retome à triagem (...)” [E4]
- “Que seja acessível.” [E8]
- “(...) mostrar-se disponível (...)” [E11]

Na última categoria codificada, “**Fatores que influenciam a satisfação dos pais com a triagem realizada por enfermeiros no serviço de urgência pediátrica**”, as subcategorias que surgiram no decorrer da análise foram a “**Satisfação com a atuação do enfermeiro na triagem**”, “**Insatisfação com a atuação do enfermeiro na triagem**” e a “**In/satisfação com o momento da triagem**” e que esquematicamente estão representadas na figura 4.

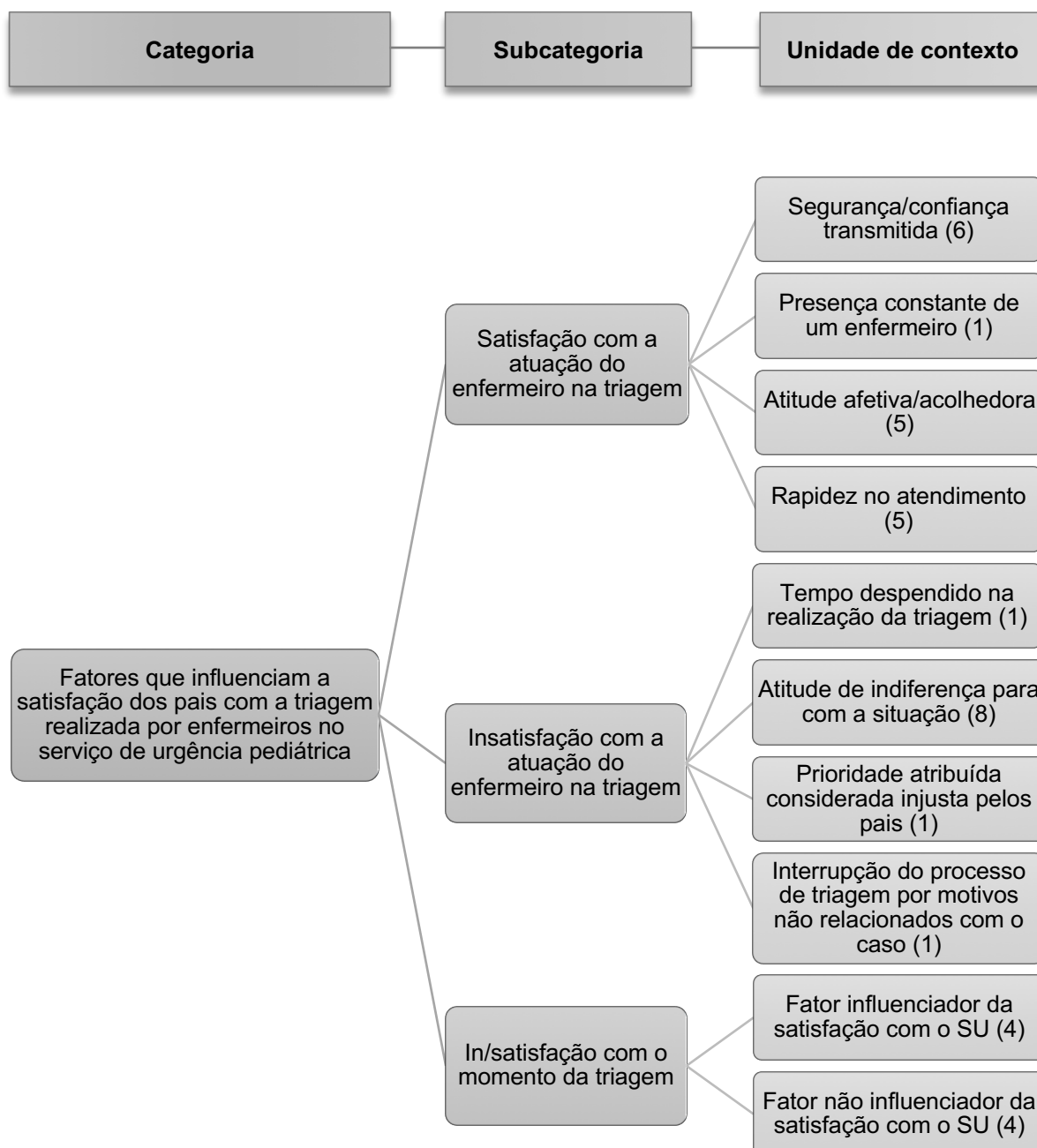


Figura 4 – Representação esquemática da categoria “Fatores que influenciam a satisfação dos pais com a triagem realizada por enfermeiros no serviço de urgência pediátrica”

Satisfação com a atuação do enfermeiro na triagem

Nesta subcategoria surgiram quatro características que os participantes reconhecem no enfermeiro que executa a triagem e que os deixa satisfeitos com a sua atuação. A mais representativa, com seis referências, é a **segurança/confiança transmitida** pelo enfermeiro que realizou a triagem:

- “(...) Questionou logo (...) tentou perceber (...) depois tentou dar qualquer coisa (...) deu-me outro tipo de confiança.” [E2]
- “(...) sabia que a minha filha estava em boas mãos (...) Essa interação para mim é importante porque deixa-nos mais à vontade. (...) Muito bom. Não tenho nada a apontar.” [E3]
- “(...) sempre que venho aqui corre sempre tudo bem (...) achei sempre que foram pessoas muito acessíveis, que encaminharam sempre muito bem a V., encontrei sempre bons profissionais (...) Achei-a espetacular sinceramente. Porque estive a ver a V. e depois também teve um bocadinho a tranquilizar-me a mim. (...) gostei muito da senhora que fez a triagem, portanto correu bem.” [E7]
- “(...) eu sinto, pronto, sinto que está tudo bem, (...) não sinto que falte alguma coisa. Acho que estão a fazer o serviço deles e ser bem feito. (...) identificado sempre tudo bem, não foi feito nenhum diagnóstico erradamente, foi sempre tudo cinco estrelas.” [E10]

Com cinco referências, a **atitude afetiva/acolhedora**, também se destaca como importante para a satisfação dos pais na atuação do enfermeiro na triagem:

- “ (...) não tenho nada a apontar. (...) A enfermeira hoje foi, foi afável. Não, não tenho nada a apontar. (...)” [E4]
- “ sentir que a pessoa que me está a atender que está a ouvir o que estou a dizer e aquilo que me preocupa, (...) de forma a tentar... resolver o problema.” [E9]
- “(...) aqui tenho sido sempre bem recebida, sempre (...) Tenho sentido sempre isso, (...) e os profissionais que me atenderam (...) atenderam-se sempre bem, simpáticos (...)” [E10]
- “(...) a simpatia que têm que ter com as crianças, neste caso para mim acho que é um fator de confiança para as crianças com os profissionais.” [E11]

Também com cinco referências por parte dos participantes, a característica **rapidez no atendimento** do enfermeiro que executa a triagem, é valorizada e verbalizada como fundamental para a satisfação:

- “ (...) foi sempre tudo relativamente rápido.” [E7]
- “A pouca demora de intervenção...” [E8]

- *“Foi sempre super rápido (...)” [E10]*
- *“(...) se tivesse que estar ali muito tempo na sala de espera para fazer a parte de triagem acho que também era mau. (...) Porque a pessoa, a criança pode ter estar ali e ser precisa, atendida muito mais rapidamente e se tiver muito tempo ali à espera piora o estado de saúde da criança.” [E11]*

Pouco representativa é a característica **presença constante de um enfermeiro**, que apenas um participante referiu:

- *“Aqui pelo menos as duas vezes que eu vim, poderá estar quatro ou cinco pessoas, ali está sempre alguém. (...) Está sempre alguém. Mesmo que falte uma está sempre alguém com a minha filha.” [E3]*

Insatisfação com a atuação do enfermeiro na triagem

Por outro lado, explorou-se também as características que os participantes reconhecem no enfermeiro que executa a triagem e que os deixa insatisfeitos com a sua atuação. Nesta surgiram quatro características, mas apenas uma a evidenciar-se. A **atitude de indiferença para com a situação** é mencionada por oito participantes como relevante para a sua insatisfação com o enfermeiro que realizou a triagem:

- *“(...) se calhar a arrogância ou a forma como nos abordam (...) Não descontar um bocadinho também nos pais (...)eu não sei tudo, portanto se apanharmos um profissional está cansado e que desconta em nós, o impacto que temos é “os enfermeiros são”. Não é que sejam. Aquilo foi, mas acaba por se generalizar um bocado quando isso não é verdade.” [E7]*
- *“Que me dissessem que era desnecessário vir para cá (...) Porque se eu sei que o meu filho não está bem, não venho para cá só porque sim.” [E8]*
- *“(...) às vezes há enfermeiros mais frios, (...) um bocadinho insensíveis (...) menosprezar ou não o que se diz. Porque nós estamos com eles todos os dias, nós sabemos quando é que eles não estão completamente bem.” [E9]*
- *“(...) se eu sentir que o enfermeiro está mal disposto ou que responde ríspido, ou... esses pontos deixam-me logo nervosa, pronto. Porque a gente já vem para aqui, já viemos com a nossa sensibilidade alterada, o nosso filho está doente e depois a gente chega aqui e se não tem uma pessoa... querida e assim a cuidar dos nosso filhos né/(não é)... com sensibilidade e com carinho e não sei quê, se a gente é uma pessoa tipo só estou a fazer o meu trabalho e estou à espera que chegue a hora para me ir*

embora, né /(não é)... Assim uma pessoa sente-se descontente, sente-se incomodada (...)" [E10]

Muito menos representativas são as características restantes, todas apenas com uma referência por parte dos pais. O **tempo despendido na realização da triagem**:

- *"A única coisa é as vezes quando está muita gente, também é normal que não consigam dar o atendimento que dão quando estão menos. (...) nas questões que nos fazem, as vezes é tudo muito rápido." [E2]);*

a **prioridade atribuída considerada injusta pelos pais**:

- *"Nem sempre é a mais justa. (...) se calhar ficou numa prioridade mais leve e podia ser atendido mais rápido, porque estou desde as 11 à espera. (...) o que eles atribuem ao meu filho, (...) não é, às vezes não é o que eu penso que que deviam atribuir, (...) nunca me metem aquela prioridade que eu às vezes gostava que, que colocassem. (...) tem estado com febres altas, (...) não faz os intervalos das 4h das medicações, mas pronto, como ele vinha já com o ben-u-ron porque estava com 39.7 quando sai de casa, já cheguei aqui já está nos 37 e não nos 39 (...), passou logo para uma prioridade mais, mais relativa." [E4])*

e a **interrupção do processo de triagem por motivos não relacionados com o caso**:

- *"(...) quando estão a atender o meu filhote, se chegar alguém e começar a falar doutras crianças que estão lá dentro, acho que não deve ser. Ou o colega mesmo numa mesa para a outra, acho que não deve haver uma desconcentração da criança que está ali a entrar no momento. (...)" [E4]),*

são outras características que levam os pais a sentir-se insatisfeitos com o enfermeiro que tria os seus filhos no serviço de urgência pediátrica.

In/satisfação com o momento da triagem

Esta subcategoria surge de uma pergunta particular feita aos participantes, no sentido de perceber qual na sua perspetiva era a importância do momento da triagem como algo influenciador para a sua satisfação como a globalidade do atendimento no SU. Desta forma quatro participantes responderam de forma indubitável que o momento da triagem era um **fator influenciador da satisfação com o SU**:

- *"Sim, sim sem dúvida. (...) É o primeiro sítio onde nós vamos e acho que é importante tratem-nos bem e sermos bem recebidos." [E5]*

- *“Acho que numa primeira experiência, se algo corre mal, isto é tendência comum, achamos logo que nada funciona bem, ficamos logo com o pé atrás. (...) Mas se apanharmos um profissional que é arrogante, que numa primeira abordagem nos diz as coisas de uma maneira fria e que... Isso faz-nos recuar um bocado (...)” [E7]*
- *“Acho que pode influenciar, porque se começar logo mal na triagem, já vamos de pé atrás para o que se seguir. (...) quando não se têm uma boa receção, ainda parece que as coisas ficam... piores.” [E9]*
- *“Influencia porque se eu fosse mal atendida, se for isso na parte da triagem ficava logo com o pé atrás com o resto do serviço, por exemplo (...) posso ter tido um péssimo serviço de triagem e um ótimo serviço médico, mas acho que já olhava de outra forma e já ficava mais apreensiva e com o pé atrás.” [E11]*

Também quatro participantes tiveram uma opinião oposta, e consideraram o momento da triagem como **fator não influenciador da satisfação com o SU**:

- *“O atendimento do enfermeiro não vai condicionar todo o atendimento do serviço (...) Agora, nós ficamos com uma impressão menos boa do momento da triagem mas não é isso que vai condicionar a passagem dela cá no serviço, nem me vai dar uma má impressão por (...) o enfermeiro me estar a fazer as coisas muito rápido, ainda mais se eu vir que o serviço está com muitas pessoas, com muita adesão.” [E2]*
- *“Vê-se logo o atendimento, não quer dizer que, se nós tivermos um mau atendimento da triagem, não quer dizer que consulta médica vá pelo mesmo caminho.” [E6]*
- *“Não! Porque as pessoas são diferentes. A pessoa que está na triagem é diferente do médico que me vai atender. Sendo que se a enfermeira for boa ou má, o médico pode ser o oposto.” [E8]*
- *“Eu acho que não porque acho que são fases diferentes, porque a gente já sabe que uma parte é a triagem, depois outra parte é o atendimento (...) São profissionais diferentes. Uma coisa é os enfermeiros, outra coisa depois é o médico. E eu acho que são... pronto, divisões diferentes (...) Ali a gente sabe que é a triagem e depois tem a outra parte que é o atendimento do consultório com o doutor, (...) Posso apanhar um enfermeiro que não esteja bem disposto mas posso apanhar um médico que esteja, que seja muito querido e muito atencioso né/(não é) e uma coisa não invalida a outra.” [E10]*

Foi possível perceber nos achados, os conhecimentos que os pais possuem sobre o processo de triagem, bem como as competências que reconhecem no enfermeiro que executou a triagem ao seu filho. Foram também descritos os fatores que influenciam a sua satisfação com a triagem e a sua perspetiva relativamente à influência na satisfação com o

serviço de urgência. Consideramos que a partir destes achados, podemos fazer a sua discussão e assim responder às questões e objetivos formulados para esta investigação.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foi perceptível na análise dos achados, que os pais ou prestadores de cuidados das crianças revelam um défice de conhecimentos relacionado com o processo de triagem no serviço de urgência. Metade dos participantes neste estudo não sabiam ou não tinham a certeza sobre o profissional que realizava a triagem aos seus filhos e verificou-se que este desconhecimento não está diretamente relacionado com as habilitações literárias dos participantes. Isto é, não foi exclusivo dos participantes com a escolaridade mais baixa, mas sim transversal a todos os graus de escolaridade caracterizados na tabela 6. Também se verificou que o tempo de utilização do serviço de urgência pediátrica pelos pais não é proporcional ao seu conhecimento neste aspeto. Existem pais que utilizam pontualmente o serviço de urgência pediátrica e que sabem que é um enfermeiro que executa a triagem dos seus filhos, da mesma forma que pais utilizadores mais assíduos, responderam que não sabiam ou não tinham a certeza.

Apesar de ser uma função mundialmente desempenhada pelos enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência (Edwards, 2013) e em Portugal estar implementada há muitos anos, o conhecimento dos utilizadores deste serviço de saúde revelou-se claramente insuficiente. De acordo com Pedro, Amaral, & Escoval (2016) uma insuficiente literacia em saúde está diretamente relacionada, entre outros, com um baixo nível de compreensão e conhecimentos sobre os serviços de prestação de cuidados de saúde e mesmo dos próprios resultados em saúde. Este facto está espelhado no Despacho nº3618-A/2016 (2016) que descreve um baixo nível de literacia em saúde em Portugal, com necessidade de investimento em programas que a conseguisse promover e, esta simples questão, demonstrou isso mesmo. A World Health Organization (1998, p.10) refere que a literacia em saúde implica a obtenção “de um nível de conhecimentos, habilidades pessoais e confiança para melhorar a saúde individual e comunitária, alterando estilos de vida e condições de vida pessoais”. A melhoria da literacia em saúde pode implicar, entre outros aspetos, a oferta de conhecimentos de forma a influenciar formas de pensar, clarificar valores, mudar atitudes ou crenças para produzir mudanças, aumentando a capacitação dos indivíduos (Loureiro et al., 2012). Esclarecer e informar a classe profissional sempre que existir dúvida, por exemplo sempre que for confundido com outro profissional pelos utentes durante o processo de triagem, manter a identificação institucional num local que seja visível e tornando isto uma boa prática, poderá

ser uma intervenção do enfermeiro da triagem, para aumentar o conhecimento da população neste aspeto particular.

