



e s c o l a superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE  
MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

# **Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam**

Paula Maria Fernandes Amaral

Coimbra, fevereiro de 2017





escola superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**MÉDICO- CIRÚRGICA**

**Qualidade da Triagem de Manchester e  
fatores que a influenciam**

Paula Maria Fernandes Amaral

Orientador: Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves, Professor Adjunto  
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, fevereiro de 2017



*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de  
água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota. . . ”*

*Madre Teresa de Calcutá*



## **AGRADECIMENTO**

Concluída uma etapa particularmente relevante da minha vida, não poderia deixar de manifestar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram e cooperaram, nesta longa caminhada, para a concretização deste trabalho...

### **Ao Professor Doutor Rui Gonçalves**

.... pela disponibilidade e orientação prestada, apoio e compreensão que sempre manifestou. Se não fosse o seu incentivo e os seus conhecimentos não teria sido possível atingir esta fase;

### **Ao Professor José Marques**

.... pela disponibilidade, apoio e orientação na parte estatística deste estudo;

### **Ao Conselho de Administração do CHUC**

.... pela autorização para a colheita de dados;

### **Aos meus pais, irmãs, sobrinho e titi**

.... por todo o apoio, paciência e carinho transmitido desde o início desta caminhada;

### **À Xaneca**

.... pela cooperação, disponibilidade e presença em tudo que precisei;

### **Ao Dionísio**

.... por testemunhar o meu caminho fazendo parte dele... pela partilha de momentos de alegria, tristeza e especialmente de compreensão;

### **Aos amigos**

... pela compreensão e amizade.

### **A todos o meu sincero bem-haja**

..... sem vós tudo seria mais difícil!





## **SIGLAS**

**ATS** – Australian Traige Scale

**CHUC** – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

**CTAS** – Canadian Emergency Department Acuity Scale

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**ESI** – Emergency Severity Index

**GPT** – Grupo Português de Triagem

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**MAT** - Modelo de Triagem de Andorra

**MS** - Ministério da Saúde

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OM** – Ordem dos Médicos

**ST** – Sistema de Triagem

**STM** – Sistema de Triagem de Manchester

**SU** – Serviço de Urgência

**TM** – Triagem de Manchester



## RESUMO

A Triagem de Manchester (TM) tem como objetivo definir níveis de prioridade, identificar critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido, e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica. A aplicação do Sistema de Triagem de Manchester (STM) tem inerente um processo de auditoria interna e externa que confirma se os requisitos, atividades e os resultados referentes ao sistema estão a ser cumpridos. A consolidação de um método seguro de auditoria é fundamental para a prossecução de qualquer metodologia padronizada, uma vez que tem de ser comprovada a existência de reprodutibilidade entre profissionais, serviços e instituições de saúde.

Este estudo visa avaliar qual a qualidade da TM e identificar possíveis fatores que a possam influenciar, ou seja, possíveis fatores que possam condicionar a eficácia dos enfermeiros que a realizam, repercutindo-se na atribuição de prioridades clínicas aos doentes que recorrem aos serviços de urgência (SU) e conseqüentemente na qualidade dos cuidados prestados. Trata-se de um estudo retrospectivo com abordagem quantitativa de natureza descritiva. A recolha dos dados foi realizada através do *software* Alert®, perfil de auditoria. Foram incluídos os dados produzidos, em processo de auditoria, por 53 enfermeiros de um SU, que no período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2015, realizaram triagem, que foram auditados pelo menos uma vez e que ainda trabalham no mesmo SU.

Os resultados mostram que a qualidade da triagem pode ser considerada de muito boa ou mesmo excelente, com 74.5% dos enfermeiros com eficácia acima de 90% no ano de 2015. Quanto aos fatores condicionantes, podemos referir que o principal motivo de não conformidade é o discriminador com alteração da prioridade, e o período horário entre as 9:00h e as 11:59 horas é aquele em que se identificaram maior número de não conformidades. Fatores como a experiência, a formação contínua, a prática clínica, o fluxo de doentes diários e horário, são elementos que tendencialmente influenciaram a eficácia do enfermeiro na realização da triagem.

**Palavras-chave:** Sistema de Triagem de Manchester; Enfermagem; Serviço de Urgência;



## **ABSTRACT**

The Manchester Triage System intends to define levels of priority and identify gravity criteria in an objective, systematized way, indicating the clinical priority with which a patient should be attended to, as well as the respective target time period recommended until a first medical observation. The application of the Manchester Triage System implies a process of internal and external auditing that confirms whether the requirements, activities and results related to the system are being held into account. The consolidation of a safe auditing method is crucial for the prosecution of any form of standardized methodology, as the existence of reproducibility among health professionals, services and institutions must be proven.

This study seeks to evaluate the quality of the Manchester Triage System and identify potential factors that may influence it; that is, possible factors that may condition the efficacy of nurses using it, influencing the attribution of clinical priority to patients using emergency services and, consequently, reflecting on the quality of the service itself. This is a retrospective study with a quantitative approach of descriptive nature. Software Alert® was used for the data collection process. The auditing process included the data produced by 53 nurses working at an emergency department who, between the 1<sup>ST</sup> of January 2013 and the 31<sup>ST</sup> of December 2015, produced triage, were audited at least once and still currently work at the same emergency department.

Results show the quality of triage can be considered very good or even excellent, with as much as 74.5% of nurses displaying levels of efficacy above 90% in 2015. As for potentially conditioning factors, we refer to the main reason of non-conformity, the discriminator with priority shifting, the largest number of non-conformities having occurred during the time period between 9h00 and 11h59. Factors such as experience, continuous training, clinical practice, the daily and hourly flux of patients tendentially influenced the efficacy of the nurse performing the triage.

**Keywords:** Manchester Triage System; Nursing; Emergency Department



## INDICE DE QUADROS

	<b>Pág.</b>
Quadro 1 - Dados e resultados sociodemográficos.....	<b>63</b>
Quadro 2 - Dados e resultados profissionais.....	<b>64</b>
Quadro 3 - Dados e resultados da triagem.....	<b>66</b>
Quadro 4 – Resultados do número de doentes admitidos antes e durante o período horário e no dia da primeira não conformidade.....	<b>67</b>
Quadro 5 – Resultados do número de doentes admitidos antes e durante o período horário e no dia da segunda não conformidade.....	<b>68</b>
Quadro 6 – Dados dos motivos das não conformidades.....	<b>68</b>
Quadro 7 – Correlação da eficácia da triagem com a idade do enfermeiro..	<b>69</b>
Quadro 8 – Comparação da eficácia da triagem em função do género do enfermeiro.....	<b>70</b>
Quadro 9 – Comparação da eficácia da triagem em função do grau académico do enfermeiro.....	<b>70</b>
Quadro 10 – Comparação da eficácia da triagem em função do horário semanal do enfermeiro.....	<b>71</b>
Quadro 11 – Correlação da eficácia da triagem com o tempo de experiência profissional do enfermeiro e com tempo de experiência profissional em SU.....	<b>71</b>
Quadro 12 – Comparação da eficácia da triagem em função do tempo de curso de triagem do enfermeiro.....	<b>72</b>
Quadro 13 – Correlação da eficácia da triagem com o número de vezes que o enfermeiro foi auditado.....	<b>72</b>
Quadro 14 – Correlação da eficácia da triagem com o número de doentes admitidos antes e durante o período horário e no dia da primeira e da segunda não conformidade.....	<b>73</b>





## SUMÁRIO

	Pág.
NOTA INTRODUTÓRIA .....	17
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
1 – SISTEMA DE TRIAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	23
2 – SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER .....	31
3 – VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER .....	37
4 – SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER EM PORTUGAL .....	41
5 – AUDITORIA DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER .....	45
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b>	
1 – TIPO DE ESTUDO .....	53
2 – FONTES DE INFORMAÇÃO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	57
3 – ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS .....	61
4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
NOTA FINAL .....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	91
APÊNDICE - Grelha de colheita de dados	
ANEXO - Autorização da unidade hospitalar para realização do estudo	



## NOTA INTRODUTÓRIA

Os serviços de urgência (SU) disponibilizam cuidados a milhares de utentes por ano, número que tem vindo a aumentar consideravelmente devido a vários fatores, nomeadamente o envelhecimento demográfico, que é uma realidade nas sociedades contemporâneas e algo singular na história da humanidade, o agravamento da violência urbana, o aumento do número de acidentes e a prevalência das doenças crónico-degenerativas e suas comorbilidades, bem como um agravamento das incapacidades, gera uma maior afluência de pessoas ao serviço.

Nas últimas décadas em Portugal, os serviços de saúde, têm sido protagonistas de notáveis metamorfoses, condicionadas pelas mudanças nos modelos de gestão e pela reorganização das redes de cuidados de saúde. O processo de requalificação dos SU em Portugal foi motivado pela decisão das melhores soluções, que impulsionem a equidade de acesso dos cidadãos, bem como a procura de soluções que protejam os doentes verdadeiramente urgentes e os carentes de cuidados emergentes.

Na segunda metade do século passado, com o crescente número de utentes que recorriam aos SU, os profissionais e gestores dos Serviços de Saúde procuraram desenvolver e investir em Sistemas de Triagem (ST), para apoiar o profissional de saúde numa identificação rápida, dos utentes em situação de doença ou lesão emergente/urgente (Sheehy, 2011).

Apesar das complexas intervenções feitas na organização, reorganização e distribuição dos SU, em Portugal, não definiram devidamente as múltiplas disfunções existentes, mantendo-se o descomunal afluxo de pessoas por ano aos SU hospitalares.

Perante esta realidade é obrigatório que exista um ST, para certificar que estes utentes sejam observados por ordem de necessidade clínica, e não por ordem de chegada, como refere o Grupo Português de Triagem (GPT) (GPT, 2002). Um desses sistemas é a Triagem de Manchester (TM) que tem como objetivo dispor de um ST inicial que, de forma objetiva, reproduzível, passível de auditoria e com controlo médico, promova o atendimento médico em função de critério clínico, e não do administrativo ou da simples ordem de chegada ao SU (Silva, 2009).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é aplicado em vários países, incluindo Portugal, mas o seu desempenho é naturalmente dependente do contexto em que é aplicado, nomeadamente das características dos doentes, da experiência dos

profissionais envolvidos em todo o processo e da relação entre a afluência aos SU e a respetiva capacidade de resposta (Van der Wulp, Van Baar & Schrijvers 2008).

O SU é a principal “porta de entrada” numa instituição hospitalar, em que o primeiro contato clínico com o utente é estabelecido pelo profissional que realiza a triagem, que na realidade portuguesa é um enfermeiro, com formação específica e que pode marcar de forma categórica a sua passagem pela instituição (GPT, 2002). O desempenho desta função é de primordial importância e poderá fazer a diferença no percurso do utente no serviço.

Pelo facto da TM assentar num sistema padronizado, para a sua consolidação e melhoria nos diferentes SU é essencial a realização de auditorias regulares e rigorosas, com o objetivo de conseguir uma avaliação individual dos elementos envolvidos na triagem de prioridades bem como uma auditoria global do SU nesta área. A função não será apenas a identificação de falhas e problemas, mas também, e essencialmente, a de promover o surgimento de sugestões e soluções, assumindo, por isso, um carácter formativo e dinâmico (GPT, 2002).

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

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

Como refere o GPT (2002), o objetivo principal do enfermeiro ao realizar a TM é atribuir uma prioridade clínica correta ao utente que recorre ao SU, consoante a gravidade das queixas que apresenta naquele momento. Por conseguinte, o enfermeiro será tanto mais eficaz quanto melhor conseguir atingir o objetivo pretendido, avaliado por um programa de auditoria interna que traduz a aferição do enfermeiro/serviço na realização da triagem e que deverá corresponder no mínimo a 80%, sendo que o desvio em relação ao preconizado espera-se ser devido à atribuição de prioridades superiores ao determinado pela auditoria (GPT, 2012). Segundo as auditorias do STM a eficácia do enfermeiro é avaliada pelo cumprimento dos padrões da TM.

A triagem é algo que suscita inúmeras questões aos profissionais de saúde e até mesmo à população em geral. É um tema que continua a ter a sua pertinência. Sendo enfermeira num SU, em que a TM é o ST utilizado, e também formadora/auditora do STM, no decorrer da atividade profissional, surgiu a inquietação e curiosidade de tentar identificar porque é que os enfermeiros que realizam TM não são sempre totalmente eficazes, o que poderá ter repercussões na qualidade dos cuidados prestados, e que fatores poderão condicionar essa eficácia. Foi sentido que pouco ou nada existia sobre a temática e que a carência de estudos científicos sobre a mesma era uma realidade, o que motivou o desenvolvimento do presente estudo.

É mencionado por Fortin, Côté e Fillion (2009), que o ponto de partida de qualquer investigação é uma situação que suscita interrogações, um mal-estar ou uma inquietação que requer uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão.

Também Polit, Beck e Hungler (2004), alegam que uma das fontes que pode incentivar a curiosidade de quem investiga é a experiência profissional diária que ministra um ótimo suprimento de problemas para a investigação. Os mesmos autores referem ainda que a investigação em enfermagem destina-se a incrementar conhecimentos sobre os temas de interesse para os enfermeiros, incluindo a prática, de modo a conceber conhecimentos, orientar a prática de enfermagem e a melhorar o atendimento e a qualidade de vida dos utentes.

Surge então a seguinte questão de partida que serviu de fio condutor à presente investigação:

- Qual a qualidade da Triagem de Manchester e quais os fatores que condicionam a eficácia dos enfermeiros que a realizam?

Para responder à questão foi necessário estabelecer objetivos congruentes, pois eles irão delimitar a pretensão do alcance do estudo. Assim os objetivos do presente estudo são: i) Identificar a qualidade da Triagem, através da eficácia dos enfermeiros na realização da Triagem de Manchester; e ii) Identificar os fatores que influenciam a eficácia dos enfermeiros na realização da Triagem de Manchester.