Verificou-se também que houve participantes que inicialmente referiram que o objetivo do processo de triagem é a recolha e transmissão de informação relevante a outro profissional (médico). A recolha de informação pormenorizada relacionada com o motivo de ida ao serviço de urgência não é o objetivo da triagem, contudo a forma como é realizada pelo enfermeiro no serviço de urgência pediátrica poderá transmitir essa perceção aos participantes. Os manuais sobre triagem explicam que o enfermeiro deve ser capaz de triar num período entre três e cinco minutos (Edwards, 2013) e evitar “conversas longas com os doentes, com o registo exaustivo de histórias” (Grupo Português de Triagem, 2009, p. 54). Alguns dos participantes complementaram no decorrer da entrevista a resposta anterior. Assim, o aspeto mais expressivo é a perceção dos pais, que referem que a avaliação da criança e o seu atendimento de acordo com a gravidade da sintomatologia é o objetivo da triagem. Isto traduz apenas aquilo que é mais visível aos pais das crianças que recorrem ao serviço de urgência pediátrica. Eles verbalizam que há crianças mais doentes que, naturalmente, necessitam de ser observadas primeiro e que isso acontece depois da avaliação do enfermeiro da triagem. Esta visão simplista dos pais sobre o objetivo da triagem traduz aquilo que é mais observável, ficando oculta toda a complexidade que aquele momento implica. Ou seja, aquilo que não tem visibilidade e é de extrema importância para que a triagem seja segura para o doente, implica a existência de um sistema de priorização de doentes adequado e válido, que independentemente do tipo, foi estudado e construído de acordo com indicadores clínicos muito objetivos, de forma a providenciar equidade, justiça clínica e eficiência, bem como otimizar a segurança e eficácia dos serviços de urgência (Australian Government, 2009; FitzGerald et al., 2010; Ganley & Gloster, 2011). As decisões não são aleatórias ou por ordem de chegada mas sim baseadas em critérios clínicos (Grupo Português de Triagem, 2009). O momento da triagem exige uma comunicação eficaz, competência para um adequado juízo clínico, tomada de decisão rápida e um encaminhamento adequado para cada situação, capacidades que tiveram que ser desenvolvidas pelo enfermeiro ao longo de anos de treino e experiência (Dippenaar & Bruijns, 2016; Hitchcock et al., 2013).

À semelhança da questão anterior, também neste aspeto será pertinente o investimento na informação à população sobre aspetos relacionados com a triagem no serviço de urgência. A inclusão de conteúdos de educação para a saúde, expostos em espaços de atendimento urgente ou outros, acerca do processo de triagem, funcionamento dos serviços de urgência e incentivo à utilização dos cuidados de saúde primários, em detrimento da utilização sistemática dos serviços de urgência, é uma estratégia que deve ser implementada para promoção da literacia em saúde dos utilizadores. Desta forma, favorecia-se a intervenção

no âmbito do programa de educação para a saúde, literacia e autocuidados do despacho nº3618-A/2016 (2016). Também no estudo de Pinto & Silva (2013), como medida de redução do stress parental e fortalecimento da humanização dos cuidados, é proposto fornecer informação aos pais sobre o sistema de triagem por prioridades.

Os pais ou prestadores de cuidados reconhecem aos enfermeiros, que executam o processo de triagem, diversas capacidades que são distintas em três áreas de competência. Uma das mais valorizadas e reconhecidas pelos pais é a capacidade do enfermeiro para avaliar a criança. Edwards (2013) considera que esta capacidade está associada a uma forte habilidade no pensamento crítico e é uma das qualificações essenciais do enfermeiro que realiza a triagem. A base de conhecimentos deve ser diversa porque poderá ter que dar resposta a diversas situações usando a sua experiência e o seu conhecimento. No estudo de Amthauer & Luzia (2016) também se destaca o domínio e o conhecimento das especificidades próprias da pediatria e que o enfermeiro responsável deve ter para avaliar adequadamente a criança na triagem. O Grupo Português de Triagem (2009) explicita que o processo de tomada de decisão na triagem está estritamente relacionado com o conhecimento que o enfermeiro detém para fazer uma avaliação clínica, baseada no raciocínio e na intuição, devendo por isso, possuir um conhecimento especializado e experiência na área de cuidados. Também Dippenaar & Bruijns (2016) consideram que a tomada de decisão depende dos conhecimentos e experiência dos enfermeiros. Depois de reunirem todas as informações necessárias, têm que fazer um juízo crítico num curto espaço de tempo e determinar a prioridade para observação. Estes autores consideram os conhecimentos adquiridos e a experiência do enfermeiro triador, fundamentais na tomada de decisões clínicas. Rehman & Ali (2016, p. 5) referem uma capacidade semelhante e descrevem-na como 'competência em diagnosticar o problema e lidar com ele de forma eficaz'.

Apesar de menos expressiva na perceção dos pais, há também referência à capacidade do enfermeiro para dar resposta imediata ao problema. Neste sentido, e considerando a característica 'lidar com o problema de forma eficaz' descrito no estudo dos últimos autores, também se pode considerar que está em concordância com o relatado neste estudo. O Grupo Português de Triagem (2009) também descreve como papel do enfermeiro na triagem, a prestação de alguns cuidados imediatos. De acordo com o protocolo existente no serviço, o enfermeiro poderá, por exemplo, administrar analgesia, executar a limpeza e penso simples a uma ferida, de forma a melhorar imediatamente o conforto do doente e minimizar traumatismos ou pequenas hemorragias.

A capacidade para tranquilização e aconselhamento dos pais também foi algo referido pelos participantes. Valorizam o enfermeiro que lhes esclarece dúvidas, os aconselha relativamente a aspetos relacionados com a situação clínica da criança, acabando desta

forma por os tranquilizar. O estudo de Fitzpatrick et al. (2014) conclui, entre outros aspetos, que o tempo dispendido a ouvir as preocupações dos pais e demonstrar preocupação pelo bem estar das crianças são fatores determinantes para a satisfação geral. *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013) refere a importância de o enfermeiro triador utilizar o seu conhecimento acerca da condição do doente, para comunicar de forma a tranquilizá-lo. O Grupo Português de Triage (2009) clarifica que um dos papéis do enfermeiro na triagem também passa por explicar a situação e o percurso provável no serviço, e desta forma, aliviar a angústia e a ansiedade que os doentes e acompanhantes possam estar a experienciar. O enfermeiro da triagem pode agir como promotor de saúde. Sempre que a gestão do tempo o permita e tiver um doente recetivo, poderá realizar educação para a saúde sobre algum aspeto que tenha entendido como importante no decorrer do processo de triagem (Edwards, 2013; Grupo Português de Triage, 2009). Também no estudo de Rehman & Ali (2016) há a descrição da importância atribuída à capacidade do enfermeiro triador fornecer informação acerca da lesão, situação de saúde ou doença num linguagem simples e também responder a perguntas, proporcionar a oportunidade ao doente ou acompanhante de realizar perguntas e fornecer informações relacionadas com a alta ou cuidados necessários.

Na competência psicossocial, quase todos os participantes salientam a capacidade que os enfermeiros que realizam a triagem possuem para estabelecer uma relação de confiança com a criança. Por unanimidade apenas foi referenciada a capacidade de estabelecer uma relação de confiança com os pais. Um dos aspetos essenciais que se observa nesta categoria é a importância atribuída pelos pais à relação de confiança que o enfermeiro estabelece com eles e também com a criança, logo a partir da triagem. O enfermeiro em pediatria tem inevitavelmente o foco do seu cuidar no binómio criança e família. Como Hockenberry & Wilson (2011) descrevem, independentemente do local onde o enfermeiro desenvolva a sua prática, a sua preocupação é o bem-estar da criança e da família. A evolução do papel da família nos cuidados em pediatria evoluiu de tal forma que o modelo de parceria de cuidados assenta no “pressuposto de que a família é o novo alvo de cuidados” (Mano, 2002, p. 54). Um dos conceitos no qual este modelo se baseia é na negociação de cuidados. A prestação de cuidados negociados, assenta na relação terapêutica construída com base na confiança e respeito mútuo (Casey, 1993 citado por Mano, 2002). Para além do envolvimento dos pais nos cuidados ser um pressuposto fundamental já preconizado por Anne Casey (Ordem dos Enfermeiros, 2011), os pais demonstraram que mesmo na triagem de uma urgência pediátrica, valorizam fundamentalmente a relação de confiança que o enfermeiro da triagem estabelece com eles. *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013) realça vários

aspectos que fomentam o desenvolvimento da relação de confiança nomeadamente, ter paciência e compaixão, disponibilidade para ouvir, demonstrar confiança nas suas ações, ser atento, empático e assertivo. O estudo de síntese da literatura de Rehman & Ali (2016) destaca competências determinantes que também favorecem o estabelecimento de uma relação de confiança com as crianças e famílias, tais como demonstrar capacidade para cuidar com uma atitude afetuosa e acolhedora. Associada a todos estes aspetos, a componente comunicacional é assumida por vários autores, como fundamental e está relacionada com a relação de confiança que se estabelece.

A capacidade para escutar os pais também foi referida pelos participantes e está associada à competência psicossocial do enfermeiro triador. Da análise de Möller, Fridlund, & Göransson (2010) salienta-se a importância atribuída pelos doentes ao facto de serem respeitados, ouvidos, acreditados e tratados como pessoas. Sendo este um processo bidirecional, a capacidade comunicacional do enfermeiro influencia a ação e a reação do doente ou da família (Australian Government, 2009). Na triagem a comunicação é vital para a orientação eficaz da entrevista, determinar a prioridade a atribuir, devendo-se acima de tudo ouvir com empatia (*The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013). A comunicação é por isso considerada por DuPree, Anderson, & Nash (2011) como algo fundamental para a prestação de cuidados de qualidade. O estudo de Locke, Stefano, Koster, Taylor, & Greenspan (2011) também evidencia uma forte relação entre os aspetos comunicacionais e a satisfação do doente/cuidador no serviço de urgência pediátrica. Estes autores concluíram que nos serviços de urgência pediátrica, os aspetos ligados à comunicação e relações interpessoais entre o prestador de cuidados e doente/cuidador têm potencial para melhorar os resultados em saúde. Também Rehman & Ali (2016) valorizam a capacidade de escuta como fator preponderante na comunicação estabelecida entre os doentes e o enfermeiro.

Relativamente à competência pessoal do enfermeiro a única referência neste estudo diz respeito à perceção do pais sobre o interesse e disponibilidade para a criança e família que o enfermeiro da triagem manifesta. No estudo destes últimos autores, também está descrito como fator de satisfação a disponibilidade e visibilidade que o enfermeiro da triagem demonstra. A figura 5 representa esquematicamente estes dados.

Relativamente aos fatores que influenciam a satisfação com a triagem realizada pelos enfermeiros no serviço de urgência pediátrica, aquilo que os pais referem acaba por estar interligado com as competências que observam no enfermeiro, já anteriormente descritas. Referem como fatores de satisfação com a atuação do enfermeiro na triagem, a segurança e a confiança que transmitem, o facto de serem afetivos e acolhedores, assim como a rapidez no atendimento. Este sentimento de segurança e confiança transmitida está relacionado com

o facto dos pais sentirem que o enfermeiro é competente sobretudo a nível clínico mas também a nível interpessoal. Há também uma referência pouco representativa relacionada com o facto da triagem ter sempre a presença constante de um enfermeiro. Ou seja, os pais reconhecem que naquele local físico, está sempre presente um enfermeiro. Este é um aspecto que lhes transmite segurança, de tal forma que o identificam como fator de satisfação.

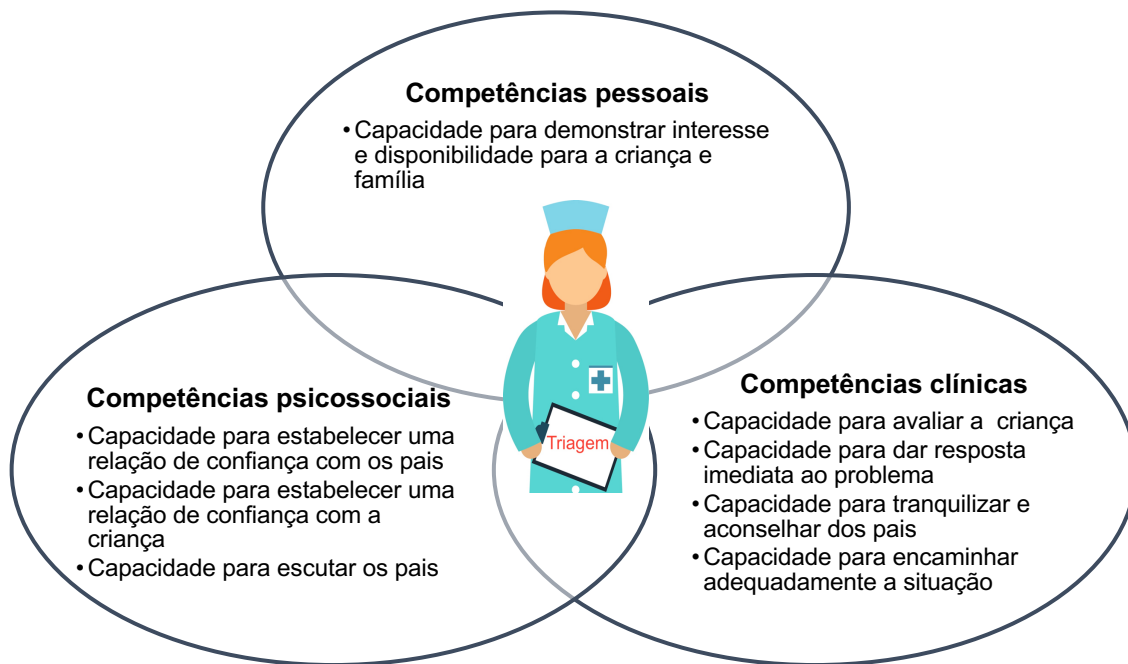


Figura 5 – Representação esquemática das competências dos enfermeiros que realizam a triagem referidas pelos pais

O estudo de Möller et al. (2010) afirma que a relação interpessoal na triagem é um aspeto importante e referem que é essencial para o doentes sentirem-se respeitados, considerados e serem tratados de forma holística. Por outro lado, o estudo de Locke et al. (2011) demonstra não só a importância da interação interpessoal com o doente e o acompanhante, como também dos aspetos associados à comunicação. O estudo de síntese da literatura de Mpinga & Chastonay (2011) também acrescenta que parece existir uma correspondência direta entre a satisfação do doente e a disponibilidade, acessibilidade e qualidade do atendimento. As conclusões do estudo de Fitzpatrick et al. (2014) demonstram que uma comunicação adequada e o respeito pelos doentes influenciam as perceções dos pais e a satisfação geral do atendimento. A importância atribuída pelos pais ao tempo dedicado para ouvir as suas preocupações, o cuidado pelo bem estar e saúde da criança e a empatia contínuas, demonstraram ser fatores determinantes para a sua satisfação. O estudo

de síntese da literatura de Rehman & Ali (2016) enumera alguns fatores com características semelhantes, nomeadamente demonstrar preocupação com o doente/acompanhante, demonstrar disponibilidade e uma atitude amigável, competência em diagnosticar o problema e lidar com ele de forma eficaz, capacidade de resposta em tempo útil, capacidade para ouvir, integrada na competência comunicacional, e capacidade para cuidar. Também refere outros fatores, tais como a capacidade para fornecer informações relacionadas com a situação, responder a perguntas e proporcionar oportunidade para o doente ou acompanhante fazerem perguntas, e providenciar informações relacionadas com a alta e cuidados a ter. Os achados encontrados, não apenas os relacionados com os fatores influenciadores dos pais com a triagem, como também as competências reconhecidas pelos pais ao enfermeiro que executa a triagem, corroboram os achados da síntese da literatura de Rehman & Ali (2016). As particularidades encontradas neste estudo estão relacionadas com a prestação de cuidados na área da pediatria.

Por outro lado, foram também explorados os fatores que influenciam a insatisfação dos pais com a triagem realizada pelos enfermeiros. A adoção de uma postura de indiferença para com a situação é descrita, de forma muito expressiva pelos participantes neste estudo, como um fator que influencia a insatisfação com a atuação do enfermeiro na triagem. Este é um aspeto claramente oposto ao anteriormente descrito, nomeadamente a capacidade de ser afetivo/acolhedor, demonstrando coerência na observação e opinião dos pais ou prestadores de cuidados. Apesar de pouco representativo, há referência a outros aspetos considerados como fatores influenciadores da insatisfação com a atuação do enfermeiro na triagem, nomeadamente o tempo dispendido na triagem (considerado insuficiente), a prioridade atribuída ter sido considerada injusta pelos pais e a interrupção da triagem por motivos não relacionados com o caso. Como já mencionado anteriormente, a triagem implica um período breve de entrevista para determinar a prioridade do doente (Edwards, 2013; Grupo Português de Triagem, 2009) e por isso, os pais podem considerar que é um momento demasiado curto para aquilo que são as suas expectativas e preocupações relacionadas com o momento de stress que é ter o filho doente. É também esta preocupação que influencia a percepção parental da gravidade dos sintomas do filho, que associada ao desconhecimento dos aspetos considerados para a atribuição da prioridade, os leva a considerar que a prioridade atribuída na triagem é injusta.

O ambiente do serviço de urgência pode ser por vezes caótico e o local onde é realizada a triagem é um ponto do serviço de urgência onde, por vários motivos, os profissionais ou pais podem recorrer e causar interrupções ou distrações ao enfermeiro que executa a triagem ou aos pais e crianças que estão a ser triadas. A referência de um participante sobre a interrupção da triagem do seu filho por um motivo não relacionado com o

mesmo, reflete essa experiência que mesmo podendo ser gerida pelo enfermeiro, poderá causar constrangimentos e insatisfação nos utilizadores. Qualquer um destes últimos fatores descritos pelos pais como influenciadores para a sua insatisfação poderá ser minimizado com uma comunicação eficaz do enfermeiro da triagem. Uma comunicação aberta e honesta pode evitar que surjam suposições e equívocos, relacionados com a atribuição da prioridade ou com o motivo da interrupção da triagem e que possam não terem sido devidamente entendidos, contribuindo para a compreensão e esclarecimento dos pais. A figura 6 representa de forma esquemática os fatores que influenciam a satisfação dos pais com a triagem realizada pelo enfermeiro no serviço de urgência pediátrica.