A finalidade deste estudo não é de comprovar teorias, mas sim de compreender algo pouco explorado com a intenção de proceder a melhorias que potenciem a qualidade da realização da TM e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, visto que é no momento de triagem que inicia o seu percurso na unidade de saúde.

É através da investigação que a enfermagem poderá reforçar os seus conhecimentos, da qual poderá decorrer mudanças refletidas sobre a prática e a consequente melhoria do desempenho profissional. O importante é retirar ilações comprovadas cientificamente através dos estudos de investigação e implementar planos de melhoria, podendo ser necessário fazer formação direcionada para os problemas encontrados.

Sendo a TM, em Portugal, realizada por enfermeiros é primordial que estes estejam cientes da importância da eficácia na sua realização de modo a que os cuidados prestados aos utentes sejam de elevada qualidade, logo desde o momento da triagem. Julgamos ser de extrema importância e utilidade, a identificação dos fatores que poderão condicionar a eficácia dos enfermeiros na realização da TM de modo a potenciar a sua eficácia, pretendendo sensibilizar os pares para o desenvolvimento de um trabalho efetivo na melhoria da qualidade assistencial à população.

A melhoria de um sistema só poderá ser concretizada pela medição das suas características de qualidade específicas e para tal é necessário desenvolver um processo efetivo de avaliação. Quando um problema é identificado deve ser interpretado, resolvido e ser promotor de mudança. Acreditamos que este estudo possa vir a ser um incentivo à reflexão, um contributo para a melhoria da qualidade da triagem, e consequentemente dos cuidados de enfermagem prestados ao doente urgente e emergente.

A investigação aqui apresentada assenta numa abordagem quantitativa, de natureza descritiva e tem uma dimensão temporal retrospectiva.

O corpo desta dissertação está organizada em duas partes. A primeira corresponde à fase conceptual, em que é feita uma abordagem teórica sobre um conjunto de assuntos de forma a clarificar os conceitos importantes relacionados com o tema em estudo, assim sendo, encontra-se dividida nos seguintes pontos: sistema de triagem no serviço de urgência, sistema de triagem de Manchester, validade e reprodutibilidade do sistema de triagem de Manchester, sistema de triagem de Manchester em Portugal e auditorias do sistema de triagem de Manchester. A segunda parte corresponde à fase metodológica, onde são descritas as opções metodológicas, definindo: o tipo de estudo, questão de investigação e objetivos do estudo, fontes de informação e instrumento de recolha de dados, análise e apresentação dos dados, discussão dos resultados e termina com uma nota final.

# **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**





## **1 – SISTEMA DE TRIAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Ao desenvolver um estudo de investigação é essencial a realização de um enquadramento conceptual, que permita interligar o que já se conhece com aquilo que se está a investigar (Polit et al., 2004).

Este enquadramento conceptual, constituído por conceitos, definições e enunciados de relações, proporciona um quadro de raciocínio coerente, que fundamenta o problema de investigação. Permitirá reunir os conceitos pertinentes de forma a descrever ou caracterizar o fenómeno em estudo (Fortin et al., 2009).

Os serviços de urgência (SU) são serviços multidisciplinares que concedem cuidados de saúde em todas as situações consideradas urgentes e emergentes. Anualmente são atendidos milhares de utentes nos SU e a análise estatística mostra que a tendência é para aumentar anualmente. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2015), em 2013 foram realizados 7,2 milhões de atendimentos nos SU dos hospitais Portugueses, em que o principal motivo destes atendimentos foi doença (81,9%) e em 2014 verifica-se um aumento para 7,3 milhões de atendimentos em que, como no ano anterior, o principal motivo dos mesmos foi doença (82,9%), (INE, 2016).

Refere Sheehy (2011), que os profissionais dos SU prestam cuidados a um colossal número de doentes por ano, entre as quais se distinguem os doentes emergentes e urgentes, pessoas que não têm outro local para recorrer, em tempo útil, à procura de uma consulta médica e as pessoas que não têm abrigo e ficam intimidadas por não saberem para onde ir.

Será importante, para que se depreenda a lógica de funcionamento dos SU, esclarecer o conceito de doente emergente e de doente urgente. Doente emergente é aquele que apresenta uma situação clínica com risco instalado, ou iminente, de falência das funções vitais e doente urgente é o que apresenta uma situação clínica com potencial de falência das funções vitais (Ministério da Saúde, 2007).

A sobrelotação dos SU é uma contrariedade que afeta os doentes e a sua satisfação no atendimento, fomentando longos períodos de espera e, por vezes, o abandono do serviço sem atendimento. Esta procura poderia ser menor se existisse um sistema, assente numa rede de cuidados de saúde primários, organizado e eficiente, que desse resposta, de forma atempada, a situações de cronicidade e a consultas de rotina, originando menores tempos de espera, menos abandonos sem avaliação e um acréscimo da eficiência no atendimento de situações mais graves (Murrel, Offerman, &

Kauffman, 2011).

Como não existe um equilíbrio, entre os recursos disponíveis e as necessidades dos utentes, persiste a carência de se estabelecerem prioridades (Direção Geral de Saúde (DGS), 2004) e de, ao mesmo tempo, se utilizarem políticas de justiça equitativa (DGS, 2011). De modo a racionalizar esta situação, surge nos SU a necessidade de triar (Diogo, 2007). Para que exista um SU eficaz é fundamental a existência de uma triagem inicial que, de uma forma objetiva, reproduzível e passível de auditoria, tenha em consideração a condição clínica dos doentes e não apenas a sua ordem de chegada (Grupo Português de Triagem (GPT), 2010).

A apreciação médica de urgência e o acolhimento inicial deverão fixar-se em concordância com um plano bem determinado, o qual deverá ter como apoio as necessidades da comunidade e as lotações reais de cada hospital. É neste âmbito, que o processo de triagem emerge, sendo crucial a sua implementação para acautelar a boa gestão de cada SU e a justiça dos cuidados de saúde a consagrar.

Portugal não foge a esta realidade e a necessidade de separar os casos emergentes e/ou urgentes de todos os outros, estabeleceu uma das medidas de maior equidade adotada nos últimos tempos nos hospitais portugueses, com efeito, a triagem é um enorme instrumento de equidade no acesso a cuidados de saúde, ou seja, a prestação de cuidados é adequada e de acordo com a necessidade de cada situação clínica. O Ministério da Saúde através do Despacho n.º 19124/2005, de 17 de agosto, veio deliberar a obrigatoriedade da implementação, em todos os SU hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, de um protocolo de triagem de prioridades, com vista a garantir à pessoa cuidados mais adequados e de maior qualidade assegurando uma maior prioridade às situações mais graves.

O Sistema de Triagem (ST) deverá combinar destreza e competência para realizar observações rápidas dos utentes, bem como, para recolher toda a informação pertinente do seu estado de saúde (Gomes, 2008).

Triagem, palavra que deriva do francês "*Triage/Trier*", significa escolher, selecionar, separar ou classificar. A sua utilização na área da saúde remonta às guerras Napoleónicas, nas quais os franceses separavam os militares feridos que apresentavam necessidade de atendimento mais urgente. Só a partir da década de 60 este conceito ganhou visibilidade no contexto civil, e na atualidade é uma palavra bastante usada em saúde, mais concretamente em contexto de SU, onde os profissionais avaliam os utentes à sua chegada, promovendo o atendimento com base na ordem das suas reais necessidades clínicas (Neves, 2010).

A enfermagem também teve um importante contributo na classificação do risco, uma vez que Florence Nightingale, ao atuar na guerra da Crimeia em 1854, começou por agrupar os doentes em conformidade com a gravidade dos casos e necessidades de tratamento (Vargas, Albuquerque, Erdman & Ramos, 2007).

Medeiros, Gioia e Lopes (2011), referem que o vocábulo triagem tem sido utilizado para descrever a situação na qual os profissionais de saúde têm de selecionar que doentes serão atendidos em primeiro lugar, sobretudo em serviços de emergência hospitalar. Nestes casos, utiliza-se o critério de gravidade, ou seja, o doente que possuir o quadro clínico mais grave e um tratamento que não possa ser protelado, deverá ter prioridade e ser atendido em primeiro lugar.

Da diversa bibliografia consultada, verifica-se que a procura dos SU é um fenómeno em grande escala que se especula em vários países mundiais. Segundo Sheehy (2011), um processo de triagem eficaz coadjuva a gestão dos recursos, promovendo uma maior satisfação das necessidades, dado que, este sistema irá colocar o utente no local e momento certos, de forma a receber o nível adequado de cuidados.

Um ST corresponde a uma forma metódica e organizada de se realizar triagem. São vários os ST que se identificam nos contextos hospitalar e pré-hospitalar. Naturalmente dotados de particularidades que lhes são próprias, os ST têm um objetivo principal comum: apoiar o profissional de saúde no reconhecimento rápido dos doentes em condição de doença e/ou lesão emergente e/ou urgente (Borges 2012).

Os ST são uma realidade vigente em países como Portugal, Reino Unido, Espanha, Austrália, Nova Zelândia, Estados Unidos da América e Canadá. Alguns destes países são pioneiros na criação de ST, outros adaptaram-no às suas realidades, resultando, nalguns casos, novos ST.

O progresso dos ST emerge da interação do mesmo com o contexto/ambiente, que em constante mudança atribui novas necessidades aos utentes. De modo a que os SU respondam de forma cada vez mais adequada, às necessidades dos utentes que procuram o seu atendimento, os profissionais e gestores de saúde têm necessidade de adequar os ST às novas realidades (Borges, 2012).

É mencionado por Asenjo, Gomez, Gotsens, Sánchez, e Salmerón (2007) que a implementação de ST impulsiona, conforme previsto, crescente atenção na organização dos fluxos de encaminhamento de doentes pós triagem, assim como na organização geral do SU, de forma a responder às necessidades confirmadas pela triagem.

A triagem é um método que permite a gestão do risco clínico de forma a organizar, com segurança, o fluxo de doentes, quando a procura e as necessidades dominam os recursos reais (Soler, Munoz, Bragulat & Alvarez, 2010).

Estes autores mencionam também outras funções dos ST como: i) identificação dos doentes em risco de vida; ii) garantir a prioridade de acordo com o nível de classificação; iii) garantir a reavaliação dos doentes que devem esperar; iv) decidir qual a área mais apropriada para observar os doentes; v) dar informação sobre o processo de atendimento; vi) dar informação aos familiares; vii) melhorar o fluxo de doentes e descongestionamento dos serviços e fornecer informações para melhorar o funcionamento do serviço; e viii) priorizar unicamente o acesso ao atendimento e não fazer diagnósticos. Silva (2009), diz que fazer triagem de prioridades é identificar critérios de prioridade, de modo objetivo e estruturado, reconhecendo uma prioridade clínica e uma estimativa temporal, que o doente poderá esperar por observação médica, tendo em conta os problemas identificados.

Na maioria dos países desenvolvidos, os SU utilizam ST que consentem classificar os utentes entre três a cinco níveis de prioridade de atendimento. Os mais recentes sistemas, tais como o Modelo de Triagem de Andorra (MAT), o Emergency Severity Index (ESI), o Australian Triage Scale (ATS), o Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) e o Sistema de Triagem de Manchester (STM), refletem a tendência para a triagem em cinco níveis de prioridade (Fanha, 2012).

Provavelmente é inadequado desenvolver uma ferramenta de triagem comum para os distintos tipos de SU mundiais, dadas as particularidades de cada hospital (rural, urbano, universitário entre outras especificidades) (Gouin, Gravel, Devendra & Sylvie, 2005).

Medeiros et al. (2011) referem que foram desenvolvidas escalas de triagem tendo em conta, o cuidado em padronizar o atendimento e a carência de instrumentos que possibilitem uma apreciação mais precisa da gravidade dos sintomas, podendo avaliar rapidamente o doente e minimizar a possibilidade de erro.

Os mesmos autores mencionam também que as escalas que permitem maior confiabilidade são as ordinais de cinco níveis, por apresentarem maior consonância entre os observadores e consentir melhor classificação de doentes.

Entre os sistemas de triagem mais empregues no mundo destacam-se quatro, Australian Triage Scale (ATS), Emergency Severity Index (ESI), Canadian Emergency Department Acuity Scale (CTAS) e o Sistema de Triagem de Manchester (STM),

apresentamos sumariamente os três primeiros e mais à frente falaremos do STM em capítulo próprio.

### **Escala Australiana – *Australian Triage Scale (ATS)***

Na Austrália em meados dos anos 70 desenvolveu-se uma escala de 5 prioridades, baseada em 5 prioridades em tempo alvo e cor, nos anos 1990 foi modificada e em 2000 passou a chamar-se ETS. Apresenta cinco categorias de urgência, cada uma está associada a um tempo de espera recomendado e a uma cor, que indica a prioridade do doente para o atendimento médico. A cada categoria corresponde uma série de descritores clínicos, desde sintomas a parâmetros clínicos e comportamentais (Coutinho, Cecílio e Mota 2012). As categorias são:

- Categoria 1: risco imediato de vida – atendimento imediato;
- Categoria 2: risco iminente de vida, necessidade de tratamento imediato – 10 minutos;
- Categoria 3: potencial risco de vida/urgência – 30 minutos;
- Categoria 4: potencial urgência ou de complicação/gravidade – 60 minutos;
- Categoria 5: doentes menos urgentes – 120 minutos.

O protocolo evidencia que o doente deve ser constantemente avaliado, enquanto aguarda por tratamento ou se surgem dados relevantes que evidenciem mudança de categoria (Medeiros et al., 2011).

### **Índice de Severidade de Emergência – *Emergency Severity Index (ESI)***

Após diversos estudos relativos aos níveis de classificação nos Estados Unidos, os investigadores concluíram que a escala de três níveis não se adaptava mais ao que vivenciavam. Emerge assim um modelo que classifica o doente em cinco categorias, usando como critérios: a estabilidade de sinais vitais, o grau de sofrimento, a necessidade de utilização de recursos e o tempo de cuidados. Utiliza apenas um algoritmo focado na necessidade de recursos para o atendimento. Esta triagem deve ser feita por um enfermeiro com experiência comprovada em unidades de urgência (Medeiros et al., 2011). A ESI contempla um algoritmo de cinco níveis de gravidade, que vai de um a cinco, de acordo com a gravidade, sendo o um aquele que corresponde a maior gravidade.