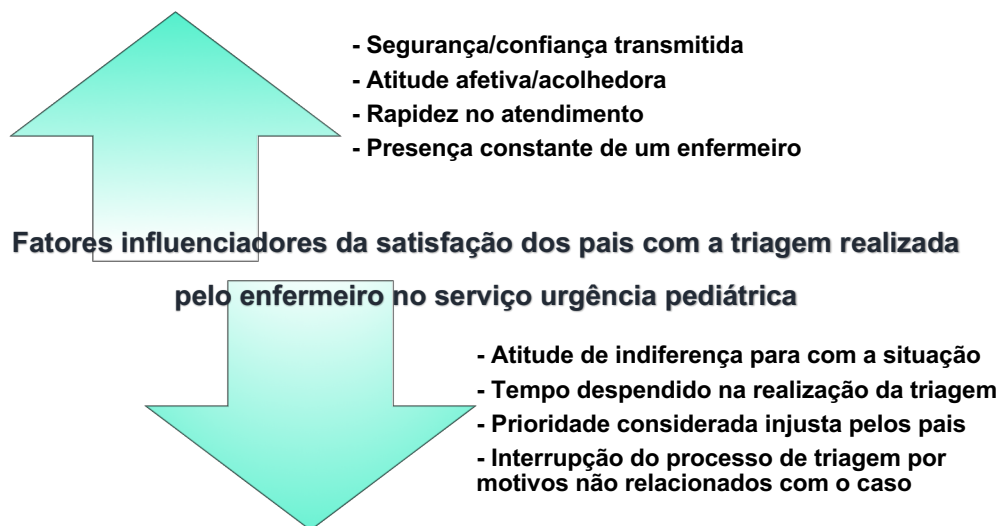


Figura 6 – Representação esquemática dos fatores que influenciam a satisfação dos pais com a triagem realizada pelo enfermeiro no serviço de urgência pediátrica

No estudo de Möller et al. (2010) é descrito que a primeira impressão formada durante o momento da triagem influencia a percepção dos doentes em relação ao serviço de urgência. Rehman & Ali (2016) identificam a satisfação dos doentes como um dos objetivos de qualquer departamento de urgência. Considerado como um indicador de qualidade, a satisfação com o serviço de urgência tem efeito sobre a reputação da totalidade do hospital. Neste estudo as opiniões dos participantes estão divididas. Metade dos pais considera que o momento da triagem não é um fator influenciador da satisfação com o serviço de urgência e os restantes participantes têm opinião contrária, tendo ambos argumentos distintos.

O aspeto unânime verificado em todos estes participantes é a satisfação que verbalizam em relação à triagem realizada. Todos consideram que se sentiram satisfeitos ou muito satisfeitos com a triagem realizada pelo enfermeiro e alguns também estenderam esta

satisfação aos restantes cuidados de enfermagem prestados no serviço de urgência. Estes achados são consistentes com os apresentados por Rehman & Ali (2016), cuja revisão sugere que a satisfação relacionada com a triagem realizada por enfermeiros era elevada, mas também com os apresentados por Fitzpatrick et al. (2014), que constataram que a percepção do atendimento no serviço de urgência aos doentes pediátricos, é de uma forma geral positiva aos olhos dos pais e relacionados com múltiplos domínios, como por exemplo o ambiente clínico, o profissionalismo e comunicação.

Há ainda outro aspecto a refletir, tendo em consideração os dados constantes nesta discussão e que vão ao encontro do que é sugerido no estudo de Möller et al. (2010), em que relacionam um maior nível de satisfação dos doentes com o nível elevado de formação e experiência dos enfermeiros da triagem. Amthauer & Luzia (2016, p. 6) também sugerem que o enfermeiro responsável pela triagem deve possuir “habilidades técnicas, raciocínio clínico, escuta qualificada e conhecimento em pediatria para uma abordagem baseada na singularidade e na integralidade da criança”, considerando como ideal um enfermeiro especializado e experiente. Estes aspectos sustentam a importância da experiência, desenvolvimento e aquisição de competências profissionais dos enfermeiros, nomeadamente as associadas ao perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, que se revelam importantes nomeadamente no desempenho da importante e exigente intervenção que é a triagem no serviço de urgência pediátrica. Também as evidências sugeridas por *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant’s manual: Triage training resources* (2013), demonstram correlação entre a experiência durante a triagem inicial e a satisfação em relação a todo o serviço de urgência. Este estudo corrobora estes aspetos, uma vez que a maioria dos enfermeiros que realizaram a triagem às crianças desta amostra, eram enfermeiros especialistas. Os restantes eram enfermeiros sem especialização mas com muitos anos de experiência no contexto de urgência pediátrica.

4. CONCLUSÕES

Os serviços de urgência são locais onde, por diversos motivos, existe uma grande afluência de doentes. O processo de triagem baseado na uniformização de procedimentos e na tomada de decisão assente em algoritmos clínicos, permite um encaminhamento adequado e a garantia da prioridade de atendimento ao doente com crescente grau de gravidade. Assegura ainda a qualidade, segurança e equidade no acesso aos cuidados de saúde. Os sistemas de triagem ajudam na tomada de decisão clínica do enfermeiro mas este necessita de possuir várias competências específicas para poder desempenhar a função de triagem de forma adequada. As diversas competências que se vão adquirindo ao longo do percurso profissional e o empenho no desenvolvimento dos conhecimentos científicos, são aspetos importantes a considerar no perfil de enfermeiro triador. As exigências e competências que são requeridas para a função de enfermeiro triador na área de urgência pediátrica estão em concordância com o perfil de competências que se pretende do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, pelo acréscimo de competências clínicas, técnicas e humanas que detém.

O serviço de urgência é um dos primeiros serviços hospitalares com que o doente pode contactar e por isso, a perceção dos cuidados prestados e a satisfação a eles associada torna-se num instrumento de monitorização da qualidade, que pode ficar associada à reputação do hospital.

São vários os aspetos que podem contribuir para a avaliação da satisfação dos doentes, mas o foco deste estudo é relacionado com a triagem realizada pelos enfermeiros no serviço de urgência pediátrica. O conhecimento das perceções parentais sobre os enfermeiros que executam a triagem e os fatores que influenciam a sua satisfação, pretende melhorar a prestação de cuidados e proporcionar benefícios significativos aos enfermeiros, crianças e famílias, num ambiente particularmente stressante como é o serviço de urgência.

Assim, com este estudo verificou-se que existe um défice de conhecimentos significativo relacionado com o processo de triagem no serviço de urgência. Metade dos pais que recorre ao serviço de urgência não sabe que é um enfermeiro que executa a triagem do seu filho. Embora sem poder de extrapolação, dado o tamanho reduzido da amostra, verifica-se que este desconhecimento não mostrou estar relacionado com o grau de escolaridade nem com a frequência com que recorre ao serviço de urgência pediátrica. Também em relação ao objetivo da triagem, os pais apenas descrevem aquilo que é visível. Esta visão traduz apenas

aquilo que é observável e por isso, desconhecem toda a complexidade e importância que a triagem tem e implica no serviço de urgência. Neste sentido é importante investir na informação aos pais e população em geral, devendo esta estar disponível e visível em espaços de atendimento urgente, bem como implementar algumas intervenções que favoreçam a educação e informação acerca destes aspetos, transformando-as em boas práticas.

Verificou-se também que os pais reconhecem e valorizam várias capacidades aos enfermeiros que executam a triagem, integradas em competências clínicas, psicossociais e pessoais. Em relação às competências clínicas, reconhecem a capacidade que o enfermeiro da triagem demonstra para avaliar a criança, a capacidade para dar resposta imediata ao problema, a capacidade para tranquilizar e aconselhar os pais e a capacidade para encaminhar adequadamente a situação. Nas competências psicossociais reconhecem a capacidade que o enfermeiro da triagem demonstra para estabelecer uma relação de confiança com eles e também com a criança, bem como a capacidade para os escutar. A capacidade para demonstrar interesse e disponibilidade para a criança e família é também reconhecida e está associada à competência pessoal do enfermeiro. Todas estas capacidades estão associadas às qualificações e competências descritas e requeridas para o perfil e papel do enfermeiro na triagem. Destaca-se um aspeto fundamental e inerente à prestação de cuidados em pediatria que foi identificado neste estudo e que diz respeito à capacidade de estabelecer uma relação de confiança com os pais. A importância atribuída pelos pais, logo a partir da triagem, à relação de confiança que o enfermeiro é capaz de estabelecer com eles, demonstra que o foco dos cuidados será inevitavelmente sempre a criança e também a família.

Quando se procura os fatores que influenciam a satisfação dos pais com a triagem realizada pelos enfermeiros no serviço de urgência pediátrica, compreende-se que o que é referido pelos pais está interligado com as competências anteriormente descritas. Assim, os pais referiram que os fatores que influenciam a sua satisfação com a triagem no serviço de urgência pediátrica dizem respeito à segurança e confiança transmitida pelo enfermeiro da triagem, bem como à sua atitude afetiva e acolhedora, à rapidez do seu atendimento e à presença constante naquele local. Por outro lado, os fatores que influenciam a insatisfação na triagem relacionam-se com a atitude de indiferença que o enfermeiro possa demonstrar para com a situação, o tempo despendido na realização da mesma (que pode ser considerado insuficiente), a atribuição de uma prioridade de atendimento que os pais consideram injusta e a interrupção do processo de triagem por motivos não relacionados com o caso. É importante que o enfermeiro que realiza a triagem, compreenda e identifique estes aspetos e seja capaz de comunicar de forma eficaz com os pais de forma a minimizá-los. Indissociável de todos

estes aspetos está a experiência. A sua conexão com a proficiência em diversas áreas, são aspetos essenciais que o enfermeiro triador deve ter.

Não houve concertação relativamente à satisfação com a triagem como fator influenciador com o serviço de urgência, contudo houve unanimidade no que diz respeito à satisfação que todos referem sentir em relação à triagem realizada. Os pais referem sentir-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a triagem realizada pelo enfermeiro no serviço de urgência pediátrica, também estendida aos restantes cuidados de enfermagem prestados durante a permanência no serviço. Desta forma a perceção do atendimento e dos cuidados de enfermagem prestados no serviço de urgência é positiva aos olhos dos pais e estão relacionados com vários domínios. Por isso, considera-se de elevada importância o desenvolvimento das competências profissionais dos enfermeiros, nomeadamente as associadas ao perfil de competências específicas do enfermeiro especialista, para o desempenho de funções fundamentais, nomeadamente a triagem num serviço de urgência pediátrica.

A reflexão acerca dos achados deste estudo e a discussão em torno dos mesmos, poderão ter várias implicações na prática de cuidados. A implementação de boas práticas logo a partir da triagem, para promoção da literacia em saúde relacionada com a triagem e outros aspetos relacionados com o funcionamento do serviço de urgência, bem como a inclusão de conteúdos escritos ou interativos nos locais destinados à espera nos serviços de atendimento urgente, deverão ser estratégias a considerar. Os resultados deste estudo demonstram que existem aspetos fundamentais, que são reconhecidos e valorizados pelos pais, referenciados no perfil de competências do enfermeiro responsável pela triagem, mas também relacionados com o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria. A sua relação com a satisfação com os cuidados prestados, merece uma reflexão por parte dos enfermeiros que executam a função de triagem, de modo a desenvolver as competências valorizadas de forma mais consciente. Para além disso, o desenvolvimento da complexa função de enfermeiro triador, implica um investimento na formação contínua sobre os aspetos relacionados com o processo de triagem e as competências que o enfermeiro deve ter, aos profissionais que já desempenham ou irão desempenhar essa função.

Para além disso, os aspetos que sustentam a importância da experiência associada ao perfil de competências específicas do enfermeiro especialista, nomeadamente habilidades técnicas, raciocínio clínico, escuta qualificada e conhecimento em pediatria para uma abordagem baseada na singularidade e na integralidade da criança, deverá ser tida em consideração e valorizada para o desempenho da função de enfermeiro triador, considerando como ideal um enfermeiro especializado e experiente. Estes aspectos sustentam a

importância da experiência, desenvolvimento e aquisição de competências profissionais dos enfermeiros, nomeadamente as associadas ao perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria.

No desenvolvimento deste trabalho foram várias as dificuldades sentidas. A primeira foi constatar que não existia nenhum instrumento de colheita de dados construído e capaz de avaliar o que era proposto. A construção de um instrumento de colheita de dados que conseguisse dar resposta aos objetivos propostos foi um desafio, assim como a condução das entrevistas. Depois, a complexidade da codificação dos dados para responder à metodologia qualitativa foi outra dificuldade, devido à inexperiência do investigador principal. As limitações deste estudo prendem-se com o tamanho da amostra e com a metodologia utilizada, que não permitem a extrapolação dos resultados para a população geral que recorre à urgência pediátrica.

Como refere Edwards (2013), a triagem é uma arte que requiere contínuo desenvolvimento e crescimento. Neste sentido, é importante continuar a investir, tal como sugeriram Rehman & Ali (2016), através da metodologia qualitativa, na exploração das perceções, expectativas e conhecimentos dos doentes, em vários aspetos relacionados com os diferentes serviços de urgência, sendo que os fatores demográficos e culturais e os sistemas de triagem existentes poderão influenciar todas as questões exploradas. Com este estudo, contribuiu-se para a investigação deste tema e conseqüente desenvolvimento do conhecimento, na área específica da enfermagem pediátrica em Portugal.

Este mesmo tema poderá ser investigado com recurso à metodologia qualitativa ou quantitativa, em serviços de urgência de diferentes áreas de cuidados no nosso país, à semelhança das sugestões de Rehman & Ali (2016), ou mesmo em serviços de urgência pediátrica com sistemas de triagem distintos ou de áreas geográficas diferentes. Para além disso, o aspeto relacionado com a insuficiente literacia em saúde demonstrada pelos pais, poderá ser alvo de investigação, nomeadamente em aspetos relacionados com os motivos e crenças pelos quais os pais recorrem ao serviço de urgência pediátrica. Explorar este aspeto poderá dar indicadores sobre de que forma poderemos investir no ensino aos pais em aspetos relativos à vigilância e manutenção da saúde infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amthauer, C., & Luzia, M. (2016). Sistema de triagem de Manchester: Principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1078.2779>
- Andersson, A.-K., Omberg, M., & Svedlung, M. (2006). Triage in the emergency department: A qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*, 11(3), 399–409. <https://doi.org/10.1287/mnsc.38.5.645>
- Australia, Australian Government, Department of Health and Ageing. (2009). *Emergency triage education kit: Triage workbook*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Azevedo, V., Carvalho, M., Fernandes-Costa, F., Mesquita, S., Soares, J., Teixeira, F., & Maia, Â. (2017). Transcrever entrevistas: Questões conceituais, orientações práticas e desafios. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(14), 159–168. <https://doi.org/10.12707/RIV17018>
- Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lda.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., & Amenta, P. (2015). Conceptualisation of patient satisfaction: A systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health*, 20(10), 243–250. <https://doi.org/10.1177/1757913915594196>
- Brunt, B. A. (2014). *Nursing professional development competencies: Tools to evaluate and enhance educational practice*. Danvers, MA: HCPro a division of BLR. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-385983-9.00004-1>
- Bullard, M. J., Musgrave, E., Warren, D., Unger, B., Skeldon, T., Grierson, R., ... Swain, J. (2017). Revisions to the Canadian emergency department triage and acuity scale,

CTAS, guidelines 2016. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 19(S2), S18–S27.

<https://doi.org/10.1017/cem.2017.365>

Bullard, M. J., Unger, B., Spence, J., Grafstein, E., & Canadian Triage and Acuity Scale Nacional Working Group. (2008). Revisions to the canadian emergency department triage and acuity scale, CTAS, adult guidelines. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 10(2), 136–142.

Cabrera, J. A. A. (2017). *Triagem de Manchester, que futuro* (Dissertação mestrado, Universidade do Porto). <http://hdl.handle.net/10216/104138>

Chiu, I.-M., Lin, Y.-R., Syue, Y.-J., Kung, C.-T., Wu, K.-H., & Li, C.-J. (2017). The influence of crowding on clinical practice in the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.07.011>

Coutinho, A. A. P., Cecilio, L. C. O., & Mota, J. A. C. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: Uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22(2), 188–198.

Cremonesi, P., Bella, E., Montefiori, M., & Persico, L. (2015). The robustness and effectiveness of the triage system at times of overcrowding and the extra costs due to inappropriate use of emergency departments. *Applied Health Economics and Health Policy*. <https://doi.org/10.1007/s40258-015-0166-5>

Dippenaar, E., & Bruijns, S. (2016). Triage is easy, said no triage nurse ever. *International Emergency Nursing*, 29, 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.09.005>

Despacho nº3762/2015. (2015, Abril 15). [Determina a obrigatoriedade da utilização do sistema de triagem de Manchester ou o Canadian paediatric triage and acuity scale nos serviços de urgência pediátrica nacionais]. [Portugal]. *Diário da República*, 2(73), pp.9186-9187. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66984659/details/normal?l=1>

Despacho nº3618-A/2016. (2016, Março 10). [O governo constitucional estabelece como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição para a saúde pública,

através designadamente da criação de um programa nacional para a saúde, literacia e autocuidados]. [Portugal]. *Diário da República*, 2(49), pp.8660-(5) a 8660-(6).

<https://dre.pt/home/-/dre/73833508/details/maximized?serie=II&dreId=73833504>

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166–206.

DuPree, E., Anderson, R., & Nash, I. S. (2011). Improving quality in healthcare: Start with the patient. *The mount sinai journal of medicine*, 78, 813–819.

<https://doi.org/10.1002/msj.20297>

Edwards, T. A. (2013). *The art of triage*. New York: Nova Science Publishers, Inc.

Ellbrant, J., Åkeson, J., & Åkeson, P. K. (2015). Pediatric emergency department management benefits from appropriate early redirection of nonurgent visits. *Pediatric Emergency Care*, 31(2), 95–100. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000348>

Fernández, A., Ares, M. I., Garcia, S., Martinez-Indart, L., Mintegi, S., & Benito, J. (2016). The validity of the pediatric assessment triangle as the first step in the triage process in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 00(00), 1–5.