## **Escala Canadense de Triage – *Canadian Emergency Department Acuity Scale (CTAS)***

Esta escala surgiu em 1997 e baseou-se na escala australiana. A CTAS apresenta uma descrição mais completa dos sinais e sintomas a serem indagados para cada nível de classificação. Também trabalha com um tempo máximo de espera para atendimento médico em cada nível de classificação, que varia de avaliação imediata para o nível um, até 120 minutos para aqueles que são classificados como nível cinco (Medeiros et al, 2011).

Cada nível de classificação contém uma explicação e são descritas situações clínicas que poderão ser observadas. São estabelecidos alguns parâmetros a serem avaliados na triagem: queixa principal, dados subjetivos (descrição da dor, história prévia do problema) e objetivos (aparência, avaliação física, sinais vitais) e dados complementares (medicação e alergias) (Medeiros et al., 2011).

A CTAS tem como objetivo acautelar o acesso dos usuários, padronizar as informações produzidas e mensurar a aplicação de recursos disponíveis (Medeiros et al., 2011).

Coutinho et al. (2012), referem que os quatro ST detêm algumas características em comum:

- O objetivo é identificar e separar, de forma rápida e segura, o doente em situação de ameaça à vida e que carece de atendimento imediato, dos que podem aguardar com segurança o atendimento médico;
- Possuem cinco níveis de urgências;
- A numeração dos níveis de urgência vai do 1-mais urgente ao 5-menos urgente;
- A dor é um importante critério para avaliar a urgência;
- Certificam a reavaliação periódica dos pacientes;
- Cooperam com informações que ajudam a definir a complexidade do serviço e dos fluxos internos;
- Determinam o local mais adequado para o atendimento conforme a prioridade;
- A triagem é realizada pelo enfermeiro.

Duro e Lima (2010), mencionam que os ST de 5 níveis são executados por enfermeiros nos SU. Referem que existem estudos que apontam que os mesmos reúnem os requisitos essenciais para realizarem a triagem dos doentes, através da clínica dirigida para os sinais e sintomas e não para os diagnósticos, criando uma

relação de empatia essencial na minimização de sentimentos como ansiedade, agressividade ou inquietação, explanando o objetivo do processo de triagem. Também Diogo (2007), refere o mesmo, e que, para além disso, são eles que têm uma visão da globalidade do serviço e dos recursos nele existentes, bem como dos utentes.





## 2 – SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

O *Manchester Triage System* ou Sistema de Triagem de Manchester (STM) foi criado e implementado em 1997 no hospital de Manchester. Desde então, este sistema tem sido implementado em diversos países, nomeadamente em Portugal desde 2000.

O STM está implementado, além do Reino Unido, em quase toda a Europa, predominantemente na Irlanda, Portugal, Espanha, Itália, Alemanha, Suécia, Holanda, assim como em Hong Kong e Japão. Em Portugal, foi adotado como política nacional, e está em funcionamento em vários hospitais desde 2000, por intermédio do Grupo Português de Triagem (GTP), com o endosso do Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos (OM) e Ordem dos Enfermeiros (OE).

No Brasil, o estado de Minas Gerais é pioneiro na utilização do STM e foi adotado como política pública a partir de 2008, principalmente pelo facto de não ser baseado em presunção diagnóstica e ser centrado na queixa apresentada, pois nem sempre um diagnóstico define a urgência do atendimento.

Quando foi criado o “*Manchester Triage Group*” (Grupo de Triagem de Manchester), da sua constituição faziam parte médicos e enfermeiros de várias origens, incluindo especialistas em emergência médica, maioritariamente oriundos da região de Manchester. Iniciaram os seus trabalhos em 1994 culminando com a publicação do livro “*Emergency Triage*” (Triagem de Manchester) com a primeira edição em 1997, e uma segunda edição em 2006 (Mackway-Jones, Marsden & Windle, 2006). Este livro, “*Emergency Triage*” serve de base teórica e tem orientações práticas para a implementação do STM (Neves, 2010).

Nesta segunda edição, os princípios básicos que estão implícitos na TM, ou seja, o reconhecimento da queixa de apresentação, identificação de um fluxograma, de um discriminador e atribuição de uma prioridade, são inalteráveis, mas foram feitas algumas adaptações. Estas adaptações resultaram de alertas que foram sendo sugeridos por utilizadores durante vários anos (Grupo Português de Triagem (GPT), 2010).

Esta nova edição contempla a saída de alguns fluxogramas e discriminadores, assim como a inclusão de outros. Também procura incluir alterações que refletem novas práticas, como a possibilidade de técnicas de revascularização, para doentes que sofreram um acidente vascular cerebral ou enfarte agudo do miocárdio, dando ênfase à inclusão dos utentes nas respetivas vias verdes. A nova edição procura colocar a

triagem no contexto de alterações que estão a acontecer, em muitos sistemas de cuidados de urgência, em todo o mundo (Mackway-Jones et al., 2006; GPT, 2010).

O GPT (2002), menciona que os objetivos do grupo poderiam ser definidos como: aperfeiçoamento de uma nomenclatura comum; desenvolvimento de definições comuns; ampliação de uma sólida metodologia de triagem; desenvolvimento de um programa de formação e de um guia de auditoria para a triagem.

O STM possibilita identificar critérios de gravidade de uma forma objetiva e organizada, com base nos problemas identificados, que indicam a prioridade clínica com que o doente deverá ser atendido, tendo sempre presente que não se trata de determinar diagnósticos médicos. Esta metodologia permite o funcionamento do serviço de urgência (SU) quer em situações normais, quer em situações de catástrofe, asseverando a prioridade clínica e determinando o tempo alvo recomendado até à primeira observação médica (Silva, 2009).

O GPT decidiu que o objetivo da metodologia de triagem deveria ser concebido de forma a imputar uma prioridade clínica, baseando esta decisão em três grandes princípios: facilitar a gestão clínica do doente e em simultâneo facilitar a gestão do serviço, o que será conseguido se houver uma atribuição exata de uma prioridade clínica; nunca pensar na obtenção de diagnósticos e a prioridade deverá refletir um número de aspetos de uma condição particular apresentada pelo doente (Mackway-Jones et al., 2006).

Uma consistente avaliação clínica de um doente exige tanto raciocínio como intuição, e estes deverão basear-se nas aptidões e conhecimentos profissionais. A tomada de decisão é uma componente e algo precioso da prática de enfermagem, podendo dizer-se que é uma série de passos para chegar a uma conclusão. Freitas (2002) menciona que as decisões em triagem são compostas da seguinte forma:

- Identificação do problema: realizada através da obtenção de informações do próprio doente, das pessoas prestadoras de cuidados e qualquer pessoal da saúde pré-hospitalar; tal consente o reconhecimento do fluxograma de apresentação relevante;
- Recolha e análise da informação: após reconhecimento do fluxograma, este auxilia a avaliação rápida através da sugestão de perguntas estruturadas;
- Avaliação e seleção das alternativas: o fluxograma de apresentação fornece o quadro organizacional para a ordenação do processo de raciocínio durante a triagem; os fluxogramas assistem a tomada de decisão através do

fornecimento de uma estrutura;

- Implementação da alternativa selecionada: a seleção possível cinge-se às cinco categorias de triagem existentes e, todas elas têm um nome e uma definição particular; quem realiza a triagem aplica a categoria que melhor se adapta à urgência da condição apresentada pelo doente, uma vez conferida a prioridade, tem início o respetivo encaminhamento;
- Monitorização da alternativa implementada e avaliação dos resultados: a triagem é um processo dinâmico e deverá responder às reais necessidades dos doentes, assim como às do serviço; o enfermeiro que realiza a triagem está habilitado para reconhecer como e quando chegaram ao resultado; o que facilita a reavaliação e posterior confirmação ou alteração da categoria; outro ponto muitíssimo importante é que todo o método pode ser auditado.

Freitas (2002), acrescenta que este ST seleciona os doentes com maior prioridade e funciona sem fazer quaisquer presunções sobre o diagnóstico.

O STM contém cinquenta e dois fluxogramas para os distintos problemas apresentados: sete são específicos para crianças e dois para catástrofes. A versão original, de 1997, foi alterada e surge nova edição publicada em 2006. As principais alterações são relativas ao redesenho e expansão dos fluxogramas, assim como aumento dos discriminadores de 186 para 195, como, por exemplo, deficit neurológico agudo e alteração da categorização de dor leve para dor recente, inclusão da régua da dor pediátrica, regras para efetuar auditoria e triagem por telefone (GPT, 2010).

O processo de triagem do STM passa por confirmar os critérios de gravidade intrínsecos à queixa exposta pelo utente. Deste modo, há que reconhecer a queixa principal do utente, selecionar o fluxograma, de entre os cinquenta e dois existentes, que melhor se adequa à queixa identificada, e obter resposta afirmativa a uma das questões ou discriminadores do fluxograma. As questões são colocadas na seriação de cima para baixo, uma vez que estas se expõem por ordem decrescente de prioridade, isto é, as primeiras questões equivalem a categorias de urgência mais elevadas, portanto a situações mais graves. E assim é identificado o critério de gravidade do utente.

O fluxograma é estruturado por um conjunto de questões a serem colocadas, constituindo os chamados discriminadores que, como o nome indica, permitem a discriminação de doentes de forma a consentir a sua inclusão numa das cinco prioridades clínicas. Estes poderão ser gerais ou específicos, sendo que os gerais

aplicam-se a todos os doentes, independentemente da condição que apresentam, são características recorrentes nos fluxogramas como sendo: risco de vida; dor; hemorragia; grau de estado de consciência; temperatura e início ou agravamento das queixas. Os discriminadores específicos aplicam-se aos casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e tendem a relacionar-se com características chave de condições particulares (GPT, 2010).

A avaliação da dor é uma componente essencial do STM e deverá ter em consideração a intensidade, localização, irradiação e periodicidade. É um elemento relevante, contudo de difícil avaliação, por compreender aspetos subjetivos e complexos envolvendo tanto o doente como o profissional de triagem. A escala de dor da TM é numérica e visual e vai do zero - sem dor, ao dez - a pior dor. A cada número da escala corresponde uma classificação de dor e uma prioridade, podendo ser leve e recente - com início até sete dias (um ao quatro) correspondente à prioridade verde, moderada (cinco ao sete) - prioridade amarela ou grave (oito ao 10) - prioridade laranja. É utilizada em Pediatria a mesma escala, mas adaptada, em nova edição, de uma série de imagens estilizadas do ursinho panda, para ser usada em crianças menores (GPT, 2010).

É preconizado que a triagem seja efetuada num período de tempo de dois a cinco minutos e a seleção do discriminador corresponde à pergunta do discriminador que tenha resposta positiva ou que não possa ser negada e que vai decidir a prioridade clínica (Silva, 2009).

O STM é uma escala de 5 categorias de prioridade, desenvolvida por um grupo multidisciplinar de especialistas em cuidados de emergência em que cada categoria recebeu um número, um nome, uma cor e um tempo alvo para a observação médica inicial.

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

Este ST utiliza um método uniforme, através de uma abordagem algorítmica e é usado para estabelecer a prioridade clínica dos doentes, tendo em conta a sua apresentação. Esta estrutura e a sua orientação para a tomada de decisão, é uma vantagem para os enfermeiros menos experientes que realizam triagem, quando são confrontados com

situações menos vulgares e em momentos mais stressantes (Mackway-Jones et al., 2006).

O sucesso da aplicação deste método não deriva tanto da diferenciação/experiência do enfermeiro que executa a triagem, mas mais da aplicação do algoritmo de forma disciplinada, segundo as indicações recomendadas pelo *Manchester Triage Group* (Silva, 2009). O sistema não exige um técnico com elevada diferenciação, podendo ser um médico ou enfermeiro, no entanto quem executa o método de TM são, em grande escala, os enfermeiros devido a fatores económicos e de gestão, pelo facto de que assim o pessoal médico fica mais disponível para a avaliação clínica (Moreira, 2010 citando Kevin, 1997).

Este mesmo grupo, de forma a acautelar a consistência do método, mesmo que seja escolhido um fluxograma alternativo ou menos correto, o remate final na atribuição da prioridade e correspondente tempo limite de observação, será igual. Também para garantir uniformização na utilização dos conceitos, entre os diversos técnicos, foi produzida uma definição precisa dos mesmos, que se observa ao lado dos algoritmos, ou no dicionário que se encontra no final do manual (GPT, 2010).

Como refere o GPT (2010), a triagem é um processo dinâmico, devendo ser executada periodicamente em todos os utentes enquanto esperam observação clínica ou tratamento. O STM contempla a possibilidade de retriagem do doente, quando se verifica um agravamento do seu estado clínico, durante o tempo de espera para observação médica, devendo nestas situações ser retriado para uma prioridade superior à anterior. Porém, a retriagem também pode ser operada para uma prioridade inferior quando, por exemplo, um doente apresenta melhoria da dor após intervenção analgésica, antes da observação médica (Mackway-Jones et al., 2006).

As administrações dos hospitais, ao aprovarem a implementação do Sistema de Triagem de Prioridades, assumem a imposição de realizar os investimentos inevitáveis à reestruturação física e funcional dos respetivos SU, de forma a definir circuitos de gestão de doentes, para poder cumprir os objetivos preconizados pelos protocolos neste domínio, visto que este método, só por si, não garante o bom funcionamento dos serviços. Não se verificando isto, os doentes nada auferem com a implementação do sistema (Silva, 2009).



### **3 – VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER**

A utilização de forma maciça do Sistema de Triagem de Manchester (STM) em Portugal incute, nos seus aderentes e promotores, responsabilidade. A priorização de doentes graves é uma matéria de relevância, havendo todo o interesse e dever de objetivamente o validar (Silva, 2009).

O STM propõe uma metodologia que se dispõe ser precisa, reproduzível e controlável. Na literatura consultada, encontram-se diversos estudos sobre o STM que visam avaliar a sua validade, isto é, se o sistema consegue conferir corretamente prioridades aos utentes independentemente dos seus problemas. Todos apontam, com maior ou menor evidência, que o STM é um método válido e reproduzível de triagem (Neves, 2010).

Apesar da evidência da validade do STM, Neves (2010) menciona, que nos variados estudos realizados nesta área, esta poderá não ser suficientemente expressiva. Diz também que é importante não esquecer que a sua finalidade é atribuir uma prioridade em função das suas características de apresentação inicial, mas que os padrões de referência que usualmente são utilizados nos estudos podem não ser suficientemente específicos de forma a validar a qualidade com que o STM atinge os seus objetivos. Segundo o mesmo autor, é necessário realizar mais estudos com a finalidade de se reconhecer de forma mais detalhada a validade do STM, utilizando novos padrões de referência, novas populações, com apresentações clínicas específicas.

Passamos a expor alguns desses estudos:

- Cooke e Jinks (1999) realizaram um dos primeiros estudos visando a aplicação do STM a doentes em estado crítico, para verificar se haviam triagens abaixo do suposto nível de prioridade e concluíram que o sistema é altamente sensível na identificação deste tipo de doentes;
- Speake, Teece e Mackway-Jones (2003) calcularam uma sensibilidade de 86,8% e uma especificidade de 72,4% do STM na deteção de doentes de alto risco com dores no peito. A sensibilidade é a proporção de positivos entre todos os que deveriam ser positivos, enquanto a especificidade é a proporção de negativos entre todos os que deveriam ser negativos;
- Wright, Hogg e Mackway-Jones (2005) verificaram que o STM possui uma

- sensibilidade de 69,2% e uma especificidade de 92,7% no reconhecimento de dores pleuríticas;
- Van der Wulp, Schrijvers e Van Stell (2009) após um estudo retrospectivo a 34258 doentes, em quatro serviços de urgência (SU), constataram que a 96,6% dos pacientes que morreram lhes tinha sido atribuída a prioridade 1 ou 2;
  - Martins, Cuña e Freitas (2009) realizaram uma análise retrospectiva a uma base de dados, com 321539 registos de doentes, e observaram que a proporção de doentes incluídos num nível de triagem é cada vez menor quanto maior é a prioridade. Também calcularam que a probabilidade de um doente morrer é 39 vezes superior, se a sua prioridade for 1 ou 2, em relação aos restantes níveis de prioridade;
  - Pinto (2010) avalia a sensibilidade do STM para a atribuição de prioridade aos doentes com síndrome coronário agudo. O STM apresentou uma alta sensibilidade para atribuição de níveis altos de urgência a doentes realmente graves;
  - Coutinho, Cecílio e Mota (2012) num estudo sobre avaliação da validade do STM, concluíram que este já possui produção científica que o caracteriza como válido e confiável, podendo ser usado em serviços de emergência com segurança.

A reprodutibilidade do STM também foi foco de atenção de alguns estudos, ou seja, verificar se diferentes triadores atribuem igual prioridade quando triam o mesmo doente. Vários estudos dão ênfase a esta temática, concluindo que existem bons níveis de reprodutibilidade entre diferentes técnicos de triagem (Van der Wulp et al., 2008; Storm-Versloot, Ubbink, Choi & Luitse, 2009; Oloffson, Gellerstedt & Carlstrom, 2009; Grouse, Bishop & Bannon, 2009).

O STM prevê uma prática fiável, uniforme e objetiva, sendo passível de ser auditado tanto internamente como externamente (Afonso, 2011). Silva (2009) no seu estudo conclui pela utilidade e validade do sistema de triagem (ST) implementado na maioria dos hospitais Portugueses.

Maioritariamente, os estudos que têm sido efetuados nesta área são internacionais, mas apesar da validade do STM ser presumivelmente idêntica, independentemente da região geográfica ou país em que seja aplicado, seria relevante corroborar esta suposição através de estudos que avaliem de forma abrangente e precisa o STM aplicado nos SU dos hospitais Portugueses (Neves, 2010).

Souza, Araújo e Chianca (2015), referem que subsiste carência de realização de



pesquisas que produzam evidências relevantes, de forma a contribuir para a tomada de decisão do enfermeiro na triagem. Pois a evidência dos estudos é essencial para auxiliar o enfermeiro na seleção das melhores práticas a serem materializadas nos cuidados. Novos estudos sobre confiabilidade do STM devem ser delineados, uma vez que conhecer a reprodutibilidade do sistema garante ao enfermeiro uma prática mais segura, e ao utente que a atribuição do seu nível de gravidade reflita o seu real estado de saúde.



#### **4 – SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER EM PORTUGAL**

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) teve origem, tal como o nome indica, na cidade de Manchester, Inglaterra. Em Portugal, o STM já constitui a norma nacional em função do número significativo de hospitais em que se encontra implementado. Está acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos (OM), Ordem dos Enfermeiros (OE) e é percebido como algo que fomentará o atendimento mais apropriado nos vários hospitais, em função do critério clínico, uniforme e sistematizado, e permitirá uma caracterização mais exata do perfil do utente que recorre aos diversos serviços de urgência (SU) (Ministério da Saúde, 2006).

Em Portugal, o STM foi inserido formalmente no Hospital de Santo António e no Hospital Fernando Fonseca no ano de 2000, sendo estes os hospitais pioneiros a nível nacional. Teve o apoio do *Manchester Triage Group*, através de formação conjunta. O rigor adotado na formação e organização do STM, originou o interesse de outros hospitais, até os que já tinham implementado outros Sistemas de Triagem (ST) (Silva, 2009).

Segundo Silva (2009), a Triagem de Manchester (TM) em Portugal, é uma metodologia de trabalho que veio revolucionar a forma de pensar o SU. Criaram-se novos postos de trabalho, pois, na maioria das instituições, não havia a noção do espaço ou função da triagem, alteraram-se conteúdos funcionais, incorporando enfermeiros para novos desempenhos, fomentou-se a criação de circuitos organizados de encaminhamento de doentes, melhorando a gestão dos SU e institui-se uma cultura de qualidade e auditoria ao desempenho.

O Ministério da Saúde, através do Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro (p. 3039) determinava que todos os SU que “não tenham implementado o Sistema de Triagem Manchester devem proceder à sua implementação até 31 de Dezembro de 2015”.

Desde o início da implementação do STM em Portugal, nos SU deste país era utilizada a versão 1 do STM, no entanto, segundo a Norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) número 002/2015, publicada em Março, todos os hospitais deveriam passar a utilizar a versão 2 da TM até o dia 31 de Dezembro de 2015, uma versão mais atualizada que contempla muitas alterações.

Em 2001, foi criado o Grupo Português de Triagem (GPT), entidade reconhecida pelo Grupo de Manchester e pelo MS, que representa os interesses dos autores do sistema e promove a implementação do sistema em Portugal (Ministério da Saúde, 2006).

O objetivo da fundação do GPT foi de efetuar a divulgação, formação e auditoria em Portugal. Tem como missão a implementação, controlo da formação, manutenção do sistema, uniformização dos registos, preparação de formadores e auditores e credenciação de hospitais que cumpram as normas (Silva, 2009).

Segundo o mesmo autor, em maio de 2001, foi celebrado um acordo entre o Ministério da Saúde e o GPT assegurando o conceito de triagem, a metodologia de Manchester e os termos do protocolo do GPT e os correspondentes hospitais aderentes, sendo a TM uma exequível solução para o efeito.

O tributo Português foi para além fronteira, pois foi elementar para a implementação do ST em Espanha e Brasil. O GPT foi, e continua a ser, um dos grupos de trabalho mais influentes junto dos autores originais e outros representantes de países aderentes (Silva, 2009).

O GPT (2001) elaborou a "*Declaração de Princípios do Grupo Português de Triagem*", com conhecimento do MS, cujo objetivo era sistematizar a missão do grupo e os objetivos em termos de formação, implementação e auditoria do STM.

O GPT para minimizar possíveis fontes de confusão implementou o conceito de cor branca. Isto porque com a implementação do STM em Portugal verificou-se que ao SU recorriam situações que nada tinham a ver com uma situação clínica enquadrável no contexto do mesmo. O SU é utilizado, por exemplo, como hospital de dia, consulta externa, logística para atos não programados, sem serem clinicamente urgentes (Silva, 2009). Este conceito surgiu em 2000, no sentido de tentar uma melhoria na gestão do SU, tendo tido uma revisão em 2009 (GPT, 2009). Esta revisão teve como objetivo tentar uniformizar os critérios para a atribuição de cor branca, as razões podem ser administrativas, clínicas ou ainda outras razões como por exemplo doentes admitidos para reavaliação por referenciação médica, tendo sido observados anteriormente no SU, e que agora não apresentam situação aguda ou urgente ou ainda para realização de colheitas de sangue para contra prova de deteção de álcool ou drogas por indicação de autoridade policial. Estando também bem definido o que não deverá ser critério para atribuição de cor branca na triagem (GPT, 2010).

Esta adaptação, realizada com o conhecimento e autorização dos autores originais (*Manchester Triage Group*), representa cerca de 5 a 10% dos doentes na generalidade dos SU Portugueses (GPT, 2005), mas na última reunião de consenso do GPT, foi

estabelecido como objetivo nacional que essa percentagem seja inferior a 5% da totalidade dos episódios de urgência (GPT, 2010).

O STM não impõe uma especialização exigente mas sim disciplina e um técnico de saúde competente. No Reino Unido, esta função é executada por enfermeiros. Em Portugal, esta função começa a ser oficialmente realizada por enfermeiros em 2000, com a implementação do STM (Diogo, 2007), embora o controle do sistema seja sempre médico. Esta solução coadjuva a gestão dos recursos humanos disponíveis, na medida em que não é necessário deslocar uma equipa altamente diferenciada de médicos para a triagem, ficando assim estes mais disponíveis para a avaliação clínica (Moreira, 2010 citando Kevin, 1997). O atual sistema é institucional, protege o utente efetivamente urgente e o técnico de saúde (Ministério da Saúde, 2006).

O enfermeiro para desempenhar, de forma adequada, a sua principal função na realização da triagem, que é de conferir uma correta prioridade clínica num tempo limitado, deve deter competência, experiência, conhecimento e intuição (Neves, 2010).

Esta metodologia proporciona, aos profissionais, um quadro de referência para o processo de triagem que permite a obtenção de competências essenciais para a sua execução, descrevendo uma relação entre a experiência e a aquisição de competências em cinco níveis: principiante, principiante avançado, competente, extremamente competente e perito (GPT, 2010). Com o contínuo desenvolvimento profissional os enfermeiros vão adquirindo competências e aprendendo com as suas experiências, alterando e melhorando a sua capacidade de tomada de decisão no momento da triagem. Nesta área a tomada de decisão consiste na: identificação do problema, determinação das alternativas e seleção da alternativa mais adequada (GPT, 2010).

Também o enfermeiro que realiza a triagem poderá influenciar a atitude do utente no serviço pois, se este for informado previamente da situação e do provável percurso, mitigará muito a sua ansiedade e angústia. Qualquer utente e família gostam de saber qual será o tempo de espera e qual a previsão temporal que irão permanecer no serviço. Estas informações poderão ser facultadas de forma rápida, na maioria das situações mais vulgares (GPT, 2002).

Na prática diária vamos tomando consciência que não é de todo suficiente priorizar um doente, e depois não lhe explicar qual o seu encaminhamento dentro do SU. Como refere Machado (2008), cada vez mais se defende que se deverá explicitar ao doente e família, no final da triagem, que este irá aguardar em determinado local por atendimento médico, com determinado tempo alvo para observação, tendo em conta a

prioridade atribuída, apesar de esta prática expor mais a instituição, também confere referências ao doente e família, o que é um fator positivo, potenciando a satisfação dos mesmos.

O método vai sendo consolidado através da avaliação da eficácia do mesmo, fazendo com que os profissionais se desenvolvam de forma contínua, adquirindo competências e aprendendo com a prática, reestruturando e aperfeiçoando a sua capacidade de tomada de decisão.

O STM só por si não garante o bom funcionamento do SU. A implementação deste sistema, exige da administração do hospital o cumprimento de investimentos imprescindíveis para impulsionar e concretizar a reestruturação física e funcional, fundamental para que se verifique a concretização dos objetivos preconizados pelos protocolos na gestão do doente (GPT, 2002; Ministério da Saúde, 2006).

## **5 – AUDITORIA DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER**

A aplicação do Sistema de Triagem de Manchester (STM) tem inerente um processo de auditoria interna e externa, que confirma se os requisitos, atividades e os resultados referentes ao sistema estão implementados e são cumpridos (Grupo Português de Triagem (GPT), 2012).

A auditoria interna pode ser definida, segundo o Instituto Português de Auditoria Interna (2009, p.10) como “...uma atividade independente, de garantia e de consultoria, destinada a acrescentar valor e a melhorar as operações de uma organização”. Auxilia a organização a alcançar os seus objetivos, através de uma metódica e disciplinada abordagem, na avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, de controlo e de governação. A atividade de auditoria interna é cumprida em todo o mundo em distintos ambientes e em organizações com estruturas, dimensões e finalidades diversas (Instituto Português de Auditoria Interna, 2009).

A consolidação de um método seguro de auditoria é fundamental para a prossecução de qualquer metodologia padronizada, uma vez que tem de ser comprovada a existência de reprodutibilidade entre profissionais, serviços e instituições de saúde (GPT, 2012). O GPT define o processo de auditoria ao STM com o objetivo de consolidação deste método organizado.