<https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000717>

FitzGerald, G., Jelinek, G. A., Scott, D., & Gertz, M. F. (2010). Emergency department triage revisited. *Emergency Medicine Journal*, 27(2), 86–92.

<https://doi.org/10.1136/emj.2009.077081>

Fitzpatrick, N., Breen, D. T., Taylor, J., Paul, E., Grosvenor, R., Heggie, K., & Mahar, P. D. (2014). Parental satisfaction with paediatric care, triage and waiting times. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 26(2), 177–182. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12202>

Ganley, L., & Gloster, A. S. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard*, 26(12), 49–56. <https://doi.org/10.1007/s12208-014-0122-3>

Grupo Português de Triagem. (2009). *Manual do formando: Triagem no serviço de urgência:*

Protocolo de triagem de Manchester (2ª ed.). Amadora: Grupo Português de Triagem.

Hitchcock, M., Gillespie, B., Crilly, J., & Chaboyer, W. (2013). Triage: An investigation of the process and potential vulnerabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1532–1541.

<https://doi.org/10.1111/jan.12304>

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª edição). Lusociência.

Hohenhaus, S. M., Travers, D., & Mecham, N. (2008). Pediatric triage: A review of emergency education literature. *Journal of Emergency Nursing*, 34(4), 308–313.

<https://doi.org/10.1016/j.jen.2007.06.022>

Locke, R., Stefano, M., Koster, A., Taylor, B., & Greenspan, J. (2011). Optimizing patient/caregiver satisfaction through quality of communication in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 27(11), 1016–1021. Obtido de <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10&NEWS=N&AN=2011623787>

Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 6), 157–166. <https://doi.org/10.12707/RIII11112>

Magalhães-Barbosa, M. C., Robaina, J. R., Prata-Barbosa, A., & Lopes, C. D. S. (2017). Validity of triage systems for paediatric emergency care: A systematic review. *Emergency Medicine Journal*, 0, 1–9. <https://doi.org/10.1136/emermed-2016-206058>

Mano, M. J. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista de Enfermagem Referência*, 8. Obtido de https://web.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=enfermagem&id_artigo=57&id_revista=5&id_edicao=14

Mirhaghi, A., Heydari, A., Mazlom, R., & Ebrahimi, M. (2015). The reliability of the Canadian triage and acuity scale: Meta-analysis. *North American Journal of Medical Sciences*,

7(7), 299–305. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.161243>

Möller, M., Fridlund, B., & Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 746–754. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x>

Morse, J. M. (2015). "Data were saturated..." *Qualitative Health Research*, 25(5), 587–588. <https://doi.org/10.1177/1049732315576699>

Mpinga, E. K., & Chastonay, P. (2011). Satisfaction of patients: A right to health indicator. *Health Policy*, 100(2–3), 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.11.001>

Nunes, Lucília (2013) *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Instituto Politécnico de Setúbal: Escola Superior de Saúde.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (Vol. III). Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

Pinto, S., & Silva, E. (2013). Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: a perspetiva dos acompanhantes das crianças. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 95–103. <https://doi.org/10.12707/RIII1285>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016: Eixo estratégico qualidade em saúde* (3.3). Lisboa: DGS. <http://pns.dgs.pt/pns-qualidade/>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2018). *Norma nº 002/2018 de 09/01/2018: Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna*

imediata. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-09012018.aspx>

Regulamento nº351/2015. (2015, Junho 22). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem [Portugal].

Diário da República, 2(119), pp.16660-16665.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20SaudeCriancaJovem.pdf

Regulamento nº422/2018. (2018, julho 12). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica [Portugal]. *Diário da República*, 2(133), pp.19192-19194.

<https://dre.pt/application/conteudo/115685379>

Rehman, S. A., & Ali, P. A. (2016). A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments. *International Emergency Nursing*, 29, 38–44. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.11.002>

Seiger, N., van Veen, M., Almeida, H., Steyerberg, E. W., van Meurs, A. H. J., Carneiro, R., ... Moll, H. A. (2014). Improving the Manchester triage system for pediatric emergency care: An International multicenter study. *PLOS ONE*, 9(1), 1–8.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083267>

Seiger, N., van Veen, M., Steyerberg, E. W., Ruige, M., van Meurs, A. H. J., & Moll, H. A. (2011). Undertriage in the Manchester triage system: An assessment of severity and options for improvement. *Archives of Disease in Childhood*, 96, 653–658.

<https://doi.org/10.1136/adc.2010.206797>

Shawhan, R. R., McVay, D. P., Casey, L., Spears, T., Steele, S. R., & Martin, M. J. (2015). A simplified trauma triage system safely reduces overtriage and improves provider satisfaction: A prospective study. *American Journal of Surgery*, 209(5), 856–863.

<https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.01.008>

Silva, António Marques (2009). *Triagem de Prioridades: Triagem de Manchester*

(Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). <http://hdl.handle.net/10216/19983>

The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program:

Participant's manual: Triage training resources (Vers. 2.5b). (2013) Canada: Canadian Association of Emergency Physicians.

Visser, L. S., Montejano, A. S., & Grossman, V. A. (2015). *Fast facts for the triage nurse: An orientation and care guide in a nutshell*. New York: Springer Publishing Company.

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization. <https://doi.org/doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>

ANEXOS

ANEXO I – NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS, SINAIS COMUNS DE QUE PODEM NÃO ESTAR SATISFEITAS E ESTRATÉGIAS PARA AS SATISFAZER

Necessidade humana básica	Sinais comuns de que a necessidade não está satisfeita	Estratégias sugeridas para satisfazer a necessidade
Sentir-se compreendido	Repetir a mesma mensagem; Falar lentamente e/ou alto; Ficar zangado/com raiva; Trazer uma pessoa para falar por ele.	Separar as emoções do conteúdo; Fazer perguntas, deslocando o foco da emoção para explorar as preocupações com a saúde; Reconhecer os seus sentimentos, demonstrar empatia com as suas preocupações; Demonstrar o seu entendimento, informando sobre o que vai acontecer e porquê; Não ter expressões que demonstrem irritação; Verificar as suas próprias reações.
Sentir-se bem-vindo	Olhar em volta antes de entrar; Parecer perdido ou inseguro.	Providenciar uma receção calorosa e amigável; Utilizar linguagem apropriada; No final da triagem, manter uma linha de comunicação aberta.
Sentir-se importante	Desviar a atenção sobre si próprio; Ficar zangado/com raiva; Parecer desamparado; Perda de controlo.	Chamar a pessoa pelo nome; Reconhecer as suas preocupações; ter atenção às suas necessidades individuais; Permitir que a raiva se dissipe: ouvir; Não dizer nada; Permitir que a pessoa liberte as suas emoções.
Necessidade de conforto psicológico e físico	Parecer doente (atase), nervoso ou inseguro; Pedir ajuda/assistência.	Explicar os procedimentos calma e cuidadosamente; Tranquilizar.

Fonte: Australia, AG, DHA (2009, p. 20)

ANEXO II – RESUMO DOS PREDITORES FISIOLÓGICOS EM ADULTOS E A CATEGORIA DA ATS

	Categoria 1 imediate	Categoria 2 10 minutos	Categoria 3 30 minutos	Categoria 4 60 minutos	Categoria 5 120 minutos
Via aérea	Obstruída/ parcialmente obstruída	Patente	Patente	Patente	Patente
Respiração	Dificuldade respiratória severa/ ausência respiração/ hipoventilação	Dificuldade respiratória moderada	Dificuldade respiratória ligeira	Sem dificuldade respiratória	Sem dificuldade respiratória
Circulação	Compromisso hemodinâmico severo/ ausência circulação Hemorragia incontrolável	Compromisso hemodinâmico moderado	Compromisso hemodinâmico ligeiro	Sem compromisso hemodinâmico	Sem compromisso hemodinâmico
Estado neurológico	Glasgow < 9	Glasgow 9-12	Glasgow > 12	Glasgow 15	Glasgow 15

Fatores de risco para doença/lesão grave- idade, história de alto risco, mecanismo de lesão de alto risco, fatores de risco cardíaco, efeito de drogas ou álcool, erupção cutânea e alteração da temperatura corporal: devem ser considerados à luz do histórico de eventos e dados fisiológicos. Vários fatores de risco = risco aumentado de lesão/doença grave. A presença de um ou mais fatores de risco pode resultar na alocação a uma categoria de prioridade superior.

Fonte: Australia, AG, DHA (2009 p.28)

ANEXO III – DISCRIMINADORES FISIOLÓGICOS PEDIÁTRICOS DA ATS

	Categoria 1 – Imediatamente	Categoria 2 – Emergente Dentro de 10 minutos	Categoria 3 – Urgente Dentro de 30 minutos	Categoria 4 – Semi urgente Dentro de 60 minutos	Categoria 5 – Não urgente Dentro de 120 minutos
Via aérea	Obstruída Parcialmente obstruída com dificuldade respiratória severa	Patente Parcialmente obstruída com dificuldade respiratória moderada	Patente Parcialmente obstruída com dificuldade respiratória ligeira	Patente	Patente
Respiração	Ausência respiração Hipoventilação	Respiração presente	Respiração presente	Respiração presente	Respiração presente
Circulação Sinais e sintomas de desidratação ↓ nível de consciência/atividade Preenchimento capilar <2 segundos Mucosa oral seca Olhos encovados ↓ turgor cutâneo Ausência lágrimas Respiração profunda Pulso fino/filiforme Taquicardia	Dificuldade respiratória severa por exemplo – Uso severo dos músculos acessórios – Retração severa – Cianose severa	Dificuldade respiratória moderada por exemplo – Uso moderado dos músculos acessórios – Retração moderada – Pele pálida	Dificuldade respiratória ligeira por exemplo – Uso ligeiro dos músculos acessórios – Retração ligeira – Pele rosada	Sem dificuldade respiratória – Sem uso de músculos acessórios – Sem retração	Sem dificuldade respiratória – Sem uso de músculos acessórios – Sem retração
	Ausência circulação Bradycardia significativa por exemplo <60bat/min na criança	Circulação presente	Circulação presente	Circulação presente	Circulação presente
	Compromisso hemodinâmico severo por exemplo – Ausência pulsos	Compromisso hemodinâmico moderado por exemplo – Pulso braquial	Compromisso hemodinâmico ligeiro por exemplo – Pulsos periféricos	Sem compromisso hemodinâmico por exemplo – Pulsos periféricos	Sem compromisso hemodinâmico por exemplo – Pulsos periféricos

↓ diurese	periféricos – Pele pálida, fria, suada, marmoreada – Taquicardia significativa – Preenchimento capilar > 4 segundos	fino/filiforme – Pele pálida, fria – Taquicardia moderada – Preenchimento capilar 2-4 segundos	palpáveis – Pele pálida, quente – Taquicardia ligeira	palpáveis – Pele rosada, quente, seca	palpáveis – Pele rosada, quente, seca
	Hemorragia incontrolável	> 6 sinais e sintomas de desidratação	3-6 sinais e sintomas de desidratação	> 3 sinais e sintomas de desidratação	Sem sinais e sintomas de desidratação
Estado neurológico	Glasgow < 8	Glasgow 9-12 Diminuição grave da atividade por exemplo – sem contacto visual, – diminuição do tónus muscular	Glasgow > 13 Diminuição moderada da atividade por exemplo – letárgico – contacto visual quando estimulado	Glasgow normal ou sem alteração aguda da consciência habitual Diminuição ligeira na atividade por exemplo – parado mas com contacto visual – interage com os pais	Glasgow normal ou sem alteração aguda da consciência habitual Sem alteração da atividade por exemplo – brinca – sorri
		Dor severa por exemplo – doente/pais verbalizam dor severa – pele pálida, fria – alteração dos sinais vitais – solicita analgesia	Dor moderada por exemplo – doente/pais verbalizam dor moderada – pele pálida, quente – alteração dos sinais vitais – solicita analgesia	Dor ligeira por exemplo – doente/pais verbalizam dor ligeira – pele rosada, quente – sem alteração dos sinais vitais – solicita analgesia	Sem dor ou dor ligeira por exemplo – doente/pais verbalizam dor ligeira – pele rosada, quente – sem alteração dos sinais vitais – recusa analgesia

		Compromisso neurovascular severo por exemplo <ul style="list-style-type: none"> - sem pulso - frio - sem sensibilidade - sem movimento - ↓ preenchimento capilar 	Compromisso neurovascular moderado por exemplo <ul style="list-style-type: none"> - Pulso presente - frio - com sensibilidade - com movimento - ↓ preenchimento capilar 	Compromisso neurovascular ligeiro por exemplo <ul style="list-style-type: none"> - Pulso presente - sensibilidade normal/ ↓ sensibilidade - movimento normal/ ↓ movimento - preenchimento capilar normal 	Sem compromisso neurovascular
--	--	---	--	--	-------------------------------

Fatores de risco para doença grave ou lesão

Estes dados devem ser considerados à luz da história de eventos e dados fisiológicos.

Múltiplos fatores de risco = risco acrescido de doença grave ou lesão

A presença de um ou mais fatores de risco pode resultar na alocação na categoria de triagem de maior prioridade

Mecanismo de lesão por exemplo <ul style="list-style-type: none"> • lesão penetrante • queda > 2x altura • acidente viação (veículo 4 rodas) > 60km/h • acidente viação (veículo 2 rodas com ou sem motor) > 30Km/h • peão • projeção/capotamento • desencarceramento 	Co-morbilidades por exemplo <ul style="list-style-type: none"> • história de prematuridade • patologia respiratória • patologia cardíaca • patologia renal • carcinoma • diabetes • abuso substâncias • imuno-comprometido • doença congénita 	Idade < 3 meses e <ul style="list-style-type: none"> • febre • alteração aguda do padrão alimentar • alteração aguda do padrão de sono • vítima de violência • criança em risco • abuso sexual • negligência 	Variáveis da história, por exemplo eventos que precedem a ida ao serviço urgência <ul style="list-style-type: none"> • apneia/episódio de cianose • convulsão • diminuição da ingesta • diminuição da diurese • fezes gelatinosas vermelhas • vômitos biliares • preocupação parental 	Outros por exemplo <ul style="list-style-type: none"> • rash cutâneo • potencial ou atualmente sob o efeito de álcool ou drogas • exposição química • envenenamento • emersão • alteração da temperatura corporal
---	--	---	--	---

prolongado (>30minutos) • morte de ocupantes do mesmo carro • explosão	• histórico médico complexo			
--	-----------------------------	--	--	--

Fonte: Australia, AG, DHA (2009 p. 68-69)

ANEXO IV – ABORDAGEM DA AVALIAÇÃO DO DOENTE PELO PTM

Passos da avaliação	Atividade de triagem
Cumprimentar o paciente	<p>A avaliação começa com a visão dos doentes, olhe para eles quando se aproximam da área de triagem, e capte quaisquer sinais visuais que podem incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de mobilidade ○ Ferimento óbvio ○ Idade do doente
Colheita sumária de dados	<p>Perguntar aos doentes o que os levou ao serviço de urgência. Esta informação é curta, concisa e informa-o sobre o ferimento/doença/problema relacionado com a saúde dos doentes.</p>
A apresentação da queixa	<p>Doentes que apresentam queixas podem ser relacionados com a história subjetiva que fornecem. Isto leva o triador a escolher o fluxograma de apresentação mais apropriado.</p>
As questões focalizadas (entrevista)	<p>É aqui que o conhecimento e capacidades do profissional de triagem são mais evidentes. Aplicação de conhecimentos anatómicos, reconhecimento de padrão de queixas apresentadas, e a capacidade de reagir eficazmente a situações de vida ou morte, são todas do domínio do profissional de triagem. Questões focalizadas podem ser usadas para obter mais detalhes se necessário, ex. duração do problema, mecanismo de lesão, medicação atual, etc. O formato destas questões será dirigido pelos discriminadores no fluxograma de apresentação escolhido.</p>
Exame físico e análise dos parâmetros físicos	<p>Se apropriado, segundo o indicado pelo fluxograma escolhido. Localização das lesões atuais. Registo de observações base, pulso, temperatura, ou informação mais detalhada, ex. obtida pela oximetria do pulso ou avaliação sumária da acuidade visual.</p>
Avaliação da dor	<p>Uma parte integral do PTM, tanto o valor da dor subjetiva (doente) como objetiva (profissional de triagem) são dignos de registo, com documentos de base racional, para diferenciar os valores.</p>
Prioridade/plano de cuidados	<p>Prioridade atribuída utilizando o discriminador aplicável ao doente. Descrição sucinta, de qualquer outro cuidado identificado como resultado da avaliação de triagem.</p>
Documentos	<p>O registo desta informação deve ser feito num formato pré-acordado e mais uma vez claro, conciso e relevante da queixa apresentada. Quando um sistema de triagem computadorizado é utilizado o profissional de triagem deve certificar-se que o foco da atenção é sempre o doente e não o ecrã do computador/teclado. Se relevante, incluir um registo de qualquer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alergia ○ Medicação ○ História passada relevante ○ Medidas de primeiros socorros aplicadas na triagem ○ Observações Assinatura legível/identificação objetiva
Nova avaliação (se aplicável)	<p>Registar a necessidade de nova avaliação, em particular quando foi administrado fármaco na triagem.</p>

ANEXO V – MODIFICADORES DE 1ª ORDEM DA CTAS

Modificadores de alteração de sinais vitais

Dificuldade respiratória

DIFICULDADE RESPIRATÓRIA			
Nível dificuldade	SpO2	Pico fluxo expiratório (PFE)	Nível de CTAS
Grave: Fadiga devido a excesso de esforço respiratório, cianose, discurso de uma única palavra, incapacidade de falar, obstrução das vias aéreas superiores, letargia ou confusão, entubação endotraqueal ou necessidade de ventilação assistida	< 90%		1
Moderada: Aumento do esforço respiratório, falar com frases curtas ou frases cortadas. Estridor significativo ou agravado mas com via aérea protegida.	<92%	<40%	2
Ligeira: Dispneia, taquipneia, dispneia de esforço, sem aumento óbvio de esforço respiratório, capacidade de falar com frases completas, estridor sem obstrução evidente da via aérea.	92% - 94%	40-60%	3
Nenhum	>94%		4 ou 5

Estabilidade hemodinâmica

ESTADO HEMODINÂMICO	Nível CTAS
Choque: Sinais evidentes de hipoperfusão severa dos órgãos nobres; pulso fraco ou filiforme, hipotensão, bradicardia ou taquicardia significativa, diminuição do nível de consciência. Pode também manifestar-se como corado, febril, tóxico, como no choque séptico.	1
Compromisso Hemodinâmico: sinais evidentes de perfusão limite; taquicardia inexplicável, hipotensão ortostática (historial), ou suspeita de hipotensão (tensão arterial mais baixa que o normal ou tensão esperada para um determinado utente)	2
Sinais vitais encontram-se no limiar superior ou inferior do normal , relacionados com a queixa principal, particularmente quando eles diferem dos valores normais para o utente.	3
Sinais vitais normais	4 ou 5

Nível de consciência

NÍVEL CONSCIÊNCIA	Glasgow	Nível CTAS
Inconsciente: incapaz de proteger a via aérea, convulsão contínua ou deterioração progressiva no estado de consciência	3 - 9	1
Estado de Consciência alterado: desorientação no espaço ou tempo; perda de memória recente; estado de confusão recente; agitação.	10 - 13	2
Normal: são usados outros modificadores para determinar o Nível de CTAS	14 - 15	3, 4 ou 5

Temperatura

Febre > 38°C (idade > 16 anos)	Nível de CTAS
Imunocomprometido – neutropenia (ou suspeita), quimioterapia ou sob fármacos imunossupressores incluindo corticóides sistêmicos.	2
Aspeto Séptico – tem 3 critérios positivos de SIRS ou compromisso hemodinâmico, dificuldade respiratória moderada ou alteração do estado de consciência.	2
Aspeto adoentado – tem 1 ou 2 critérios positivos de SIRS mas com um ar adoentado (corado, letárgico, ansioso ou agitado)	3
Aspeto normal – a febre é o único critério positivo de SIRS, aparentando estar confortável e sem dificuldade.	4

Outros modificadores

Dor

Severidade da dor e Nível de Dor	Localização	Dor Aguda vs. Dor Crónica	Nível de CTAS
Grau Elevado Crónica (Nível 8 – 10)	Central	Aguda	2
		Crónica	3
	Periférica	Aguda	2
		Crónica	3
Grau Moderado (Nível 4 – 7)	Central	Aguda	2
		Crónica	3
	Periférica	Aguda	2
		Crónica	3
Grau Reduzido (Nível 1 – 3)	Central	Aguda	2
		Crónica	3
	Periférica	Aguda	2
		Crónica	3

Transtorno Hemorrágico

Hemorragias ameaçadoras de Vida ou Membro Nível CTAS 2	Hemorragias Moderadas ou Menor Nível CTAS 3
Cabeça (intracraniana) e pescoço	Nariz (epistáxis)
Tórax, abdómen, pélvis, coluna	Boca (incluindo gengivas)
Hemorragia vaginal massiva	Articulações (Hemartroses)
Músculo psoas-ilíaco e anca	Menorragias
Síndrome de compartimento de extremidade	Abrasões
Fraturas e luxações	Lacerações superficiais
Lacerações Profundas	
Qualquer hemorragia incontrolável	

Mecanismo de Lesão

Mecanismo de Lesão	Nível CTAS 2
Trauma Geral	<p><u>Colisão de veículo automóvel</u>: Projeção do veículo, capotamento, tempo de desencarceramento > a 20min, intrusão significativa no espaço dos passageiros, morte no mesmo habitáculo, impacto a> 40km/h sem sistema de retenção ou impacto a> 60km/h com sistema de retenção.</p> <p><u>Colisão de motociclo</u>: quando o impacto com automóvel >30km/h, especialmente se o condutor é projetado.</p> <p><u>Peão ou ciclista</u>: atropelamento ou embate por veículo a >10km/h. Queda: superior a 6m</p> <p><u>Lesão Penetrante</u>: Cabeça, pescoço, tronco ou extremidades em regiões próximas aos cotovelos ou joelhos</p>
Trauma Craniano	<p><u>Colisão de veículo automóvel</u>: Projeção do veículo, passageiro sem sistema de retenção com embate da cabeça no para-brisas.</p> <p><u>Peão</u>: atingido por um veículo</p> <p><u>Queda</u>: superior a 1m ou 5 degraus</p> <p><u>Agressão</u>: com objeto contundente, outro que não punho ou pé</p>
Trauma Cervical	<p><u>Colisão de veículo automóvel</u>: projeção do veículo, capotamento, excesso de velocidade (especialmente se condutor sem sistema de retenção).</p> <p><u>Colisão de motociclo</u>: Qualquer projeção do motociclo</p> <p><u>Queda</u>: superior a 1m ou 5 degraus Carga axial na cabeça</p>

Fonte: *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013, p. 22-29)

ANEXO VI – MODIFICADORES DE 2ª ORDEM DA CTAS

Nível Glicémico

Queixa Principal	Glicémia	Sintomas	Nível de CTAS
Alteração do estado de consciência; Confusão; Hiperglicemia; Hipoglicémia	< 3mmol/L (<54 mg/dl)	Confusão, diaforese, alteração do comportamento, convulsão, défices focais agudos	2
		Assintomático	3
	>18mmol/L (>324mg/dl)	Dispneia, desidratação, taquipneia, polidipsia, poliúria, astenia	2
		Assintomático	3

Grau desidratação

Queixa Principal	Modificador 2ª Ordem	Nível CTAS
Vómito e/ou Náuseas; Diarreia; Adinamia	Desidratação grave: perda maciça de volume com sinais clássicos de desidratação e sinais e sintomas de choque.	1
	Desidratação moderada: mucosas secas, taquicardia, turgor cutâneo +/- diminuído, diminuição do débito urinário	2
	Desidratação ligeira: sinais vitais estáveis com queixas de polidipsia e urina concentrada e história de diminuição de ingestão de fluidos ou perda de fluidos aumentada ou ambas.	3
	Risco de Desidratação: sem sintomas de desidratação mas apresenta causa para contínua perda de fluidos ou dificuldade na tolerância de fluidos orais.	4

Hipertensão/Tensão arterial em adultos

Tensão Arterial Adulto	Sintomas	Nível CTAS
TAS >220 ou TAD >130	Quaisquer outros sintomas relacionados com Hipertensão (exemplo – cefaleias, náuseas, falta de ar, dor torácica)	2
TAS >220 ou TAD >130	Sem outros sintomas	3
TAS 200 – 220 ou TAD 110 – 130	Quaisquer outros sintomas relacionados com Hipertensão (exemplo – cefaleias, náuseas, falta de ar, dor torácica)	3
TAS 200 – 220 ou TAD 110 – 130	Sem outros sintomas	4 ou 5

Outros exemplos de modificadores de 2ª ordem

Queixa Principal	Modificador Revisto	Nível CTAS
Dor torácica, sem características cardíacas	Dor dilacerante (sensação de rasgar)	2
Fraqueza das extremidades/ Sintomas de AVC	Instalação dos sintomas <4.5horas	2
	> 4.5horas ou resolvido	3
Dificuldade para engolir / disfagia	Sialorreia ou estridor	2
	Possível corpo estranho	3
Membros superiores ou inferiores - Lesão	Deformidade óbvia *	3

*para diminuir preocupação que utentes com fraturas com dor ligeira/moderada esperem tempo demasiado.

Fonte: *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013, p.29-31)

ANEXO VII – TRIÂNGULO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA



Olhar crítico – Aparência Geral

- Alerta e reativo?
- Interação com o cuidador?
- Cor da pele, olhos e aparência geral normal?
- Fala ou chora? Som claro, bafado, normal ou anormal?
- Vestuário adequado ao tempo?
- Contente ou consolável?

Ao observar o comportamento, o enfermeiro triador pode compreender a condição da criança. A forma como brinca, come e fala, pode ajudar a indicar a gravidade da sua condição.

Exemplos:

- Uma criança hipotônica e cianótica com olhos abertos é Nível 1 (reanimação);
- Criança a dormir num carrinho com Exantema Purpúrico é Nível 1 (reanimação);
- Movimentos tônico/clônicos generalizados em qualquer idade é Nível 1 (reanimação);
- Criança que recusa alimentar-se, apresentando desinteresse geral, letargia, irritabilidade inexplicável, ou perda de tônus deve preocupar o enfermeiro e ser triada com Nível 2 ou superior, pois estes sintomas podem representar uma situação grave como sépsis, alteração metabólica, ingestão tóxica, criança maltratada ou outros;
- Uma criança com varicela deve ser de imediato isolada;
- Uma criança alerta que está a alimentar-se com batatas fritas pode esperar por uma avaliação de triagem;

- Uma criança de fralda e t-shirt pode estar com vestuário apropriado para um dia de verão muito quente, mas não para um dia de tempestade de neve. O enfermeiro triador deve estar atento a sinais de crianças maltratadas ou negligenciadas. Por outro lado, os pais/cuidadores podem ter saído de casa sem vestir a criança adequadamente por acreditarem que a vida da criança estava em risco.

Olhar crítico – Respiração

- Avaliar frequência respiratória – muito rápida, normal ou muito lenta
- Avaliar esforço respiratório – uso de músculos acessórios, adejo nasal e tiragem
- Ouvir ruídos adventícios tais como gemido expiratório, pieira ou estridor sem colocar um estetoscópio sobre o seu peito

Uma acentuada diminuição do esforço respiratório deve ser considerada uma situação de risco de vida.

Olhar crítico – Circulação

- Avalie cor da pele – circulação anormal pode ser indicada por manchas, palidez ou cianose
- Verifique hemorragia não controlada
- Repare em sinais de desidratação – fontanela abaulada, olhos encovados, perda de peso recente, mucosas secas, sem lágrimas
- Um tempo de preenchimento capilar normal é inferior a 2 segundos
- Qualquer alteração do nível de consciência é também um sinal de diminuição da perfusão cerebral.

A alteração de um lado do TAP direciona para a atribuição de um nível de prioridade 3 (urgente). A alteração de dois lados do TAP implica a atribuição do nível de prioridade 2 (emergente). A alteração dos 3 lados do TAP implica a atribuição do nível de prioridade 1 (Reanimação).

Tendo por base o seu olhar crítico, a atribuição do nível 1 ou 2 de prioridade pode estar indicada e devem ser definidos os modificadores de primeira ordem apropriados. A criança deve ser imediatamente transferida para uma área de tratamento no SU com os

recursos adequados. Se o olhar crítico não sugere uma criança comprometida, é necessária mais informação antes de atribuir um nível de prioridade.

Fonte: *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013)

ANEXO VIII – MODIFICADORES DE 1ª E 2ª ORDEM EM PEDIATRIA

Os modificadores aqui descritos estão de acordo com o manual CTAS revisto em 2012 e as alterações de 2016.

As tabelas são *guidelines* de referência para ajudar na determinação do nível de prioridade. Devem ser aplicadas em conformidade com as definições de dificuldade respiratória severa, moderada e leve, bem como de choque e compromisso hemodinâmico, antes da tomada de decisão final.

Os gráficos devem estar disponíveis para consulta na triagem ou área de avaliação. Na dúvida, tria-se numa prioridade de atendimento superior.

Crianças triadas como CTAS 1 ou CTAS 2 nunca devem ser retidas na triagem para completar a história ou para a avaliação de sinais vitais para confirmação do nível de triagem.

Modificadores de 1ª ordem

Parâmetros Fisiológicos

- **Avaliação da frequência e esforço respiratório (tabela 7)**

Para esta avaliação examinar a via aérea e respiração da criança:

- Expor e avaliar a permeabilidade da via aérea;
- Monitorizar a frequência respiratória;
- Avaliar o esforço respiratório (incluindo uso músculos acessórios, adequação da entrada de ar, dificuldade em falar e sons respiratórios adventícios);
- Observar a posição de conforto que a criança adota, existência de sialorreia (pós-lactente) e sons anormais;
- Utilizar gráficos fisiológicos de acordo com a idade (figura 6).

(O manual inclui também a avaliação da PEFR, taxa de pico de fluxo expiratório, que não foi colocada por não ser utilizada na triagem do Hospital Pediátrico de Coimbra).

Tabela 7 – Avaliação da frequência e esforço respiratório e nível PaedCTAS

(Fonte: *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013)

Sinais de dificuldade respiratória	Frequência	SpO ₂	Nível PaedCTAS
Grave: Trabalho respiratório acentuado; cianose; letargia, confusão, incapacidade para reconhecer o cuidador, diminuição da resposta à dor; não fala ou discurso de uma única palavra; taquicardia ou bradicardia; taquipneia ou bradipneia; respiração irregular; apneia; retrações exageradas, adejo nasal; gemido; sons respiratórios ausentes ou diminuídos; obstrução das vias áreas superiores (disfagia, sialorreia, “voz abafada”, esforço respiratório e estridor); via área desprotegida (fraco ou ausente reflexo de tosse ou de vômito); hipotonia.	3 ou mais unidades de desvio padrão (> ou < do normal)	< 90%	1
Moderada: aumento do trabalho respiratório, agitação, ansiedade, combativo; taquipneia; hiperpneia; ligeiro aumento do uso dos músculos acessórios, tiragem, adejo nasal, capaz de pronunciar-se em frases curtas ou cortadas, estridor mas com via área protegida, fase expiratória prolongada.	2 unidades de desvio padrão (> ou < do normal)	< 92%	2
Ligeira: Dispneia; taquipneia; dispneia para esforços; sem aumento óbvio do trabalho respiratório; capaz de falar; estridor sem obstrução óbvia das vias aéreas; dispneia ligeira para esforços; tosse persistente.	1 unidade desvio padrão (> ou < do normal)	92 a 94%	3
Inexistente	Nível normal		4 ou 5

- **Avaliação da saturação de oxigénio**

As indicações para avaliação deste parâmetro incluem:

- Crianças com doença respiratória ou cardíaca conhecida;
- Criança com respiração anormal e/ou sintomas cardiovasculares;
- Antes e depois do tratamento para alívio sintomático, quando estão instituídas diretrizes/planos de cuidados/protocolos;
- Quando for difícil a colaboração para a avaliação da saturação de oxigénio às crianças poderá ter que basear-se unicamente na sua observação dos sinais de dificuldade respiratória.

Respiratory Rate							
Age	Lev 1	Level 2	Level 3	Level 4 & 5	Level 3	Level 2	Lev 1
0	<	17 < -	26 < -	35 - 53	- > 62	- > 71	>
3 mon	<	16 < -	25 < -	33 - 51	- > 60	- > 68	>
6 mon	<	15 < -	23 < -	32 - 48	- > 57	- > 65	>
9 mon	<	14 < -	22 < -	30 - 46	- > 54	- > 62	>
12 mon	<	14 < -	22 < -	29 - 44	- > 52	- > 59	>
15 mon	<	14 < -	21 < -	28 - 42	- > 49	- > 56	>
18 mon	<	14 < -	20 < -	27 - 39	- > 46	- > 52	>
21 mon	<	14 < -	20 < -	26 - 37	- > 43	- > 49	>
24 mon	<	14 < -	19 < -	25 - 35	- > 40	- > 45	>
3 yr	<	14 < -	18 < -	22 - 30	- > 34	- > 38	>
4	<	15 < -	18 < -	21 - 24	- > 30	- > 33	>
5	<	15 < -	18 < -	20 - 23	- > 28	- > 31	>
6	<	15 < -	17 < -	19 - 22	- > 27	- > 29	>
7	<	14 < -	16 < -	19 - 21	- > 26	- > 28	>
8	<	13 < -	16 < -	18 - 20	- > 25	- > 27	>
9	<	13 < -	15 < -	17 - 20	- > 24	- > 27	>
10	<	12 < -	15 < -	17 - 19	- > 24	- > 26	>
11	<	12 < -	14 < -	16 - 19	- > 24	- > 26	>
12	<	11 < -	14 < -	16 - 18	- > 23	- > 26	>
13	<	11 < -	13 < -	16 - 18	- > 23	- > 25	>
14	<	10 < -	13 < -	15 - 17	- > 22	- > 25	>
15	<	10 < -	12 < -	15 - 17	- > 22	- > 24	>
16	<	9 < -	12 < -	14 - 16	- > 21	- > 24	>
17	<	9 < -	11 < -	13 - 16	- > 21	- > 23	>
18	<	9 < -	11 < -	13 - 15	- > 20	- > 22	>

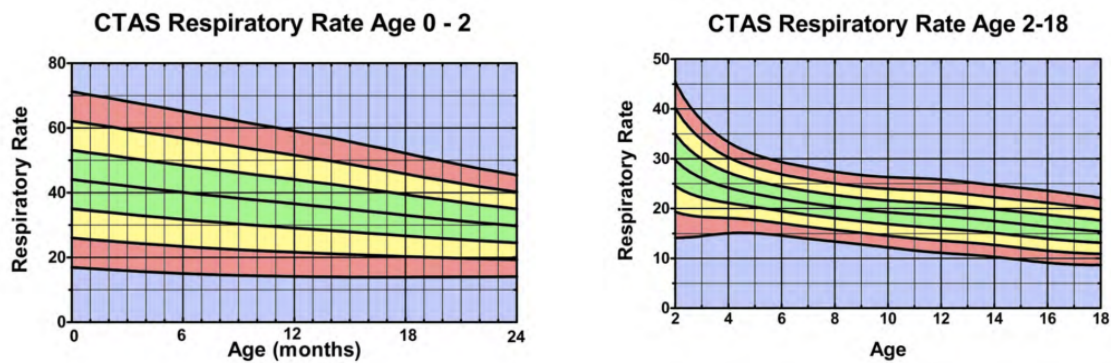


Figura 6 – Gráficos frequência respiratória / idade

(Fonte: *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013)

- **Avaliação da frequência cardíaca e circulatória**

A avaliação circulatória inclui:

- Frequência cardíaca;
- Presença de pulsos periféricos;
- Preenchimento capilar;
- Coloração da pele, avaliação da pele ao toque (quente/corada, fresca/fria, húmida/seca);

- Verificar hemorragias não controladas
- Utilizar gráficos fisiológicos de acordo com a idade (figura 7).