Coutinho et al. (2012) mencionam que uma das condições necessárias para a utilização do STM é a avaliação do processo através das auditorias. Esta consiste na avaliação da classificação de doentes realizadas em determinado período, identificando as triagens com não conformidades. Os mesmos autores mencionam a importância da auditoria como elemento de aprimoramento e melhoria do acerto da categoria de prioridade da triagem.

Os Conselhos de Administração dos hospitais ao aderirem a este sistema devem garantir as condições para a sua implementação e a aplicação dos resultados para a melhor gestão dos serviços de urgência (SU). Este processo destina-se a dar provas de que os princípios estabelecidos equivalem à real situação dos doentes e que está fundamentada nos registos da triagem. Esta carece de ser reprodutível e auditável (GPT, 2012).

Nos termos do protocolo acordado com as administrações hospitalares, o GPT forma auditores internos em cada instituição, sendo profissionais de saúde do próprio

hospital e que são credenciados como formadores e reconhecidos como auditores (GPT, 2012).

O GPT (2012), refere que auditoria interna do STM se define pela análise metódica e independente por auditores internos, na respetiva instituição, com o objetivo de examinar se as atividades e resultados relativos ao Protocolo de Manchester cumprem os requisitos antecipadamente deliberados e se estes estão efetivamente implementados. Como orientação do Ministério da Saúde a realização das auditorias avalia a qualidade da triagem (Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro), já referido atrás.

O auditor interno, segundo o GPT (2012), deve deter o seguinte perfil: i) ter conhecimentos sobre o STM, tendo tido aproveitamento no curso de triagem no SU; ii) possuir formação específica em auditoria, tendo frequentado com aproveitamento o Curso de Formação de Formadores e Auditores do STM; iii) possuir competências de comunicação e de relacionamento; iv) possuir habilidade de análise, síntese e tomada de decisão e v) ser reconhecido como profissional competente e idóneo.

Os objetivos da auditoria interna (GPT, 2012) são: i) indagar o cumprimento dos requisitos do STM; ii) cooperar para a garantia da qualidade dos cuidados prestados nos SU; iii) induzir a tomada de decisão visando o melhoramento do funcionamento da triagem; iv) transmitir credibilidade aos indicadores produzidos pelo sistema; e v) cumprir o protocolo tipo firmado entre o GPT e os hospitais aderentes ao sistema.

Em termos da auditoria interna, o pressuposto é obter uma avaliação individual dos elementos envolvidos na triagem de prioridades, assim como uma auditoria global do SU nesta área, que demonstre uma aferição igual ou superior a 80%, sendo que o desvio em relação ao preconizado deve ser devido à atribuição de categorias de prioridade superiores ao decidido pela auditoria. Preconiza-se, não sendo obrigatório, que o sistema seja informatizado (GPT, 2012).

Atingindo a meta de aferição de 80% é considerado bom o cumprimento da Triagem de Prioridades segundo a metodologia do Protocolo da Triagem de Manchester. A aferição superior a 90 % é considerada pelo GPT como muito boa e a superior a 95% excelente (GPT, 2012).

No Reino Unido, são mais rigorosos na realização da auditoria, quanto à obtenção dos resultados que se pretendem alcançar, esperando-se um mínimo de 95% de processos de triagem corretos (Mackway-Jones et al., 2006).



A realização de auditoria ao STM de um SU segue uma metodologia, determinada pelo GPT que é:

- Auditoria individual por episódio de urgência: é recomendável que mensalmente sejam selecionados aleatoriamente e auditados, por cada triador, pelo menos cinco processos de triagem. São dois auditores que apreciam cada caso, sendo um deles imperiosamente um médico. Os parâmetros avaliados são:
  - Documentação legível e registo apropriado;
  - Seleção do fluxograma;
  - Seleção do discriminador;
  - Atribuição da prioridade;
  - Utilização da escala da dor (se aplicável);
  - Retriagem (se aplicável).
- Auditoria individual retrospectiva: resume-se no relatório que sumariza o cumprimento individual de cada triador, atendendo os respetivos casos que foram avaliados. Relatório que deve reproduzir pontos fracos e fortes do desempenho individual, pretendendo reconhecer as áreas onde é essencial proceder à nova formação do profissional de saúde em questão.
- Auditoria global: focando os casos que foram avaliados, expõe os resultados do desempenho global do SU.

A auditoria externa do STM, segundo o GPT (2012), define-se como sendo a análise periódica e independente realizada por auditores externos, com objetivo de averiguar se as atividades e resultados relacionados com o protocolo de Manchester cumprem os requisitos antecipadamente celebrados e se estes estão realmente implementados.

O mesmo grupo ainda estabelece como objetivos da auditoria externa os seguintes: i) garantir a fiabilidade, a reprodutividade e comparabilidade dos resultados do STM; ii) dar credibilidade aos indicadores produzidos pelo sistema; e iii) cumprir o protocolo tipo, firmado entre o GPT e os hospitais aderentes à Triagem de Manchester (TM).

A análise do sistema de triagem (ST), de quem a executa e de outros dados inerentes ao processo, são de extrema relevância para o desempenho e mudança operacional dos SU. Não basta implementar, é essencial analisar o decurso do mesmo e quais os resultados consequentes, os aspetos positivos e negativos, o que deverá ser mantido e o que impõe mudança. Na avaliação do ST, vários aspetos deverão ser ponderados tais como a usabilidade, a quantificação do impacto do sistema na prestação de cuidados de saúde, tendo em conta variáveis de resultado relevantes no contexto, o

efeito associado há implementação, a qualidade dos parâmetros empregues, a consistência, a reprodutibilidade e a validade, entre outros.

A prestação de cuidados de saúde atingíveis e imparciais, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis e que alcance a adesão e satisfação do cidadão, poderá definir qualidade em saúde, como referido no Plano Nacional de Saúde (2012-2016) (Direção Geral de Saúde (DGS), 2013). Qualidade na saúde é uma imposição de todos os envolvidos na prestação de cuidados de saúde. A qualidade dos cuidados prestados pode ser determinada pela formação profissional, pelo número de profissionais por turno e pelas estruturas das organizações. Ferreira citado por Ascensão (2010), afirma que a melhoria da qualidade dos cuidados deve fazer parte do dia a dia de cada um, na concretização das suas tarefas, e por isso, a avaliação da qualidade deve abranger de forma integrante toda a equipa multidisciplinar.

Segundo o parecer dos Conselhos de Enfermagem e Jurisdicional de 8 de Janeiro de 2010 (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010), os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, disponíveis sobre a área na qual atuam, assim como as recomendações que balizem a boa prática a esse nível, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Contudo o enfermeiro especialista ao possuir um conhecimento específico de enfermagem com elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão, tal como é referido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010) é um profissional de destaque para o desenvolvimento de programas de avaliação de indicadores de qualidade e de melhoria contínua, podendo fazer diferença nos processos de auditoria.

O enfermeiro da triagem, para o exercício da sua profissão de forma competente, deverá aprofundar o seu corpo de conhecimentos e competências adquiridos com formação e consolidados e desenvolvidos pela experiência. Todos os enfermeiros fazem formação inicial para que possam estar habilitados a realizar TM, mas esta só por si não basta, pois a experiência, conhecimento, intuição e tomada de decisão são qualidades importantes para a sua correta concretização (GPT, 2010).

É expectável que o enfermeiro triador seja ponderado e sensível na apreciação de diversos e determinados fatores pois poderá conduzir a "...fenómenos de *urdertriage* ou *overtriage*" (Silva, 2009, p.14), sendo que *undertriage* se refere ao doente que poderia beneficiar de um atendimento mais célere mas que não foi identificado como prioritário, e *overtriage* representa o doente em que a queixa pode ser sobrevalorizada

e por isso prestados cuidados superiores aos que realmente necessita, o que leva a gastos de recursos que poderão por em causa o tratamento de outros prioritários.

Na triagem é fundamental que o enfermeiro detenha técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, uma vez que é necessário que a entrevista seja objetiva e clarifique rapidamente a situação de saúde da pessoa que recorre ao SU e defina a sua prioridade clínica. Neste sentido o enfermeiro especialista poderá ser uma mais valia devido ao grau de complexidade da decisão que o enfermeiro da triagem tem de tomar num limitado intervalo de tempo, gerindo a informação que o doente, família, ou técnicos de saúde fornecem, identificando o problema que motivou a ida ao SU, os seus antecedentes de saúde e sintomatologia que apresenta no momento, realizando simultaneamente observação clínica (aparência geral do doente, via aérea, respiração, circulação, limitações, fatores ambientais) e fazendo interligações da atual situação com antecedentes pessoais (Ganley & Gloster, 2011). Os mesmos autores referem que a tomada de decisão baseia-se fundamentalmente no correto levantamento da queixa que motivou a ida ao SU e esta deverá ser realizada por um enfermeiro com conhecimento específico sobre as necessidades particulares dos doentes no SU, assim como de patologias e sintomatologias, assumindo um papel fundamental na deteção precoce de situações que os doentes e famílias têm dificuldade em descrever.

O objetivo principal da auditoria ao STM não é de indagar as irregularidades, mas, por meio do processo, detetá-las e corrigi-las de forma a melhorar a eficácia da sua realização, com o objetivo final de melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, desde o primeiro momento de contato com o hospital, em situações de doença aguda. Tendo em conta a complexidade do setor da saúde é fundamental que se realizem auditorias, pois estas possibilitam eliminar erros, simplificar tarefas e transmitem informações seguras sobre o desenvolvimento das atividades executadas.

As auditorias em saúde, em conjunto com a gestão hospitalar, para terem êxito, exigem um comprometimento de todos os profissionais envolvidos, pois a principal finalidade não é avaliar o desempenho de um profissional ou grupo, mas de melhorar os cuidados prestados ao utente e corrigir possíveis erros realizados pelas equipas de saúde (Silva & Santo, 2013). Os mesmos autores referem que as conclusões do seu trabalho, apontam para a utilização da auditoria como instrumento de gestão, devendo contemplar os requisitos pertinentes ao processo, como planear, monitorizar, avaliar as ações e serviços de saúde e incentivar ao aperfeiçoamento e treino permanente das equipas, visando a melhoria contínua dos cuidados prestados.



## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**



## 1 - TIPO DE ESTUDO

A investigação científica é um processo sistemático, que admite angariar novos conhecimentos, congregando em si a recolha de dados observáveis e verificáveis retirados do mundo empírico, com o propósito de descrever, explicar, predizer ou controlar fenómenos (Fortin et al., 2009). O método científico é um poderoso utensílio de trabalho, do qual provém em grande parte o êxito de uma investigação, uma vez que irá nortear a pesquisa, conforme a seleção do método, dos processos e das técnicas.

É fundamental a seleção do método de investigação a aplicar para o desenvolvimento e materialização de um estudo. A eleição de uma metodologia congruente é basilar para se alcançarem os objetivos delineados e obter respostas às questões colocadas (Fortin et al., 2009).

A fase metodológica, segundo Fortin et al. (2009), consta em definir os meios para realizar a investigação, ou seja, corresponde à sua planificação. É no decurso desta fase que, quem investiga, estabelece a forma de proceder para alcançar as respostas às suas questões de investigação ou aferir as suas hipóteses. Integra um conjunto de diretrizes associadas ao tipo de estudo escolhido, que, entre outras, relatam a forma de colheita e análise de dados, de modo a asseverar um controlo sobre as variáveis em estudo (Polit et al., 2004). É através da metodologia que se confrontam as questões de investigação com as informações adquiridas, pois a finalidade da pesquisa é o crescimento do carácter interpretativo em relação aos achados alcançados, e não simplesmente a descrição dos factos. De modo a compreender como foram obtidos os resultados, é pertinente descrever o tipo de estudo que foi desenvolvido.

A exatidão do desenho de investigação é de fulcral interesse em investigação, pois “consiste num conjunto de diretrizes correspondentes ao tipo de estudo escolhido, segundo se trata de descrever, de explicar ou de predizer fenómenos” (Fortin et al., 2009, p. 214). Este desenho encerra em si um conjunto de decisões, que são tomadas de forma a estruturar a pesquisa empírica das questões de investigação ou verificar as hipóteses. É algo que orienta o investigador na planificação e realização do seu estudo para alcançar os objetivos.

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é o iniciar de um método de exame e diferenciação clínica, mas o seu desempenho é naturalmente dependente do contexto

em que é aplicado, nomeadamente das características dos utentes, da experiência dos profissionais envolvidos em todo o processo e da relação entre a afluência ao serviço de urgência (SU) e respetiva capacidade de resposta. Perante isto, analisar a triagem, quem a realiza e os dados inerentes ao processo é de extrema relevância para o desempenho e mudanças operacionais do SU. Não basta realizar, é necessário estudar como o processo decorre e quais os resultados decorrentes, aspetos positivos, negativos, o que deverá manter-se e o que implica mudança.

Mediante o exposto, tendo presente os objetivos propostos e para tentar dar resposta à questão de investigação, a metodologia utilizada, na elaboração deste trabalho, assentou num estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo com uma análise retrospectiva documental.

A abordagem quantitativa visa a exposição e manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre o qual incidem as observações (Vilelas, 2009). Fortin et al. (2009, p. 30) dizem que “em investigação quantitativa, trata-se geralmente de obter resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares.” Acrescentam também que este tipo de abordagem é baseado na observação dos factos, de acontecimentos, de fenómenos objetivos e suporta um método sistemático de recolha de dados observáveis e mensuráveis.

Os estudos descritivos servem para ampliar os conhecimentos das características e extensão de um problema, com a pretensão de analisar como se manifesta um fenómeno (Vilelas, 2009). Também Fortin et al. (2009) referem que um desenho descritivo ajuda a reconhecer as características de um fenómeno de forma a obter uma visão global de uma situação ou de uma população. Os autores referem ainda que o estudo descritivo permite que o investigador estude uma situação tal como ela se apresenta no meio natural, com a intenção de perceber fenómenos ainda mal explanados ou conceitos pouco estudados.