A taquicardia é a resposta inicial. Bradicardia e hipotensão ocorrem mais tarde, o que significa colapso cardíaco iminente. Desidratação e hipovolémia podem ser fatais.

Heart Rate

Age	Lev 1	Level 2	Level 3	Level 4 & 5	Level 3	Level 2	Lev 1	
0	<	79 <-	95 <-	111 -	143	- > 159	- > 175	>
3 mon	<	95 <-	111 <-	127 -	158	- > 173	- > 189	>
6 mon	<	91 <-	106 <-	121 -	152	- > 167	- > 183	>
9 mon	<	86 <-	101 <-	116 -	145	- > 160	- > 175	>
12 mon	<	83 <-	97 <-	111 -	140	- > 155	- > 169	>
15 mon	<	79 <-	94 <-	108 -	137	- > 152	- > 166	>
18 mon	<	76 <-	90 <-	105 -	134	- > 148	- > 163	>
21 mon	<	73 <-	87 <-	102 -	131	- > 145	- > 159	>
24 mon	<	71 <-	85 <-	99 -	128	- > 142	- > 156	>
3 yr	<	64 <-	78 <-	92 -	120	- > 135	- > 149	>
4	<	59 <-	73 <-	88 -	116	- > 130	- > 144	>
5	<	56 <-	70 <-	84 -	112	- > 126	- > 140	>
6	<	53 <-	67 <-	81 -	109	- > 123	- > 136	>
7	<	50 <-	64 <-	78 -	105	- > 119	- > 133	>
8	<	47 <-	61 <-	75 -	102	- > 116	- > 129	>
9	<	45 <-	59 <-	72 -	99	- > 113	- > 126	>
10	<	43 <-	57 <-	70 -	97	- > 110	- > 124	>
11	<	42 <-	55 <-	68 -	95	- > 108	- > 122	>
12	<	40 <-	53 <-	67 -	93	- > 106	- > 120	>
13	<	39 <-	52 <-	65 -	92	- > 105	- > 118	>
14	<	37 <-	51 <-	64 -	90	- > 103	- > 116	>
15	<	36 <-	49 <-	62 -	89	- > 102	- > 115	>
16	<	35 <-	48 <-	61 -	87	- > 100	- > 113	>
17	<	34 <-	47 <-	60 -	86	- > 99	- > 112	>
18	<	33 <-	45 <-	58 -	85	- > 97	- > 110	>

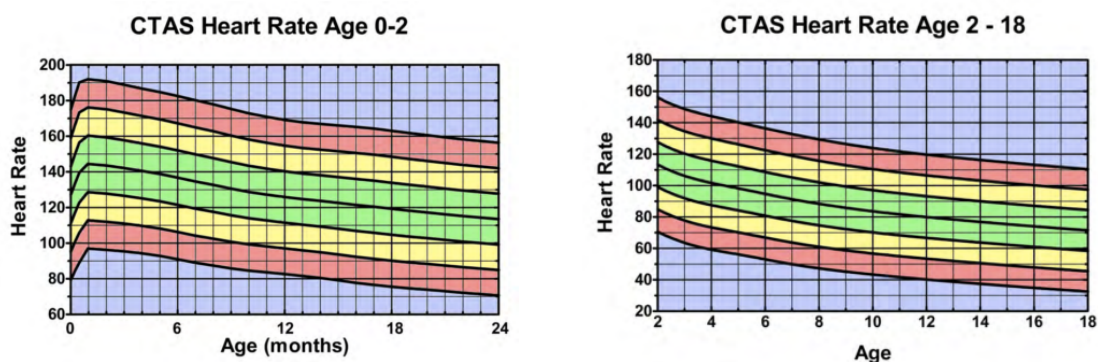


Figura 7 – Gráficos frequência cardíaca / idade

- **Estabilidade hemodinâmica**

O enfermeiro triador deve reconhecer sinais e sintomas de perfusão alterada (tabela 8)

Tabela 8 – Avaliação estado hemodinâmico e nível PaedCTAS

(Fonte: *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013)

Estado hemodinâmico	Frequência cardíaca	Nível PaedCTAS
Choque: Evidência de hipoperfusão severa dos órgãos nobres: palidez acentuada, pele fria, diaforese, pulso fraco ou filiforme, hipotensão, síncope postural, taquicardia ou bradicardia significativas, ventilação ou oxigenação ineficazes, diminuição do nível de consciência. Poderá apresentar-se corado, febril, aspeto tóxico, como no choque séptico.	3 ou mais unidades de desvio padrão (> ou < do normal)	1
Compromisso hemodinâmico: Evidência de perfusão limite: tempo de preenchimento capilar aumentado, taquicardia, diminuição na produção de urina e alterações cutâneas sugestivas de diminuição da perfusão tecidual. Vômitos e diarreia derivados de uma infecção gastrointestinal são uma etiologia comum. Os sinais de desidratação nem sempre são fiáveis, particularmente em utentes mais novos. Hemorragia no trauma moderado pode estar mascarada devido à capacidade da criança em manter a tensão arterial.	2 unidades de desvio padrão (> ou < do normal)	2
Depleção do volume, com sinais vitais anormais	1 unidade desvio padrão (> ou < do normal)	3
Sinais vitais normais.	Intervalo normal	4 ou 5

- **Avaliação neurológica**

Examinar o aspeto geral e o nível de consciência. Como reconhecer um nível de consciência alterado?

- Verificar a resposta emocional da criança aos estímulos;
- Incapacidade para reconhecer o cuidador;
- Nível decrescente de resposta ao ambiente;
- Agitação;
- Confusão;
- Ansiedade;
- Indiferença;
- Inconsolabilidade;
- A história faz sentido? O que ouve e o que vê são a mesma coisa– considerar sempre a possibilidade de maus tratos.

Quais são as potenciais causas de alteração do nível de consciência?

- Hipoxia;
- Trauma/ferimento;
- Medicação.

Uma criança sem nenhuma causa para o comprometimento neurológico requer investigação minuciosa. O uso da Escala de Coma de Glasgow (ECG) é recomendado (tabela 9).

Tabela 9 – Escala de Coma Glasgow Pediátrica

(Fonte: Adaptado de Emergency Nurses Association ENPC providers manual: 2nd edition (1998) citado em *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013)

Função	Score	Idade < 1 ano	Idade > 1 ano	
Abertura de olhos	4	Espontaneamente	Espontaneamente	
	3	À voz	À ordem verbal	
	2	À dor	À dor	
	1	Sem resposta	Sem resposta	
Melhor resposta motora	6	Movimentos espontâneos e adequados	Obedece a ordens	
	5	Localiza a dor	Localiza a dor	
	4	Fuga à dor em flexão	Fuga à dor em flexão	
	3	Flexão anormal (rigidez típica da descorticação)	Flexão anormal (rigidez típica da descorticação)	
	2	Extensão (rigidez típica da descerebração)	Extensão (rigidez típica da descerebração)	
	1	Sem resposta	Sem resposta	
Função	Score	Idade 0-23 meses	Idade 2 a 5 anos	Idade > 5anos
Melhor resposta verbal	5	Choro apropriado, sorri	Palavras e fases apropriadas	Orientado, conversa
	4	Choro consolável	Palavras inapropriadas	Confuso
	3	Choro inapropriado	Chora, grita	Palavras inapropriadas
	2	Grunhidos	Grunhidos	Incompreensível
	1	Sem resposta	Sem resposta	Sem resposta

A avaliação do nível de consciência na triagem providencia informações importantes sobre a função cerebral. Essa quantificação na triagem é facilmente efetuada utilizando a pontuação da Escala de Coma de Glasgow (ECG), embora esta apenas esteja validada para uso em utentes com traumatismos cranianos, mas tem sido utilizado pelos profissionais de saúde como um método reconhecido para transmitir informações sobre o nível de consciência. Uma pontuação entre 3 e 9 indica dano significativo ou perda de função e automaticamente indica uma prioridade em CTAS de 1. Uma ECG de 10 a 13 indica disfunção orgânica cerebral e coloca a criança em CTAS 2. Em crianças com atraso cognitivo ou disfunção neurológica crónica pode-se tornar difícil o uso da pontuação. Por isso deve tentar-se perceber qual a função basal da criança e avaliar se há alguma alteração.

Se a glasgow da criança estiver a piorar em relação ao valor inicial, prevê-se uma maior deterioração, por exemplo: 15 para 14, 13 para 11. Pode haver muito poucos sinais de aviso antes do latente/criança ser incapaz de proteger a sua via aérea (tabela 10).

Tabela 10 – Avaliação da consciência e nível PaedCTAS

(Fonte: *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013)

Nível de Consciência - Estado	ECG	Nível PaedCTAS
Inconsciente: não responde; responde apenas à dor ou ruído elevado e sem propósito; posição de flexão ou extensão; convulsão contínua/ativa; deterioração progressiva do nível de consciência; incapaz de proteger a via aérea	3-9	1
Nível de consciência alterado: mudança no estado "normal" de consciência; letárgico; estuporoso; localiza estímulos dolorosos; confuso; desorientado; inquieto; irritável; agitado ou agressivo; inconsolável, má alimentação na criança; capaz de proteger a via aérea; alerta ou com alterações menores do comportamento ou dos sinais vitais, em relação ao normal	10-13	2
Consciente: Estado de alerta, implicando orientação quanto à pessoa, espaço e tempo; interage apropriadamente para a idade (por exemplo, balbúcia e tagarela); consolável	14-15	3, 4 ou 5

- **Avaliação temperatura**

Assumindo que os restantes sinais vitais estão estáveis, monitorizar a temperatura na triagem é apropriado para ajudar a determinar a prioridade (tabela 11). Qualquer indicação de existência de uma infeção necessita de monitorização deste parâmetro. Em neonatos e crianças imunodeprimidas, mudanças na temperatura pode ser um indicador precoce de risco de vida. Protocolos de administração de terapêutica na sala triagem são muitas vezes considerados.

O método de avaliação da temperatura difere consoante a faixa etária e tipo de termómetro. Difere também os intervalos de temperatura normal de acordo com o local de avaliação. Em crianças até aos 2 anos, o método recomendado é o retal, pela evidência que refere que é a temperatura que mais se aproxima da central. É um local desaconselhado em neonatos pelo maior risco de fissuras anais e em crianças imunodeprimidas, pelo maior risco de contrair infeções. Por questões de higiene hospitalar, o método menos utilizado é o retal.

A hipotermia pode ser sinal de sépsis em neonatos, crianças pequenas e crianças com danos cerebrais. Também crianças imunodeprimidas (por exemplo doença falciforme ou com doença oncológica), podem apresentar temperaturas mais baixas, na ausência de outros sintomas, quando desenvolvem um quadro de sépsis. Existem estudos que documentam que a avaliação tátil ou relatos de temperaturas elevadas por parte dos pais que deve ser considerada.

Temperaturas anormais (altas ou baixas) podem ajudar na indicação do nível de prioridade. Por exemplo uma criança com febre, que parece não estar bem, com aspeto descorado, agitada, ansiosa ou confusa tem uma prioridade diferente em relação a uma criança com febre que parece confortável, com pulso normal, alerta e orientada.

Da revisão do CTAS de 2016, na área pediátrica foi apenas revisto o modificador da febre. Limitou o nível 3 de prioridade a crianças dos 3 meses aos 18 meses em vez dos 3 meses aos 3 anos como anteriormente. Este facto é explicado pela mudança significativa de infeções graves em crianças pequenas, devido ao aumento da imunização atribuída ao programa de vacinação (Bullard et al., 2017).

Tabela 11 – Avaliação da temperatura e nível PaedCTAS

(Fonte: Bullard et al., 2017; *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013)

Idade	Temperatura	Descritor	Nível PaedCTAS
0-3 meses	> 38°C ou < 36°C		2
Todas as idades	> 38°C ou < 36°C	Imunocomprometidos (ex: neutropénicos, transplantados, uso de corticoides)	2
> 3 meses até 18 meses	> 38,5°C	Má aparência	2
		Boa aparência	3
> 18 meses	> 38,5°C	Má aparência – considerar FR e FC	3
		Boa aparência	4

Parâmetros Não Fisiológicos

Os parâmetros que podem ser utilizados, dependendo da queixa principal, para determinar o correto nível de prioridade são: dor, transtorno hemorrágico e mecanismo de lesão.

- **Avaliação da Dor**

A avaliação da dor é utilizada para ajudar a determinar o grau de prioridade e assegurar identificação e controlo dos sintomas da doença/lesão (tabela 12). A avaliação e escolha da escala para monitorização da dor deve ser realizada de acordo com idade e estadio de desenvolvimento da criança a triar. Podem ser utilizados instrumentos de avaliação comportamental ou de autoavaliação, tais como a FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), a escala de avaliação verbal, a escala numérica ou a FPS-R (Faces Pain Scale-Revised). A taquicardia, palidez, sudorese e outros indicadores fisiológicos são úteis na avaliação do nível de dor. As escalas, apesar de não serem absolutas, permitem perceber a intensidade da dor de cada criança. A gestão da dor a partir da triagem por ser conveniente através da utilização de protocolos. É importante o enfermeiro triador diferenciar as manifestações da dor crónica e da dor aguda, da dor recorrente e da dor ocasional. A decisão da prioridade resulta da combinação da avaliação da dor, da duração da dor e da avaliação objetiva do enfermeiro da resposta à dor pela criança. Deve efetuar-se o registo da dor relatada e da avaliação objetiva do enfermeiro.

Tabela 12 – Avaliação da dor e nível PaedCTAS

(Fonte: *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources*, 2013)

Severidade da dor e pontuação	Dor aguda vs Dor crónica	Nível PaedCTAS
Severa 8-10	Aguda	2
	Crónica	3
Moderada 4-7	Aguda	3
	Crónica	4
Leve 1-3	Aguda	4
	Crónica	5

- **Avaliação de Transtornos Hemorrágicos**

Igual à avaliação do CTAS de adulto

- **Mecanismo de Lesão**

O mecanismo de lesão deve ser documentado em todas as crianças com queixas/sintomas/lesões relacionadas com trauma. O mecanismo de trauma diz respeito à forma como a energia foi transferida do ambiente para a criança, ajudando a determinar quanta energia foi aplicada nas estruturas corporais e órgãos. Quanto maior a força da energia, mais grave a extensão dos danos tecidulares e trauma. O mecanismo de lesão pode aumentar o risco em crianças estáveis. Crianças com história de mecanismos de lesão de alto risco, é-lhes atribuído o nível 2 de prioridade. São exemplos disso os mecanismos de lesão constantes na tabela 13.

Tabela 13 – Mecanismos de lesão e nível do PaedCTAS

(Fonte: *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources, 2013*)

Mecanismo de lesão	Descrição	Nível PaedCTAS
Trauma geral	<p><u>Acidente de viação com veículo</u>: Projeção do veículo, capotamento, tempo de extração superior a 20min, intrusão significativa no habitáculo, morte no mesmo habitáculo, impacto a >40km/h sem cinto de segurança ou impacto a >60km/h com cinto.</p> <p><u>Colisão com motociclo</u>: quando impacto com carro a >30km/h, especialmente se o condutor foi separado do motociclo.</p> <p><u>Peão ou ciclista</u>: atropelamento ou embate por veículo a >10km/h.</p> <p><u>Queda</u>: superior a 1m ou 5 degraus</p> <p><u>Ferida Penetrante</u>: Cabeça, pescoço, tronco ou extremidades próximas do cotovelo e joelho.</p>	2
Trauma craniano	<p><u>Acidente de viação com veículo</u>: Projeção do veículo, passageiro sem cinto com embate da cabeça no para-brisas.</p> <p><u>Peão</u>: atingido por um veículo</p> <p><u>Queda</u>: superior a 1m ou 5 degraus</p> <p><u>Agressão</u>: com objeto contundente outro que não punho ou pé</p>	2
Trauma cervical	<p><u>Acidente viação com veículo</u>: projeção do veículo, capotamento, excesso de velocidade (especialmente se condutor sem cinto).</p> <p><u>Colisão com motociclo</u></p> <p><u>Queda</u>: superior a 1m ou 5 degraus</p> <p><u>Carga axial na cabeça</u></p>	2

Modificadores de 2ª ordem

São específicos para um número limitado de queixas e podem ser necessários para apoiar os modificadores de 1ª ordem na decisão da prioridade a atribuir. Podem ser determinantes quando os modificadores de 1ª ordem são inadequados ou irrelevantes para a decisão da atribuição da prioridade. À semelhança do CTAS adulto, são exemplos de modificadores de 2ª ordem o grau de desidratação e o nível de glicémia (ver anexo VI). Na tabela 14 encontram-se outros exemplos de modificadores de 2ª ordem para queixas específicas pediátricas.