Trata-se de um estudo retrospectivo porque a recolha de dados foi numa dimensão temporal passada. Polit et al. (2004), referem que os estudos retrospectivos são pesquisas nas quais um fenómeno verificado no presente é vinculado ao fenómeno surgido no passado. Nestes estudos o investigador concentra-se num resultado que acontece na atualidade e depois tenta deliberar os fatores antecedentes que tenham sido a sua causa.

A recolha dos dados foi realizada com base documental. A pesquisa documental em alguns pontos segue o mesmo curso que a pesquisa bibliográfica, o que nem sempre



é fácil distingui-las (Fonseca, citado por Gerhardt & Silveira, 2009). O mesmo autor diz que a pesquisa bibliográfica usa fontes organizadas por material já elaborado, como livros e artigos científicos existentes em bibliotecas. Por sua vez, a pesquisa documental apela a fontes mais variadas e dispersas, sem tratamento analítico, como sendo tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, relatórios de empresas, entre outras.

Também Oliveira, citado por Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) diz que a pesquisa documental é contígua à pesquisa bibliográfica. O que as distingue é a natureza das fontes, a pesquisa bibliográfica baseia-se principalmente nas fontes secundárias, a pesquisa documental recorre a matéria que não sofreu tratamento analítico, ou seja, às fontes primárias.

A etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenómenos. É condição necessária que os fatos devem ser mencionados, pois constituem os objetos da pesquisa, mas, por si mesmos, não explicam nada. O investigador deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível fazer a inferência (Sá-Silva et al., 2009, p. 10).

Este estudo documental, retrospectivo, foi desenvolvido num SU de um hospital central da zona centro, e que tem implementado o STM. Um SU dotado de algumas características particulares, pois a reorganização dos SU em Portugal implicou uma redefinição do perfil assistencial existente, e para tal ocorreu o encerramento noturno do mesmo SU em maio de 2012, e o encerramento ao fim de semana em novembro de 2013, concentrando o atendimento permanente num único SU polivalente da mesma cidade.

Esta reorganização leva a que este SU apenas admita utentes de segunda a sexta-feira, no período das 9 horas às 20 horas, o que provocou grandes alterações e reajustes ao atual contexto, levando a que as chefias do serviço adotem algumas medidas peculiares, nomeadamente no pessoal de enfermagem, com o intuito de minimizar as mudanças.

## **Questão de Investigação e objetivos do estudo**

Após a opção temática, que é a primeira etapa do processo de investigação, formula-se a questão de investigação. É um enunciado claro, inequívoco que precisa os conceitos a estudar, particulariza a população em análise e sugere uma investigação empírica (Fortin et al., 2009).

Para Fortin et al. (2009) a investigação parte sempre de uma questão e esta deverá ser, num formato de pergunta, explícita referente ao tema que se pretende estudar tendo em vista ampliar o conhecimento existente. Para os autores, o tipo de questão enunciada determina o método a utilizar. Surgiu então a seguinte questão de partida que serviu de fio condutor à investigação:

- Qual a qualidade da Triagem de Manchester e quais os fatores que condicionam a eficácia dos enfermeiros que a realizam?

Para responder à questão de investigação é necessário elaborar objetivos congruentes, pois eles irão delimitar a pretensão do alcance do estudo. O objetivo é um enunciado que explana as variáveis, a população alvo e que encerra um verbo de ação dando um rumo à investigação, estabelecendo a forma do desenho de investigação (Fortin et al., 2009). Também Vilelas (2009), diz que o objetivo da investigação determina o que o investigador quer alcançar com a execução do trabalho de pesquisa. Este estudo teve como orientação os seguintes objetivos:

- Identificar a qualidade da triagem, através da eficácia dos enfermeiros na realização da Triagem de Manchester.

- Identificar os fatores que influenciam a eficácia dos enfermeiros na realização da Triagem de Manchester.

## 2 – FONTES DE INFORMAÇÃO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

“A tarefa de selecionar ou desenvolver métodos para reunir dados está entre as mais desafiadoras no processo de pesquisa. Sem os métodos apropriados de colheita de dados, a validade das conclusões da pesquisa é facilmente posta à prova” (Polit et al., 2004, p. 248).

É mencionado por Fortin et al. (2009) que os dados poderão ser recolhidos de diversas formas, cabendo ao investigador decidir o tipo de instrumento de medida que melhor corresponde ao objetivo de estudo e às questões de investigação, sendo que este deverá oferecer fidelidade e validade razoável. A recolha de dados é de extrema importância, pois é a partir da informação obtida que se irão alcançar resultados.

A recolha de dados é a peça fulcral de qualquer investigação. Para efetivar a análise documental proposta, foi elaborada uma grelha de registo de dados, seguindo a sequência que apresentamos (Apêndice) e exportados para o programa Microsoft Excel o que permitiu registar todos os dados que foram recolhidos. A construção do instrumento de colheita de dados, teve como alicerce o conhecimento prévio sobre o que se poderia recolher das bases de dados que foram utilizadas (base de dados do sistema de informação Alert® e da base de dados resultante das auditorias do Sistema de Triagem de Manchester (STM), relatórios mensais, anuais e individuais por enfermeiro), e a adequação do mesmo de forma a alcançar os objetivos propostos.

A unidade de base da investigação são as variáveis. Pois, à luz do conhecimento científico, é através da observação/medição que se encontrarão respostas para as questões iniciais. Podem ser, como menciona Fortin et al. (2009), qualidades, características de pessoas, propriedades ou objetos de situações que podem mudar ou variar ao longo do tempo, às quais se atribuem valores.

Tendo presente a questão de investigação e os objetivos do estudo, o instrumento de colheita de dados considerou as seguintes variáveis:

- Idade;
- Género;
- Grau académico;
- Categoria profissional;
- Carga horária semanal;
- Experiência profissional;
- Experiência no serviço de urgência (SU);

- Tempo de curso de triagem.

Variáveis estas, que permitirão caracterizar os profissionais que realizaram triagem e que foram alvo de auditoria, nos 3 anos em estudo.

- Número de doentes triados anualmente;
- Número de vezes auditado;
- Eficácia anual;
- Eficácia mensal;
- Eficácia mensal se inferior a 100%: quantas triagens não conformes; qual a hora; qual o motivo (fluxograma, discriminador, falta de registo de valores mensuráveis);
- Número de doentes admitidos no dia da não conformidade; antes do período horário da não conformidade; no período horário da não conformidade.

Estas variáveis visam caracterizar a qualidade da triagem, que se pratica no SU em causa, e possíveis fatores que condicionam a eficácia dos enfermeiros na realização da Triagem de Manchester (TM).

Este estudo foi baseado na recolha de dados fornecida pelo aplicativo informático ALERT®, assim como os relatórios das auditorias realizadas. Este aplicativo é que dá suporte a todas as dinâmicas no SU onde decorreu o estudo.

O ALERT®-ER (*Emergency Room*), é uma aplicação informática concebida em Portugal, como uma solução global para a informatização e consequente organização do SU das unidades de saúde. Encontra-se disponível para todos os profissionais do SU e contempla distintos perfis de utilizador, facilitando o acesso a áreas específicas de trabalho com diferentes níveis de informação, sendo adaptada às necessidades de cada profissional. Esta aplicação foi criada com a finalidade de assegurar o registo, a interligação, a reutilização e a análise de toda a informação relacionada com os episódios de urgência. As vantagens desta aplicação relacionam-se com: i) aumento do grau de satisfação dos utentes e profissionais de saúde; ii) promoção do rápido e eficiente atendimento dos utentes nos SU; iii) agilizar o fluxo de informação entre as equipas multidisciplinares; iv) disponibilizar com celeridade informações aos utentes, familiares e profissionais e v) possibilitar a eliminação de registos em suporte de papel, tornando os SU *paper-free* (MNI Médicos na Internet, 1999).

Neste estudo optou-se por não se ter uma população e amostra definidas, visto ele incidir sobre os dados produzidos por um conjunto de enfermeiros, ou seja, o estudo incidirá não sobre os enfermeiros que realizam a triagem num SU da região centro,

mas sim sobre os dados produzidos por estes em processo de auditoria. Foram recolhidos retrospectivamente todos os dados, produzidos pelos enfermeiros que realizaram triagem, no período temporal de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2015, que foram sujeitos ao processo de auditoria, pelo menos uma vez, e que ainda trabalham neste SU, dados esses guardados na aplicação informática ALERT® módulo de auditoria.

Este SU tem implementado o STM desde 2003, sendo ainda a versão inicial de Manchester, a 1.ª edição, e está apetrechado com a aplicação informática ALERT®-ER desde 2006. É dotado com uma equipa de enfermeiros que realizou formação em TM, que os habilitou para a sua realização, assim como uma equipa de enfermeiros auditores, que também realizaram formação específica para tal.

A escolha deste período referiu-se ao início das funções da investigadora principal como auditora interna do STM, até final de 2015, de forma a abranger um período considerável de recolha de dados, evidenciando os possíveis resultados obtidos.

Na etapa de recolha de dados, é referido por Polit et al. (2004), que o investigador deve ter em conta a maneira como, onde, e quando vai recolher os dados, assim como a obtenção dos consentimentos necessários.

Como em todas as investigações no domínio da saúde que envolvam seres humanos é de salientar o compromisso a ter em conta com todas as questões ético legais, pois como referem Fortin et al. (2009), as considerações éticas entram em jogo desde o princípio da investigação. Ainda, segundo os mesmos autores, deverão ser cumpridas diligências preambulares, como sendo a obtenção de autorização para a realização do estudo no hospital pretendido e o parecer da comissão de ética.

Para a realização do presente estudo foi solicitada autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), através da Unidade de Inovação e Desenvolvimento. Após parecer favorável da Comissão de Ética do CHUC, o estudo foi autorizado pelo Conselho de Administração (Anexo).

É relevante salientar que a pesquisa garantiu total anonimato em relação aos participantes, e que os dados colhidos não comportam nenhum risco para a integridade física, mental, social ou moral dos mesmos. Não houve qualquer benefício ou inconveniente para os participantes.

De referir também, que a colheita de dados foi concretizada através de uma análise de dados informatizados, ou seja, teve participação indireta de seres humanos, dispensando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 3 – ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

É referenciado por Fortin et al. (2009, p. 410), que “a análise descritiva dos dados é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos. Este visa essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação”.

Os dados foram abordados numa perspetiva quantitativa. A ciência que consente, organizar, avaliar, interpretar e estruturar a informação numérica medida num definido número de sujeitos, usando uma abordagem quantitativa é a estatística. Este tipo de abordagem constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos produzem conhecimentos que possibilitam delimitar o problema de investigação e asseverar uma representação da realidade (Fortin et al., 2003).

Para sistematizar e realçar a informação, fornecida pelos dados, utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. O tratamento estatístico foi efetuado informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na versão 22 de 2015.

As técnicas estatísticas aplicadas foram frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média aritmética e mediana), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão), coeficiente de correlação (coeficiente de *Spearman*) e testes (teste U de *Mann-Whitney*, teste da significância do coeficiente de correlação de *Spearman* e teste *Kolmogorov-Smirnov*, como teste de normalidade).

Na escolha dos testes atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Pestana e Gageiro (2005) e Maroco (2007). A opção por testes não paramétricos justifica-se, principalmente, pelo facto de a variável central do estudo (eficácia da triagem) ser de natureza ordinal.

Em todos os testes foi fixado o valor 0.050 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior ao valor fixado, ou seja, quando  $p < 0.050$ .

Neste capítulo vamos proceder à análise e apresentação dos dados e resultados que obtivemos, quer pela recolha que efetuámos da base de dados resultante das auditorias no sistema Alert®, quer através da aplicação das técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial que aplicámos.

Iniciamos com a análise e apresentação descritiva e, seguidamente, analisamos os resultados obtidos na procura de relação entre variáveis, ou seja, os resultados das técnicas inferenciais.

Para sistematizar e realçar a informação organizámos os dados em quadros nos quais incluímos alguns resultados de medidas estatísticas, procedendo à sua análise e apresentação em termos descritivos e inferenciais.

O estudo é constituído pelos resultados produzidos por 53 enfermeiros em processo de auditoria, num serviço de urgência (SU) de um hospital central da região centro, no período compreendido entre 01 de Janeiro de 2013 e 31 de Dezembro de 2015.

#### **a) Estatística descritiva**

A observação do Quadro 1 permite-nos constatar que os 53 enfermeiros, que produziram dados que integraram o estudo em questão, apresentavam idades compreendidas entre 30 e 58 anos, sendo a idade média 37.53 anos com desvio padrão 6.55 anos. A maior proporção de enfermeiros (45.3%) tinha idade compreendida entre 30 e 34 anos, seguidos de 28.3% cujas idades se situaram entre 35 e 39 anos e de 11.3% que pertenciam ao grupo etário dos 40 aos 44 anos. Metade dos elementos do estudo apresentava idades iguais ou inferiores a 35 anos (idade mediana) e a distribuição de frequências desta variável afastou-se significativamente de uma curva normal ou gaussiana ( $p < 0.001$ ).

Verificamos, também, que a maioria destes 53 enfermeiros, concretamente 67.9%, era do género feminino.

Relativamente ao grau académico, constatamos que 81.1%, dos enfermeiros, eram licenciados, seguidos de 11.3% que eram especialistas e de 7.5% que possuíam o grau de mestre.



**Quadro 1 - Dados e resultados sociodemográficos**

Variável	n	%
<b>Grupo etário</b>		
20 – 24	-	0.0
25 – 29	-	0.0
30 – 34	24	45.3
35 – 39	15	28.3
40 – 44	6	11.3
45 – 49	4	7.5
50 – 54	2	3.8
55 – 59	2	3.8
$\bar{x} = 37.53$ ; Md = 35.00; s = 6.55; $x_{\min} = 30$ ; $x_{\max} = 58$ ; p < <b>0.001</b>		
<b>Gênero</b>		
Masculino	17	32.1
Feminino	36	67.9
<b>Grau acadêmico</b>		
Licenciado	43	81.1
Especialista	6	11.3
Mestre	4	7.5
Outro	-	0.0

No que concerne às características profissionais (Quadro 2) apuramos que 96.2% dos elementos do estudo ocupavam a categoria de enfermeiro, a maioria (54.7%) cumpria horários de 35 horas, seguindo-se 39.6% que tinham horários de 40 horas.