Tabela 14: Modificadores 2ª ordem e nível PaedCTAS

Fonte: Bullard et al. (2017); *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult/paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources* (2013, p. 42-52)

Queixa principal	Modificadores de 2ª ordem	Nível PaedCTAS
Criança hipotónica	Sem tónus, não suporta a cabeça	2
	Tónus muscular diminuído	3
Alteração a marcha/ marcha dolorosa	Problema em membro com história de febre	3
	Marcha com dificuldade	4
Problema congénito em criança	Condições e cartas protocolares identificando preocupações para uma deterioração rápida ou necessidade de tratamento imediato.	2
	Vómitos/diarreia em crianças com doença metabólica em crianças com doença metabólica hereditária, Diabetes tipo 1 ou insuficiência suprarrenal.	
	Cuidadores identificando necessidade de cuidados	3
Estridor	Criança estável com doença congénita com potencial para problemas	4
	Compromisso da via aérea	1
	Estridor marcado	2
Períodos de apneia em lactentes	Estridor audível	3
	Episódio de apneia presenciado	1
	Episódio recente consistente com apneia ou compromisso respiratório	2
Choro inconsolável em lactentes	História de episódios consistentes com apneia	3
	Latente inconsolável – sinais vitais anormais	2
	Latente inconsolável – sinais vitais estáveis	3
	Irritado mas consolável	4

ANEXO IX – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Área de Estudo: Triagem realizada por enfermeiros no serviço de urgência pediátrica: fatores que influenciam a satisfação dos pais.

Contexto do estudo: Dissertação a ser elaborada para a atribuição do grau académico de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria pela Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu

Investigadora: Maria do Céu de Oliveira Cruz (Enfermeira, Mestranda)

Orientadora: Professora Doutora Ernestina Maria Veríssimo Batoca Silva

Objetivos: Analisar os fatores considerados importantes pelos pais para a sua satisfação enquanto utilizadores do serviço de urgência pediátrica do HPC, relativamente à triagem realizada pelos enfermeiros.

Procedimentos: Após o consentimento para a participação no estudo, será realizada uma entrevista estruturada com gravação áudio, cujo objetivo será a análise de conteúdo dos dados colhidos.

Riscos: A participação neste estudo não envolve riscos. Tudo o que ocorrer durante o período de estudo é estritamente confidencial e não terá qualquer implicação no atendimento no serviço de urgência. O único risco poderá ser sentir-se pouco à vontade na manifestação da sua opinião. Se isso acontecer poderá comunicá-lo a qualquer altura do estudo, sendo a entrevista interrompida. Salva-se ainda que o material gravado será destruído quando a investigação terminar.

Benefícios: A participação neste estudo não tem benefícios imediatos. O benefício indireto esperado é, através do seu contributo e opinião, conhecer mais profundamente os fatores que influenciam a satisfação dos pais com a triagem, contribuindo para a melhoria contínua da prestação de cuidados de enfermagem.

Confidencialidade: Tudo o que acontece no contexto deste estudo é estritamente confidencial. Não serão utilizados quaisquer dados que permitam a identificação do participante em qualquer momento do estudo.

Direitos: A decisão de participar neste estudo é sua. Caso aceite participar, pode desistir a qualquer momento do estudo, não tendo qualquer implicação no atendimento do seu filho no momento ou no futuro.

Contactos: Qualquer questão relativa a este estudo pode ser dirigida diretamente à investigadora que o/a está a entrevistar.

Ao assinar este documento aceito participar no estudo de investigação descrito acima.

Participante: _____ Data: _____

Investigador: _____ Data: _____

ANEXO X – GUIÃO DE ENTREVISTA AOS PAIS

Guião entrevista aos pais

Início

Apresentação Pessoal: Nome, Profissão, Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Apresentação do estudo: Objetivos do estudo e da entrevista; Importância da entrevista para o estudo; Agradecer a colaboração disponibilidade para colaborar no estudo.

Consentimento informado: Apresentação do documento e obtenção do consentimento escrito; Reforçar a confidencialidade e anonimato; Pedir autorização para gravação da entrevista.

Identificação do pai/mãe

Entrevista nº ____ Código: _____

Data: ____/____/____ Hora de início: ____:____ Hora de término: ____:____ Local: _____




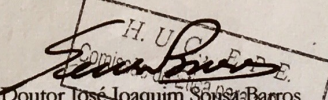
Idade: ____ Género: ____ Habilitações literárias: _____

Grau parentesco com a criança: _____ Idade da criança: _____




Objetivos	Questões	Observações
Fase Narrativa		
Obter informação acerca do conhecimento dos pais sobre o processo de triagem	<ul style="list-style-type: none"> • É a primeira vez que recorre ao SU com o seu filho/a? • Que profissional é que realizou a triagem do seu filho/a? • Qual é o objetivo ou a importância da triagem no serviço de urgência? 	
Obter informação acerca da perceção geral que os pais tiveram com o processo de triagem	<ul style="list-style-type: none"> • Como descreve o momento em que entrou na sala de triagem? • Quais os aspetos que considerou mais importantes na triagem do seu filho/a? • Quais os aspetos que, na sua opinião, podiam ter corrido melhor? 	

<p>Conhecer as características que os pais valorizam nos enfermeiros que executaram o processo de triagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são as características que considera importantes o/a enfermeiro/a que triou o seu filho/a ter, atendendo à experiência que teve com a triagem do seu filho/a? • Recorde tudo o que o enfermeiro/a falou consigo, as atitudes que teve, como interagiu consigo e com o seu filho, o que fez ou o que não fez e podia ter feito... A sua opinião é muito importante. [pode levar o tempo que precisar, tudo o que recordar, positivo ou não, é importante para mim]. 	
Fase exploratória		
<p>Explorar algumas características que possam não ter ficado muito explícitas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falou sobre (...), pode falar-me mais sobre esse aspeto? • Falou também sobre.... Importa-se de explicar melhor... 	
Fase de balanço		
<p>Compreender quais as características que os pais consideram importantes no enfermeiro que executa a triagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as características que considera importantes no enfermeiro que realiza triagem? Das características que mencionou, quais são aquelas que mais valorizou no enfermeiro que triou o seu filho? • Quais os aspetos, no comportamento do enfermeiro, que triou o seu filho e que o tenham deixado com uma perceção negativa? 	
<p>Compreender se a interação com o enfermeiro da triagem contribui para a satisfação dos pais enquanto utilizadores do serviço urgência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a importância que atribuí à primeira impressão que tem sobre o serviço de urgência, nomeadamente com o enfermeiro da triagem, como aspeto influenciador na sua satisfação para com o serviço? • Qual a perceção/imagem que ficou sobre os cuidados que foram prestados ao seu filho/a no serviço de Urgência? • Referiu (...), pode falar um pouco mais sobre (...). • Como avalia a sua satisfação em relação à forma como foi atendido pelo enfermeiro que triou o seu filho? 	
Agradeço a sua disponibilidade e colaboração na realização deste estudo.		

ANEXO XI – PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA E AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHUC-EPE PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

 <p>REPÚBLICA PORTUGUESA</p> <p>SAÚDE</p>		<p>SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE</p>	 <p>CHUC CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA</p>	
<p>Comissão de Ética para a Saúde</p>				
<p>Visto/ À U.I.D. para difusão</p>	<p>13/4/2018 Dr. Francisco Parente Diretor Clínico H.U.C. - EPE</p>			<p>Exmo. Senhor Dr. Francisco Parente Dign.º Diretor Clínico do CHUC</p>
<p>SUA REFERÊNCIA</p>	<p>SUA COMUNICAÇÃO DE</p>	<p>NOSSA REFERÊNCIA</p>	<p>DATA</p>	
		<p>N.º 0107/CES</p>	<p>09-04-2018</p>	
<p>Proc. N.º CHUC-012-18</p>				
<p>ASSUNTO: <i>Estudo Observacional "Triagem realizada por enfermeiros no serviço de urgência pediátrica: fatores que influenciam a satisfação dos pais."</i> – Enfermeira Maria do Céu de Oliveira Cruz, Enfermeira do Serviço de Urgência Pediátrica e aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde de Viseu (estudo a ser realizado no Serviço de Urgência Pediátrica do HP-CHUC). (Entrada do processo na CES a 16.01.2018)</p>				
<p>Cumprir informar Vossa Ex.ª que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 06 de Abril de 2018, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projeto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.</p>				
<p>Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.</p>				
<p>A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CHUC, E.P.E.</p>				
<p> Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros Presidente da CES do CHUC</p>				
<p>LP/CBS A CES do CHUC Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mício Rui Almeida Branco; Enf.ª Adílio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Paiz; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Gillo Gonçalves; Enf.ª Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.</p>				
<p>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Praça Prof. Mota Pinto, 3000 - 075 Coimbra, PORTUGAL TEL + 351 239 400 408 - FAX + 351 239 405 646 - EMAIL secetica@chuc.min-saude.nt - www.chuc.min-saude.nt</p>				
			<p>1/1</p>	


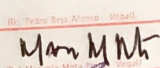
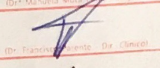

11.9

C.H.U.C. (EPE) - Conselho de Administração

UNIDADE DE INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

AutORIZAÇÃO
 17/5/2018

(Prof. Doutor Fernando Regateiro - Presidente) 	Exmo Senhor Prof. Doutor Fernando Regateiro Presidente do Conselho de Administração Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
(Dr. Pedro Belo Aires - Inqal) 	A CA R 17/5/2018
(Dr. M. João Mota - Inqal) 	
(Dr. Saraiva da Cunha - Inqal) 	

Prof. Doutor Fernando Regateiro
 Presidente do Conselho de Administração
 DATA: 17-04-2018

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA CHUC-012-18
----------------	--------------------	---------------------------------

ASSUNTO: Aprovação do Projeto de Investigação CHUC-012-18

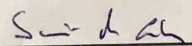
A pedido de **Enf.ª Maria do Céu Oliveira Cruz**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projeto de Investigação sobre **"TRIAGEM REALIZADA POR ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA: FACTORES QUE INFLUENCIAM A SATISFAÇÃO DOS PAIS"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl'A Coordenadora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento



 (Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - EPE

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Reg. N.º 2958 PCA

Origem _____

Data 19.4.2018

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
 Praceta Prof. Mota Pinto, 3000 - 075 Coimbra, PORTUGAL
 TEL + 351 239 400 477 - FAX + 351 239 832 241 - EMAIL: IIIsubmissao@chuc.min-saude.pt www.chuc.min-saude.pt

1/1

ANEXO XII – CODIFICAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS

Categoria: Conhecimento dos pais sobre o processo de triagem

Subcategorias	Unidade de contexto	Unidade de registo	Unidades de enumeração
Profissional que realiza a triagem	Enfermeiro/a	<p>“É um enfermeiro.” [E2]</p> <p>“São as enfermeiras.” [E5]</p> <p>“É uma enfermeiro.” [E7]</p> <p>“São os enfermeiros.” [E8]</p> <p>“É uma enfermeiro.” [E9]</p>	5
	Não sabe/ não tem a certeza	<p>“(…) não faço a menor ideia. (...) Não sei se é enfermeira, mas provavelmente será uma enfermeira. (...) Penso que seja.” [E3]</p> <p>“Penso que sejam enfermeiros (...) penso, não tenho a certeza se são enfermeiros se são técnicos.” [E4]</p> <p>“Normalmente é enfermeiros. (...) Eu por acaso fui ali e nem reparei nesse pormenor (...) se era médico, se era enfermeira, se era auxiliar. Não reparei.” [E6]</p> <p>“É um enfermeiro? Deve ser um enfermeiro. (...) eu tinha ideia que fosse um enfermeiro, não sabia se era enfermeiro, se é auxiliar se é enfermeiro.” [E10]</p> <p>“Enfermeiros... mas não sei. (...) Eu penso que são enfermeiros.” [E11]</p>	5

	<p>Recolha e transmissão de informação relevante a outro profissional [médico]</p>	<p>“(…) é o perceberem que sintomas é que a J. tem, o que é que a traz cá mais, mais especificamente, para depois transmitirem ao médico que a vai ver mais informações. (...) a informação que nós damos ao enfermeiro, evitamos estar a perder tempo no médico, ou seja, chega o enfermeiro e ele passa ao médico, o médico vai ver mais ou menos o que poderá ser e depois já tem uma, pelo menos pensado, uma forma de atuar.” [E2]</p> <p>“(…) é importante para saberem os dados. Quando nós passamos para a consulta, (...) já saberem o que é que se passa mais ou menos, já podem encaminhar a pessoa que esteja mais dentro do assunto ou para outra (...) tiveram-lhe a medir o oxigénio no sangue, já vai com alguns, com algumas bases, que são escusadas estarem a perder tempo na consulta. (...) a triagem é uma preparação para a consulta médica e os dados menos importantes, como estava a falar da pulsação, do oxigénio disso tudo, serem logo tirados ali para não se estar a perder tempo na consulta. E por sua vez na consulta, uma vez que a triagem é uma coisa rápida, (...) para os utentes seguintes o processo acelerar mais rápido.” [E6]</p> <p>“É uma coisa mais direcionada (...) Já vou para um gabinete com uma médica que já está à minha espera e que, que se inteira do caso da V. (...)” [E7]</p>	3
<p>Objetivo do processo de triagem</p>	<p>Avaliação da criança e atendimento de acordo com a gravidade da sintomatologia</p>	<p>“(…) avaliarem o que aconteceu e depois darem a informação (...) avaliar o grau de gravidade da criança. (...) Se for grave irão proceder de outra maneira do que se não for (...) penso que é para avaliar o sucedido e como está o estado da criança agora para avaliarem o que é hão de fazer depois.” [E3]</p> <p>“(…) faz sentido, porque há, há meninos (...) mais aflitos, outros menos aflitos.” [E4]</p> <p>“Para saberem avaliar a situação... (...) Para ver se é grave, se não é grave, para onde é que hão de ir. (...) é conforme a gravidade do doente (...) Elas fazem-nos as perguntas, nós respondemos e temos que aceitar (...) ser amarela, verde, laranja (...) sabemos bem que há prioridades (...)” [E5]</p> <p>“(…) um caso mais grave têm que ser atendido mais rápido (...) No nosso caso até foi atribuída a cor verde, é porque não é tão urgente (...) se for um caso grave a gente quer é logo, que seja logo atendido. (...) se chegar aí um menino mal, (...) doente (...) que tenha que ser atendido rápido, a gente entende que temos que esperar.” [E6]</p> <p>“(…) acho que é essencial porque cada caso é um caso e pode haver casos muito mais urgentes, portanto tem prioridade no atendimento. (...) importante haver esta análise antes de encaminhar depois devidamente as crianças (...) Perceberam que é que se passa e fazer um bom encaminhamento.” [E7]</p> <p>“(…) determinam a importância... o estado de gravidade da criança.” [E8]</p> <p>“Para haver um encaminhamento mais racional (...) até por uma questão de organização de prioridades. (...) encaminham mais depressa os caso mais graves e assim sucessivamente. Os menos graves mais devagar (...)” [E9]</p> <p>“Para fazer o despiste, sei lá, para identificar logo os sintomas, (...) porque há crianças que efetivamente têm mais urgência de serem vistas primeiro que outras. (...) Os sintomas, se há prioridade ou não, para, para a criança (...) depois da triagem,</p>	9

		<p>consoante a gravidade dos sintomas da criança, ela há-de ser logo vista mais rapidamente do que outras que tenham outro tipo de doenças, depende.” [E10]</p> <p>“Para avaliar o grau de... que eles precisam de ser assistidos medicamente. Neste caso, pronto a minha filha foi verde, não é muito grave, mas compreendo que há crianças com um grau mais elevado, que sejam, que precisem ser assistidas primeiros que a minha filha. (...)Significa que não é um caso muito urgente ou grave. (...)Tem que estar mais tempo à espera. (...) Para saber para que sitio específico é que hão-de ser encaminhados.” [E11]</p>	
--	--	--	--

Categoria: Competências dos enfermeiros que realizam a triagem referidas pelos pais

Subcategoria	Unidade de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração
Competências clínicas	Capacidade para avaliar a criança	<p>“(…) interesse em saber o que é que a trouxe cá (…)” Perguntarem há quanto tempo é que ela está, como é que está. O tentarem que ela também lhes mostre como é que se sente. As vezes interagem mesmo com ela para tentar perceber se ela lhe responde ou não. (….) Observar. (….) Questionar (….) Tentar ver o comportamento dela tendo em conta o que os pais dizem que ela tem, (….) tentar conversar com eles e tentar perceber o que é que dói.” [E2]</p> <p>“(…) logo medir a febre porque foi isso que despoletou a convulsão (….) a capacidade de entender o que se passa, (….) a capacidade de perceberem mesmo (….) notava-se que ela estava preocupada, porque ela estava sempre atenta se ela estava a fechar muito os olhinhos (….) se ela estiver mais do que deve estar, acho que ela iria agir de outra maneira, (….) e ia levar a menina para algum lado para ser avaliada (….)” [E3]</p> <p>“Fizeram as perguntas que eu acho que podiam ter feito (….) tiraram-lhe a febre para ver se ele no momento tinha febre, (….)” [E4]</p> <p>“(…) fazem as perguntas, nós dizemos o que é que o menino têm (….) Ver o que é que ele têm, o que é que podem fazer (….)” [E5]</p> <p>“(…) eles têm que saber o trabalho que eles vão exercer. (….) Têm que saber os cuidados a ter com a criança, (….) perante a doença que eles tiverem quais são os cuidados, ou medir a tensão, ou medir a pulsação, ou medir o oxigénio. Têm que saber logo esses cuidados (….) tentar avaliar o máximo possível do doente, para não se perder tempo na, na consulta (….)” [E6]</p> <p>“Eu acho que eles tentam ver realmente o que é que se passa com ela, porque eu, eu posso estar a ver uma coisa, e eles como são da área, veem e analisam as coisas de outra forma, (….) Veem o que é que realmente se passa com ela, (….) Focar-se na criança essencialmente (….) há coisas nela que para mim uma coisa mínima pode ser (….) E o enfermeiro vê isso de outra forma (….) porque o que me escapa a mim não lhes escapa a eles. (….) acho que tem que ser sempre a criança, ali a ser avaliada.” [E7]</p> <p>“E depois a competência (….) a atenção que lhe é dada, para ver depois o que se passa. Perceber quais são as queixas (….) e o enfermeiro depois fazer a leitura daquilo que lhe estou a dizer.” [E9]</p>	9