O tempo de experiência profissional situou-se entre os 7 e os 36 anos, tendo como valor médio 14.51 anos com desvio padrão 6.81 anos. Constatou-se que 69.8% desempenhavam a profissão há mais de 10 anos e que metade tem tempos de experiência profissional há menos de 13.00 anos. A distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal ( $p < 0.001$ ).

Quanto à experiência profissional em SU, verificamos que os enfermeiros apresentavam tempos entre 4 e 34 anos, sendo o valor médio 12.53 anos com desvio padrão 6.33 anos. A maioria dos elementos (58.5%) desempenhava a sua atividade profissional neste serviço há mais de 10 anos, mas metade mostrou tempos inferiores a 11.97 anos. A distribuição de frequência afastou-se significativamente de uma distribuição de Gauss ( $p < 0.001$ ).

Para que o enfermeiro possa realizar Triagem de Manchester (TM) tem de ter, obrigatoriamente, formação específica. No que respeita ao tempo decorrido desde a realização do curso de triagem, verificamos que 56.6% dos enfermeiros realizaram este curso há mais de 10 anos, seguidos de 41.5% que apresentavam tempos entre 5 e 10 anos.

**Quadro 2 - Dados e resultados profissionais**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Categoria profissional</b>		
Enfermeiro	51	96.2
Enfermeiro Especialista	2	3.8
Outra	-	0.0
<b>Carga horária semanal</b>		
24 horas	1	1.9
25 horas	2	3.8
35 horas	29	54.7
40 horas	21	39.6
<b>Tempo de experiência profissional (anos)</b>		
< 5	-	0.0
5 – 10	16	30.2
> 10	37	69.8
$\bar{x} = 14.51$ ; Md = 13.00; s = 6.81; $X_{\min} = 7$ ; $X_{\max} = 36$ ; p < <b>0.001</b>		
<b>Tempo de experiência profissional em SU (anos)</b>		
< 5	1	1.9
5 – 10	21	39.6
> 10	31	58.5
$\bar{x} = 12.53$ ; Md = 11.97; s = 6.33; $X_{\min} = 4$ ; $X_{\max} = 34$ ; p < <b>0.001</b>		
<b>Tempo de curso de triagem (anos)</b>		
< 5	1	1.9
5 – 10	22	41.5
> 10	30	56.6

A análise do Quadro 3, permite-nos obter conhecimento acerca da triagem, o que nos irá possibilitar tirar ilações relativamente à qualidade da TM realizada neste SU específico, pois esta é expressada pela eficácia da realização da mesma. Como se verifica, em 2013, 49.1% e 30.2% dos enfermeiros triaram menos de 100 ou entre 100 e 399 doentes, respetivamente. Em 2014, estas percentagens situaram-se nos 45.3% e 39.6% mas, em 2015, 37.7% dos enfermeiros triaram entre 100 e 399 doentes, seguindo-se 24.5% que triaram 400 a 699 doentes e 20.8% que fizeram a triagem de 700 a 999 doentes.

Quanto às auditorias, em 2013, 49.1% dos enfermeiros foram auditados 1 a 3 vezes, seguidos de 11.3% que foram auditados entre 4 e 6 ou entre 7 e 9 vezes. Verificamos, ainda, que 26.4% não foram sujeitos a qualquer auditoria. Observamos que, neste ano, o número de auditorias situou-se entre 0 e 11, sendo a média 2.43 com desvio padrão 2.95. Metade dos enfermeiros foram auditados uma ou mais vezes e a distribuição de frequências não pode ser considerada normal (p < 0.001). Em 2014, 26.4% dos elementos foram auditados entre 1 e 3 ou entre 4 e 6 vezes, seguindo-se 17.0% que foram auditados entre 7 e 9 ou mais de 9 vezes. Neste ano, a percentagem de enfermeiros não auditados diminuiu para 13.2%. O número de auditorias situou-se entre 0 e 12, sendo a média 5.23 com desvio padrão 3.74. Para metade dos profissionais o número de auditorias foi igual ou superior a 5.00 e a distribuição de

frequências não pode ser considerada normal ( $p = 0.030$ ). No ano de 2015, 41.5% dos enfermeiros foram auditados mais de 9 vezes, seguindo-se 28.3% que foram auditados entre 7 e 9 vezes e de 15.1% que foram sujeitos a auditoria entre 4 e 6 vezes. Apenas 3.8% dos profissionais não foram auditados e metade foram auditados 9.00 ou mais vezes. Verificou-se que a distribuição de frequências se afastou significativamente de uma curva normal ( $p = 0.001$ ).

Relativamente à eficácia da triagem, expressa em percentagem, constatamos que, em 2013, se situou entre 80 e 89 para 30.8% dos enfermeiros auditados, seguidos de 28.2% que tiveram eficácia de 100, de 17.9% com eficácia de 90 a 94 e de 15.4% cuja eficácia se situou entre 95 e 99. Em 2014, 32.6% dos profissionais auditados tiveram eficácias entre 80 e 89, seguindo-se 26.1% cuja eficácia se situou entre os 90 e 94 e de 19.6% que tiveram eficácias entre 95 e 99 ou de 100. No ano de 2015, 35.3% dos enfermeiros que foram sujeitos a auditorias revelaram eficácia entre 95 e 99, seguidos de 29.4% cuja eficácia se situou entre 90 e 94 e de 21.6% cuja eficácia ficou compreendida entre 80 e 89.

Quanto ao número de não conformidades, verificamos que, em 2013, a maioria dos enfermeiros auditados (75.0%) apresentou 1 ou 2 não conformidades, seguindo-se 17.9% que apresentou 3 ou 4 não conformidades. Neste ano, o número de não conformidades situou-se entre 1 e 5, sendo a média 1.75 com desvio padrão 1.21. Metade dos enfermeiros auditados revelou, apenas, uma não conformidade e a distribuição de frequências afastou-se de uma curva normal ( $p < 0.001$ ). Em 2014, 54.1% dos enfermeiros apresentou 1 ou 2 não conformidades, seguidos de 29.7% que apresentaram 5 ou 6. O número de não conformidades situou-se entre 1 e 7, sendo a média 3.05 com desvio padrão 2.12. Metade dos enfermeiros auditados apresentaram, no máximo, duas não conformidades e a distribuição de frequências não pode ser considerada normal ( $p < 0.001$ ). No ano de 2015, 50.0% dos enfermeiros apresentaram 1 ou 2 não conformidades, seguidos de 21.7% cujo número de não conformidades estava entre 5 e 6 e de 17.4% que revelaram 3 ou 4 não conformidades. O número destas situações situou-se entre 1 e 10, sendo a média 3.30 com desvio padrão 2.24, a distribuição de frequências afastou-se de uma curva normal ( $p < 0.001$ ).

Em 2013, o número de não conformidades foi mais elevado nos períodos das 09:00h às 11:59h (17) e das 12:00h às 14:59h (15). Já ano de 2014, o maior número de não conformidades foi registado nos períodos das 15:00h às 17:59h (40) e das 09:00h às 11:59h (28). Por último, em 2015, foi registado maior número de não conformidades nos períodos das 09:00h às 11:59h (50) e das 15:00h às 17:59h (40). Em termos

globais, foi registado maior número de não conformidades das 09:00h às 11:59h (95) e das 15:00h às 17:59h (90).

**Quadro 3 - Dados e resultados da triagem**

Variável	2013		2014		2015	
	n	%	n	%	n	%
<b>Número de doentes triados</b>						
<100	26	49.1	24	45.3	5	9.4
100 – 399	16	30.2	21	39.6	20	37.7
400 – 699	-	0.0	-	0.0	13	24.5
700 – 999	-	0.0	1	1.9	11	20.8
≥ 1000	10	18.9	6	11.3	3	5.7
Desconhecido	1	1.9	1	1.9	1	1.9
<b>Número de vezes que foi auditado</b>						
Nenhuma	14	26.4	7	13.2	2	3.8
1 – 3	26	49.1	14	26.4	6	11.3
4 – 6	6	11.3	14	26.4	8	15.1
7 – 9	6	11.3	9	17.0	15	28.3
> 9	1	1.9	9	17.0	22	41.5
<b>2013:</b> $\bar{x}$ = 2.43; Md = 1.00; s = 2.95; $x_{\min}$ = 0; $x_{\max}$ = 11; p < <b>0.001</b>						
<b>2014:</b> $\bar{x}$ = 5.23; Md = 5.00; s = 3.74; $x_{\min}$ = 0; $x_{\max}$ = 12; p = <b>0.030</b>						
<b>2015:</b> $\bar{x}$ = 7.91; Md = 9.00; s = 3.49; $x_{\min}$ = 0; $x_{\max}$ = 12; p = <b>0.001</b>						
<b>Eficácia da triagem (%)</b>						
< 80	3	7.7	1	2.2	2	3.9
80 – 89	12	30.8	15	32.6	11	21.6
90 – 94	7	17.9	12	26.1	15	29.4
95 – 99	6	15.4	9	19.6	18	35.3
100	11	28.2	9	19.6	5	9.8
<b>Número de não conformidades</b>						
1 – 2	21	75.0	20	54.1	23	50.0
3 – 4	5	17.9	6	16.2	8	17.4
5 – 6	2	7.1	8	21.6	10	21.7
≥ 7	-	0.0	3	8.1	5	10.9
<b>2013:</b> $\bar{x}$ = 1.75; Md = 1.00; s = 1.21; $x_{\min}$ = 1; $x_{\max}$ = 5; p < <b>0.001</b>						
<b>2014:</b> $\bar{x}$ = 3.05; Md = 2.00; s = 2.12; $x_{\min}$ = 1; $x_{\max}$ = 7; p < <b>0.001</b>						
<b>2015:</b> $\bar{x}$ = 3.30; Md = 2.50; s = 2.24; $x_{\min}$ = 1; $x_{\max}$ = 10; p < <b>0.001</b>						
<b>Número de não conformidades</b>	<b>n</b>		<b>n</b>		<b>n</b>	
<b>Período horário</b>						
09:00h – 11:59h	17		28		50	
12:00h – 14:59h	15		20		31	
15:00h – 17:59h	10		40		40	
18:00h – 20:00h	5		20		26	

Relativamente ao número de doentes admitidos antes do período horário da primeira não conformidade, os resultados que constituem o Quadro 4 permitem-nos verificar que existe alguma semelhança ao longo dos três anos em estudo. Para o período da primeira não conformidade, verifica-se um aumento ao longo dos anos, sendo mais baixo em 2013 e mais elevado em 2015. Idêntica situação se regista para o número de doentes admitidos no dia da ocorrência da primeira não conformidade.

Na maioria das situações a distribuição de frequências das variáveis em estudo afastou-se significativamente de uma curva normal ( $p < 0.050$ ).

**Quadro 4** - Resultados do número de doentes admitidos antes e durante o período horário e no dia da primeira não conformidade

Ano	2013	2014	2015
<b>Variável</b>			
<b>Doentes admitidos antes do período horário da primeira não conformidade</b>			
$\bar{x}$	57.20	51.28	61.15
Md	47.00	45.00	55.00
s	29.67	35.48	36.19
X <sub>min</sub>	24	13	16
X <sub>máx</sub>	118	143	149
p	0.050	<b>0.002</b>	<b>0.005</b>
<b>Doentes admitidos no período horário da primeira não conformidade</b>			
$\bar{x}$	47.61	64.57	82.13
Md	39.50	56.00	71.00
s	28.99	46.26	28.24
X <sub>min</sub>	7	4	10
X <sub>máx</sub>	127	199	262
p	<b>0.006</b>	<b>0.028</b>	<b>0.002</b>
<b>Doentes admitidos no dia da primeira não conformidade</b>			
$\bar{x}$	166.89	239.38	287.44
Md	119.00	197.00	224.50
s	104.38	149.57	171.23
X <sub>min</sub>	66	43	91
X <sub>máx</sub>	460	539	713
p	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.005</b>	<b>0.001</b>

Observando os resultados que constituem o Quadro 5, podemos obter informação acerca do número de doentes admitidos antes e durante o período horário e no dia em que se registou a segunda não conformidade. Como podemos constatar o número de doentes admitidos antes do período horário da segunda não conformidade tendeu a diminuir entre 2013 e 2015. Por outro lado, o número de doentes admitidos durante o período horário em que ocorreu a segunda não conformidade foi mais baixo em 2013 e mais elevado em 2014. Já o número de doentes admitidos no dia em que ocorreu a segunda não conformidade foi idêntico nos anos de 2013 e 2015, sendo mais elevado em 2014.

Em metade das situações a distribuição de frequências das variáveis em estudo afastou-se significativamente de uma distribuição normal.

**Quadro 5 - Resultados do número de doentes admitidos antes e durante o período horário e no dia da segunda não conformidade**

Variável	Ano		
	2013	2014	2015
<b>Doentes admitidos antes do período horário da segunda não conformidade</b>			
$\bar{x}$	51.29	37.64	34.06
Md	43.00	29.00	33.50
s	32.29	27.30	15.90
X <sub>min</sub>	28	10	11
X <sub>máx</sub>	122	105	59
p	<b>0.004</b>	<b>0.026</b>	0.301
<b>Doentes admitidos no período horário da segunda não conformidade</b>			
$\bar{x}$	27.33	33.46	30.94
Md	28.00	31.00	30.00
s	3.33	15.77	15.83
X <sub>min</sub>	21	9	9
X <sub>máx</sub>	30	62	74
p	0.052	0.477	0.168
<b>Doentes admitidos no dia da segunda não conformidade</b>			
$\bar{x}$	110.33	120.46	111.42
Md	110.00	111.00	114.00
s	26.23	44.02	38.93
X <sub>min</sub>	81	75	49
X <sub>máx</sub>	152	195	219
p	0.714	<b>0.009</b>	<b>0.023</b>

Analisando os dados, que constituem o Quadro 6, podemos constatar que o principal motivo das não conformidades foi a seleção incorreta de discriminador com alteração da prioridade, variando as percentagens deste motivo entre 61.1%, em 2014, e 72.4%, em 2015. O segundo motivo, mais frequente, foi a escolha inadequada do fluxograma, com percentagens que se situaram entre 24.3%, em 2015, e 35.4%, em 2014. No global dos três anos, estes dois motivos de não conformidade surgiram com percentagens de 68.1% e 28.7%, respetivamente.