		<p>“a perguntar o que é que se passa, identificar os sintomas e ele é visto né/(não é), veem a temperatura, veem se ele está bem (...)ele tem que ser um bom profissional, tem que ser perspicaz nos sintomas para identificar se realmente é uma doença, se é grave, se não é grave, se é muito grave. Pronto e depois tem que ser um bom profissional né/(não é), tem que ser perspicaz nesse sentido. (...)saber identificar, saber identificar logo à priori o que é que se passa com a criança (...)” [E10]</p> <p>“(...) terem-lhe medido sempre a febre, sei lá... peso, ver o estado em que ela está, (...) fazer perguntas do quê, porque... como é que ela está, o porquê ou.... assim deste género... (...)” [E11]</p>	
	Capacidade para dar resposta imediata ao problema	<p>“(...) arranjar logo uma solução para ela melhorar (...) Não foi só o dizer o que ela tem e vais-te embora lá para fora e esperas pelo médico, não! Logo aí tentaram ajudar como alguns meios que têm.” [E2]</p> <p>“(...) Mandaram-me cá para dentro, deram-lhe água para ele beber sempre (...)” [E5]</p> <p>“Que o tratem (...)” [E8]</p>	3
	Capacidade para tranquilizar e aconselhar dos pais	<p>“(...) o aconselhamento aos pais (...) acho que deveriam sempre dar, dar um conselho “olhe tente fazer desta forma, não faça daquela”. Pronto, acho que isso é importante, pelo menos para nos tranquilizar enquanto pais. (...) Se lhe estão a tentar perceber o que é que ela têm, estão-me a dar atenção a mim. (...)” [E2]</p> <p>“(...) depois também teve um bocadinho a tranquilizar-me a mim. Portanto, primeiro esteve ela (aponta para a filha) e depois esteve ela a sossegar-me (...) Obviamente que ela é a prioridade mas depois sossegou-me a mim também (...) Também é importante (...)” [E7]</p> <p>“uma pessoa já tem um bebé ou vem aqui com um filho doente, já vem melindrada e se formos atendidos com atenção, com dedicação e sensibilidade para, às vezes mesmo para as nossas dúvidas, que às vezes até são coisas, vá... que a gente às vezes até as pessoas não entendem... ‘Ai havia de saber isto ou’... né/(não é), acho que esse tato, ter tato a lidar com a gente (...)” [E10]</p>	3
	Capacidade para encaminhar adequadamente a situação	<p>“(...) tenta perceber o que é que realmente se passa ali e depois faz o devido encaminhamento.” [E7]</p>	1
Competências psicossociais	Capacidade para estabelecer uma relação de confiança com os pais	<p>“Tem que ser meigo, (...) tem que mostrar empatia logo.” [E2]</p>	10

		<p>“(…) foi muito simpática (….) também se preocuparam comigo.” [E3]</p> <p>“Houve simpatia. Receberam (….) o T. bastante bem (….)” [E4]</p> <p>“São simpáticos (….)” [E5]</p> <p>“(…) devem ter uma atenção para com as crianças, porque há muitas crianças que até têm medo dos hospitais (….) dar uma palavra, de brincar um bocadinho (….) A enfermeira até brincou um pouco com ela, (….) e ela não, não mostrou medo, (….) uma vez que estamos a lidar com crianças, é necessário que sejam atenciosos com eles, simpáticos, que brinquem, para poderem fazer esses trabalhos mais pequenos.” [E6]</p> <p>“(…) tem que haver vocação e... a empatia (….) Sempre pessoas muito empáticas que conseguem cativá-los e que conseguem com que eles colaborem mesmo que estejam mal, (….) quem cuida dos nossos filhos, a gente fica mais descansados, (….) a empatia, porque acho que conseguem com que situações complicadas, muitas vezes, acabem por ser um bocadinho mais, mais fáceis de lidar. (….) têm que ser humanos na minha opinião. (….) acima de tudo têm que fazer aquilo que sabem fazer melhor, o seu trabalho (….) e depois também estive a sossegar-me (….) mas depois sossegou-me a mim também (….)” [E7]</p> <p>“Simpatia e que nos façam estar (….) seguros. (….) Simpatia e amabilidade (….)” [E8]</p> <p>“A expectativa que sejam atenciosos, que sejam cuidadosos naquilo que é necessário fazer (….)” [E9]</p> <p>“(…) sinto que sou recebida com simpatia e preocupação da enfermeira (….) acho que tratando de crianças e que nós pais que viemos cá, gostamos de ser recebidos sempre com pronto, simpatia e sensibilidade (….)” [E10]</p> <p>“(…) a simpatia (….)” [E11]</p>	
	<p>Capacidade para estabelecer uma relação de confiança com a criança</p>	<p>“Interagir com ela.” [E2]</p> <p>“(…) estava a tentar interagir com ela (….) interagiram com ela, a falar com ela para a espreitar. (….) A interação que eles têm (….) que a senhora teve com ela é importante (….) e falar para ela (….) a interação com as crianças. Falam com ela, mesmo que ela não perceba metade. A interação para mim acho que é o mais importante. (….) e o cuidado que eles têm com as eles.” [E3]</p>	<p>8</p>

		<p>“E depois a forma como eles tocam no bebé, como eles cuidam do bebé, como eles falam com o bebé (...)” [E4]</p> <p>“ (...) na triagem, acho que é fundamental, (...) tentar acalmá-los, lidá-los, de tentar levá-los pela parte positiva. Às vezes há, há miúdos mais, mais mexidos, mais inquietos, mais traquinas e acho que isso é uma coisa fundamental.” [E6]</p> <p>“(…) primeiro esteve ela (aponta para a filha) (...) obviamente que ela é a prioridade (...)” [E7]</p> <p>“ (...) inicialmente é a interação com ele, porque vão precisar de lhe mexer e às vezes eles não estão muito bem dispostos e acho que isso é a base. E depois o cuidado. (...) O cuidado, o simples facto de medir a temperatura, o ter de estar a ver a pulsação, às vezes se for feito de uma forma mais tranquila, eles até ajudam e é um momento soft, não tem de ser nenhum momento de choro (...) a interação com (...) os bebés, com as crianças.” [E9]</p> <p>“(…) essa atenção, essa sensibilidade, esse tato a lidar com o T. (...) Gosto de sentir que estão a ser cuidadosos e prestáveis.” [E10]</p> <p>“a enfermeira começou logo a falar com ela, ou seja, dá-lhe para ela estar mais calma, mais tranquilidade. (...) ela própria falar o que é que vem cá fazer e sentir... para ela é ótimo, porque começa a sentir uma empatia da pessoa que está a atender-la e tranquilidade porque os miúdos quando vêm aos médicos não gostam e ficam assustados ou... e isso para ela é bom.” [E11]</p>	
	Capacidade para escutar os pais	<p>“Ouvem-nos qual é o problema (...)” [E5]</p> <p>“ (...) Deve consultar e saber o que é que eu acho que se passa com ela mas tem que ser criança, o foco têm que ser sempre criança (...)” [E7]</p> <p>“(…) é a preocupação naquilo que nós dizemos, que para nós é sempre importante (...)” [E9]</p> <p>“Ouvir-nos, o que é que a gente tem para dizer, ou alguma dúvida por muito parva que às vezes possa ser, estar ali e respeitar (...) ouvir, perguntar (...) Estar ali com atenção, focado naquilo que está a fazer naquele momento, (...)” [E11]</p>	4
Competências pessoais	Capacidade para demonstrar interesse e disponibilidade para a criança e família	<p>“Sempre que eu precisei disseram-me para eu bater à porta e chamar (...)” [E2]</p> <p>“Se ele tiver febre retome à triagem (...)” [E4]</p>	4

		<p>“Que seja acessível.” [E8]</p> <p>“(…) mostrar-se disponível (…)” [E11]</p>	
--	--	--	--

Categoria: Fatores que influenciam a satisfação dos pais com a triagem realizada pelo enfermeiro no serviço de urgência pediátrica

Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de registo	Unidades de enumeração
Satisfação com atuação do enfermeiro na triagem	Segurança/confiança transmitida	<p>“(…) Questionou logo (…) tentou perceber (…) depois tentou dar qualquer coisa (…) deu-me outro tipo de confiança.” [E2]</p> <p>“(…) sabia que a minha filha estava em boas mãos (…) Essa interação para mim é importante porque deixa-nos mais à vontade. (…) Muito bom. Não tenho nada a apontar.” [E3]</p> <p>“(…) os enfermeiros fazem o que podem, ali não podem fazer mais nada. (…) acho que ali não podem fazer mais nada.” [E5]</p> <p>“(…) sempre que venho aqui corre sempre tudo bem (…) achei sempre que foram pessoas muito acessíveis, que encaminharam sempre muito bem a V., encontrei sempre bons profissionais (…) Achei-a espetacular sinceramente. Porque estive a ver a V. e depois também teve um bocadinho a tranquilizar-me a mim. (…) gostei muito da senhora que fez a triagem, portanto correu bem.” [E7]</p> <p>“Alívio! Porque sei que o vão tratar... que vão cuidar dele e ver o que é que ele têm (…) Ainda não apanhei nenhuma assim (…) que me deixasse de pé atrás.” [E8]</p> <p>“(…) eu sinto, pronto, sinto que está tudo bem, (…) não sinto que falte alguma coisa. Acho que estão a fazer o serviço deles e ser bem feito. (…) identificado sempre tudo bem, não foi feito nenhum diagnóstico erradamente, foi sempre tudo cinco estrelas.” [E10]</p>	6
	Presença constante de um enfermeiro	<p>“Aqui pelo menos as duas vezes que eu vim, poderá estar quatro ou cinco pessoas, ali está sempre alguém. (…) Está sempre alguém. Mesmo que falte uma está sempre alguém com a minha filha.” [E3]</p>	1
	Atitude afetiva/acolhedora	<p>“É positiva, sim é positiva. Não tenho nada a apontar. Eram duas, mas tanto uma como tanto outra foi cinco estrelas tanto para mim como para a minha filha.” [E3]</p> <p>“(…) não tenho nada a apontar. (…) A enfermeira hoje foi, foi afável. Não, não tenho nada a apontar. (…)” [E4]</p>	5

		<p>“(…) até hoje tenho sido sempre bem atendida. Nunca tive nenhuma razão de queixa (…)” [E5]</p> <p>“ sentir que a pessoa que me está a atender que está a ouvir o que estou a dizer e aquilo que me preocupa, (…) de forma a tentar... resolver o problema.” [E9]</p> <p>“(…) aqui tenho sido sempre bem recebida, sempre (…) Tenho sentido sempre isso, (…) e os profissionais que me atenderam (…) atenderam-se sempre bem, simpáticos (…)” [E10]</p> <p>“(…) a simpatia que têm que ter com as crianças, neste caso para mim acho que é um fator de confiança para as crianças com os profissionais.” [E11]</p>	
	Rapidez no atendimento	<p>“(…) somos logo chamados (…) E5</p> <p>“(…) foi sempre tudo relativamente rápido.” [E7]</p> <p>“A pouca demora de intervenção…” [E8]</p> <p>“Foi sempre super rápido (…)” [E10]</p> <p>“(…) se tivesse que estar ali muito tempo na sala de espera para fazer a parte de triagem acho que também era mau. (…) Porque a pessoa, a criança pode ter estar ali e ser precisa, atendida muito mais rapidamente e se tiver muito tempo ali à espera piora o estado de saúde da criança.” [E11]</p>	5
Insatisfação com atuação do enfermeiro na triagem	Tempo despendido na realização da triagem	<p>“A única coisa é as vezes quando está muita gente, também é normal que não consigam dar o atendimento que dão quando estão menos. (…) nas questões que nos fazem, as vezes é tudo muito rápido.” [E2]</p>	1
	Atitude de indiferença para com a situação	<p>“(…) aquele distanciamento que às vezes há, (…) O distanciamento. (…) Só o distanciamento.” [E2]</p> <p>“(…) Doutras (de outras) vezes já tenho tido mais frieza, mas também estava mais gente, estava mais cansaço, (…) se eu tiver a primeira pessoa (…) com má cara e a ser assim (…) um bocadinho mais rude claro que fico sempre com um pé atrás do serviço, (…) porque somos todos humanos e nem todos os dias são iguais.” [E4]</p>	8

		<p>“Falar-nos mal. Nós viemos aqui com as crianças não é para seros recebidos mal (...) Eles começarem a barafustar connosco (...)” [E5]</p> <p>“(...) se calhar a arrogância ou a forma como nos abordam (...) Não desconta um bocadinho também nos pais (...)eu não sei tudo, portanto se apanhamos um profissional está cansado e que desconta em nós, o impacto que temos é “os enfermeiros são”. Não é que sejam. Aquilo foi, mas acaba por se generalizar um bocado quando isso não é verdade.” [E7]</p> <p>“Que me dissessem que era desnecessário vir para cá (...) Porque se eu sei que o meu filho não está bem, não venho para cá só porque sim.” [E8]</p> <p>“(...) às vezes há enfermeiros mais frios, (...) um bocadinho insensíveis (...) menosprezar ou não o que se diz. Porque nós estamos com eles todos os dias, nós sabemos quando é que eles não estão completamente bem.” [E9]</p> <p>“(...) se eu sentir que o enfermeiro está mal disposto ou que responde ríspido, ou... esses pontos deixam-me logo nervosa, pronto. Porque a gente já vem para aqui, já viemos com a nossa sensibilidade alterada, o nosso filho está doente e depois a gente chega aqui e se não tem uma pessoa... querida e assim a cuidar dos nosso filhos né/(não é)... com sensibilidade e com carinho e não sei quê, se a gente é uma pessoa tipo só estou a fazer o meu trabalho e estou à espera que chegue a hora para me ir embora, né /(não é)... Assim uma pessoa sente-se descontente, sente-se incomodada (...)” [E10]</p> <p>“Estar mal disposto, estar a resmungar ou não ser, não perguntar ou querer despachar ou... (...) Não gostava que chegasse e mal olhasse para ela, mal lhe desse atenção ou... ou falasse mal, torto (...)” [E11]</p>	
	<p>Prioridade considerada injusta pelos pais</p>	<p>“Nem sempre é a mais justa. (...) se calhar ficou numa prioridade mais leve e podia ser atendido mais rápido, porque estou desde as 11 à espera. (...) o que eles atribuem ao meu filho, (...) não é, às vezes não é o que eu penso que que deviam atribuir, (...) nunca me metem aquela prioridade que eu às vezes gostava que, que colocassem. (...) tem estado com febres altas, (...) não faz os intervalos das 4h das medicações, mas pronto, como ele vinha já com o ben-u-ron porque estava com 39.7 quando sai de casa, já cheguei aqui já está nos 37 e não nos 39 (...), passou logo para uma prioridade mais, mais relativa.” [E4]</p>	<p>1</p>
	<p>Interrupção no processo de triagem por motivos não relacionados com o caso</p>	<p>“(...) quando estão a atender o meu filhote, se chegar alguém e começar a falar doutras crianças que estão lá dentro, acho que não deve ser. Ou o colega mesmo numa mesa para a outra, acho que não deve haver uma desconcentração da criança que está ali a entrar no momento. (...)” [E4]</p>	<p>1</p>

In/satisfação com o momento da triagem	Fator influenciador da satisfação com SU	<p>“Sim, sim sem dúvida. (...) É o primeiro sítio onde nós vamos e acho que é importante tratarem-nos bem e sermos bem recebidos.” [E5]</p> <p>“Acho que numa primeira experiência, se algo corre mal, isto é tendência comum, achamos logo que nada funciona bem, ficamos logo com o pé atrás. (...) Mas se apanharmos um profissional que é arrogante, que numa primeira abordagem nos diz as coisas de uma maneira fria e que... Isso faz-nos recuar um bocado (...)” [E7]</p> <p>“Acho que pode influenciar, porque se começar logo mal na triagem, já vamos de pé atrás para o que se seguir. (...) quando não se têm uma boa receção, ainda parece que as coisas ficam... piores.” [E9]</p> <p>“Influencia porque se eu fosse mal atendida, se for isso na parte da triagem ficava logo com o pé atrás com o resto do serviço, por exemplo (...) posso ter tido um péssimo serviço de triagem e um ótimo serviço médico, mas acho que já olhava de outra forma e já ficava mais apreensiva e com o pé atrás.” [E11]</p>	4
	Fator não influenciador da satisfação com SU	<p>“O atendimento do enfermeiro não vai condicionar todo o atendimento do serviço (...) Agora, nós ficamos com uma impressão menos boa do momento da triagem mas não é isso que vai condicionar a passagem dela cá no serviço, nem me vai dar uma má impressão por (...) o enfermeiro me estar a fazer as coisas muito rápido, ainda mais se eu vir que o serviço está com muitas pessoas, com muita adesão.” [E2]</p> <p>“Vê-se logo o atendimento, não quer dizer que, se nós tivermos um mau atendimento da triagem, não quer dizer que consulta médica vá pelo mesmo caminho.” [E6]</p> <p>“Não! Porque as pessoas são diferentes. A pessoa que está na triagem é diferente do médico que me vai atender. Sendo que se a enfermeira for boa ou má, o médico pode ser o oposto.” [E8]</p>	4

		<p>“Eu acho que não porque acho que são fases diferentes, porque a gente já sabe que uma parte é a triagem, depois outra parte é o atendimento (...) São profissionais diferentes. Uma coisa é os enfermeiros, outra coisa depois é o médico. E eu acho que são... pronto, divisões diferentes (...) Ali a gente sabe que é a triagem e depois tem a outra parte que é o atendimento do consultório com o doutor, (...) Posso apanhar um enfermeiro que não esteja bem disposto mas posso apanhar um médico que esteja, que seja muito querido e muito atencioso né/(não é) e uma coisa não invalida a outra.” [E10]</p>	
--	--	--	--