**Quadro 6 - Dados dos motivos das não conformidades**

Motivo das não conformidades	Ano		2013		2014		2015		Global	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fluxograma	13	26.5	40	35.4	37	24.3	90	28.7		
Discriminador com alteração da prioridade	35	71.4	69	61.1	110	72.4	214	68.1		
Falta de registo de valores mensuráveis	1	2.1	4	3.5	5	3.3	10	3.2		

## b) Estatística inferencial

Nos estudos que se seguem, a variável eficácia da triagem foi considerada na sua natureza ordinal sendo atribuída a ordem **1** à categoria <80%, **2** à categoria 80-89%, **3** para a categoria 90-94%, **4** corresponde à categoria 95-99% e **5** foi atribuído à categoria 100%. Assim, a variável eficácia da triagem foi considerada como apresentando as ordens de 1 a 5.

O estudo da correlação entre a idade e a eficácia da triagem, utilizando o coeficiente de correlação de Spearman e o respetivo teste de significância, permitiu obter os resultados que apresentamos no Quadro 7. Verificamos que entre as variáveis existe correlação negativa mas, em nenhum dos anos, ela pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ). Este facto permite-nos afirmar que a eficácia da triagem não está relacionada com a idade dos enfermeiros.

**Quadro 7** - Correlação da eficácia da triagem com a idade do enfermeiro

Variáveis	Idade	
	$r_s$	p
Eficácia da triagem em 2013	-0.09	0.603
Eficácia da triagem em 2014	-0.14	0.368
Eficácia da triagem em 2015	-0.02	0.910

Para comparar a eficácia da triagem em função do género do enfermeiro aplicámos o teste U de Mann-Whitney, tendo obtido os resultados que constituem o Quadro 8. Como se constata, a eficácia da triagem tende a ser superior para os enfermeiros do género feminino, nos anos de 2013 e 2014. Esta tendência inverte-se em 2015, passando a eficácia da triagem dos enfermeiros do género masculino a ser superior. Dado que em nenhuma das situações a diferença pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ), concluímos que os enfermeiros do género masculino tendem a apresentar eficácia na triagem idêntica à observada para os do género feminino, ou seja, o género do enfermeiro parece não ter influência sobre a eficácia da triagem.

**Quadro 8** - Comparação da eficácia da triagem em função do género do enfermeiro

<b>Eficácia</b> Género	<b>n</b>	$\bar{x}_{ord}$	<b>z</b>	<b>p</b>
<b>Eficácia da triagem em 2013</b>				
Masculino	11	18.59	-0.499	0.618
Feminino	28	20.55		
<b>Eficácia da triagem em 2014</b>				
Masculino	13	20.04	-1.137	0.256
Feminino	33	24.86		
<b>Eficácia da triagem em 2015</b>				
Masculino	17	28.68	-0.948	0.343
Feminino	34	24.66		

Aplicando novamente o teste U de Mann-Whitney pudemos comparar a eficácia da triagem em função do grau académico do enfermeiro (Quadro 9). Para tal tivemos necessidade de agrupar os enfermeiros especialistas com os mestres. Os resultados evidenciam que em nenhum dos anos a diferença observada é estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ). Concluimos que não existem evidências estatísticas de que o grau académico do enfermeiro influencie a sua eficácia na triagem de doentes no SU.

**Quadro 9** - Comparação da eficácia da triagem em função do grau académico do enfermeiro

<b>Eficácia</b> Grau académico	<b>n</b>	$\bar{x}_{ord}$	<b>z</b>	<b>p</b>
<b>Eficácia da triagem em 2013</b>				
Licenciado	32	18.91	-1.322	0.186
Especialista ou Mestre	7	25.00		
<b>Eficácia da triagem em 2014</b>				
Licenciado	38	23.20	-0.345	0.730
Especialista ou Mestre	8	24.94		
<b>Eficácia da triagem em 2015</b>				
Licenciado	41	26.80	-0.816	0.414
Especialista ou Mestre	10	22.70		

Considerando apenas os enfermeiros que praticavam horários semanais de 35 ou 40 horas, aplicámos o teste U de Mann-Whitney para comparar a eficácia da triagem em função do horário semanal. Os resultados que constituem o Quadro 10 permitem-nos constatar que nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ). Com base neste facto, concluimos que os dados não corroboram a existência de influência estatisticamente significativa do horário semanal sobre a eficácia da triagem.



**Quadro 10** - Comparação da eficácia da triagem em função do horário semanal do enfermeiro

<b>Eficácia</b> Horário semanal	<b>n</b>	$\bar{x}_{ord}$	<b>z</b>	<b>p</b>
<b>Eficácia da triagem em 2013</b>				
35 horas	22	19.36	-0.638	0.524
40 horas	14	17.14		
<b>Eficácia da triagem em 2014</b>				
35 horas	24	21.54	-0.280	0.780
40 horas	19	22.58		
<b>Eficácia da triagem em 2015</b>				
35 horas	27	24.26	-0.141	0.888
40 horas	21	24.81		

A aplicação do coeficiente de correlação de Spearman e do respetivo teste de significância, permitiu obter os resultados, que constituem o Quadro 11, relativos ao estudo da correlação entre a eficácia da triagem e os tempos de experiência profissional e de experiência em SU. Como podemos constatar, nenhuma das correlações pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ). Esta situação permite-nos afirmar que a eficácia da triagem parece não estar relacionada com o tempo de experiência profissional total do enfermeiro ou com o tempo de experiência em SU.

**Quadro 11** - Correlação da eficácia da triagem com o tempo de experiência profissional do enfermeiro e com tempo de experiência profissional em SU

<b>Variáveis</b>	<b>Tempo de experiência profissional</b>		<b>Tempo de experiência profissional em SU</b>	
	$r_s$	<b>p</b>	$r_s$	<b>p</b>
<b>Eficácia da triagem em 2013</b>	-0.14	0.382	-0.04	0.813
<b>Eficácia da triagem em 2014</b>	-0.17	0.258	-0.08	0.594
<b>Eficácia da triagem em 2015</b>	+0.03	0.853	+0.03	0.849

A comparação da eficácia da triagem em função do tempo decorrido desde a realização do curso de triagem, efetuada através da aplicação do teste U de Mann-Whitney, permitiu obter os resultados que constituem o Quadro 12. Como se constata nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ). Este facto permite-nos, ainda, afirmar que não existem evidências estatísticas de que o tempo decorrido desde a realização do curso de triagem tenha influência sobre a eficácia da triagem.

**Quadro 12** - Comparação da eficácia da triagem em função do tempo de curso de triagem do enfermeiro

Eficácia Tempo de curso de triagem	n	$\bar{x}_{ord}$	z	p
<b>Eficácia da triagem em 2013</b>				
5 – 10	16	21.59	-0.751	0.452
> 10	23	18.89		
<b>Eficácia da triagem em 2014</b>				
5 – 10	19	22.97	-0.231	0.817
> 10	27	23.87		
<b>Eficácia da triagem em 2015</b>				
5 – 10	20	23.60	-0.785	0.433
> 10	30	26.77		

Procedemos, também, ao estudo da correlação entre a eficácia da triagem e o número de vezes que o enfermeiro foi auditado em cada um dos anos. Para tal, utilizámos o coeficiente de correlação de Spearman e o respetivo teste de significância, tendo obtido os resultados que apresentamos no Quadro 13. Como se pode constatar todas as correlações são baixas e nenhuma é estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ). Concluimos que os dados não confirmam a existência de qualquer tendência significativa entre a eficácia da triagem e o número de vezes que o enfermeiro é auditado.

**Quadro 13** - Correlação da eficácia da triagem com o número de vezes que o enfermeiro foi auditado

Número de vezes auditado	2013		2014		2015	
	$r_s$	p	$r_s$	p	$r_s$	p
<b>Eficácia da triagem em 2013</b>	+0.12	0.466				
<b>Eficácia da triagem em 2014</b>			-0.08	0.610		
<b>Eficácia da triagem em 2015</b>					+0.08	0.599

Por último, aplicámos o coeficiente de correlação de Spearman e o respetivo teste de significância para avaliar a existência de correlação entre a eficácia da triagem e o número de doentes admitidos, antes e durante o período horário e no dia da primeira e da segunda não conformidade. Os resultados obtidos constituem o Quadro 14. Como podemos constatar, observaram-se correlações estatisticamente significativas entre a eficácia da triagem, em 2014 e 2015, e o número de doentes admitidos antes e durante o período horário e no dia da primeira não conformidade. O facto de todas estas correlações serem negativas permite-nos afirmar que, nestes dois anos, quanto maior é o número de doentes admitidos (antes, durante o período horário e no dia da primeira não conformidade) menor tende a ser a eficácia da triagem.

No que concerne à segunda não conformidade, apenas se observou a existência de uma correlação estatisticamente significativa. Esta situação ocorreu entre a eficácia da triagem no ano de 2014 e com o número de doentes admitidos antes do período horário da segunda não conformidade. Tal como se verificou para a primeira não conformidade, também, esta correlação é negativa e, como tal, podemos afirmar que, no ano em causa, existe a tendência de a eficácia da triagem diminuir quando aumenta o número de doentes admitidos antes do período horário da segunda não conformidade.

**Quadro 14** - Correlação da eficácia da triagem com o número de doentes admitidos antes e durante o período horário e no dia, da primeira e segunda não conformidade

Não conformidade	Número de doentes admitidos	Antes		Durante		No dia	
		$r_s$	<b>p</b>	$r_s$	<b>p</b>	$r_s$	<b>p</b>
<b>Primeira</b>	<b>Eficácia da triagem em 2013</b>	-0.05	0.856	+0.01	0.953	-0.24	0.224
	<b>Eficácia da triagem em 2014</b>	-0.47	<b>0.006</b>	-0.58	<b>&lt;0.001</b>	-0.56	<b>&lt;0.001</b>
	<b>Eficácia da triagem em 2015</b>	-0.47	<b>0.002</b>	-0.55	<b>&lt;0.001</b>	-0.57	<b>&lt;0.001</b>
<b>Segunda</b>	<b>Eficácia da triagem em 2013</b>	+0.12	0.805	-0.30	0.561	-0.29	0.573
	<b>Eficácia da triagem em 2014</b>	-0.67	<b>0.023</b>	-0.54	0.055	-0.26	0.393
	<b>Eficácia da triagem em 2015</b>	+0.04	0.877	-0.06	0.801	-0.02	0.930

Com o término da apresentação e análise dos resultados, é elementar compreender essa informação, fomentando a sua discussão à luz do atual conhecimento científico e da revisão literária que sustentou a fundamentação conceptual.



#### **4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Concluído o tratamento estatístico e a análise dos dados obtidos, serão aqui neste capítulo discutidos os resultados.

Como afirma Fortin et al. (2009), a apresentação dos resultados de um estudo de investigação deve ser seguida da interpretação e discussão dos mesmos, para que se consiga evidenciar o verdadeiro alcance do estudo.

Esta é a fase fulcral de qualquer trabalho de investigação, pois será aqui aberto um momento de reflexão crítica sobre o trabalho realizado, realçando os resultados significativos encontrados estabelecendo-se um paralelismo entre eles e os estudos que já existem neste domínio.

O enquadramento conceptual permitiu identificar que o tema em estudo tem sido pouco estudado. A não existência de estudos idênticos e a escassez de literatura científica condiciona e dificulta a discussão dos resultados. Optou-se por evidenciar e alcançar os resultados obtidos, fazendo uma interligação dos mesmos, no decurso da discussão, e direcionar para o objetivo final do estudo aqui apresentado. No decorrer da discussão serão enumeradas limitações e pontos mais frágeis deste estudo, visando a criação de evidências científicas sobre a qualidade da Triagem de Manchester (TM).

Tendo em conta as suas limitações, este estudo engloba uma análise retrospectiva dos dados arquivados no sistema, contudo, revelou interesse na identificação da qualidade da TM e identificação de possíveis fatores que a poderão influenciar, para subsequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes que recorrem diariamente ao serviço de urgência (SU).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) tem como objetivo primordial fazer triagem de prioridades, identificando critérios de gravidade de modo objetivo e sistematizado, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo recomendado até à primeira observação médica (Moreno & Rego, 2010).

A qualidade das decisões tomadas, aquando da realização da triagem, tem importantes implicações nos resultados clínicos dos doentes, uma incorreta avaliação inicial na triagem poderá implicar complicações graves no doente (Grupo Português de Triagem (GPT), 2002).

O estudo incidiu na análise de informação registada na base de dados do sistema de informação Alert®, e da base de dados resultante das auditorias do STM, do SU de um hospital da região centro do país, no período de tempo compreendido entre 01 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2015. Os dados obtidos foram produzidos através das auditorias realizadas a 53 enfermeiros e da consulta da base de dados existente no serviço, com a caracterização dos elementos da equipa de enfermagem, enfermeiros que fazem parte da equipa atual do SU em questão, permanecendo no serviço desde o início ao término do estudo, e que foram submetidos ao processo de auditoria pelo menos uma vez.

Ao analisar os elementos da equipa, quanto ao género, verificou-se que há semelhança do retrato nacional das equipas de enfermagem, 67.9% dos mesmos eram do género feminino e 32.1% do género masculino. Esta distribuição é característica da profissão de enfermagem em Portugal, pois segundo os dados da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2016) referente a 2015, 81.9% do universo da profissão é do género feminino. Tal como neste estudo os resultados evidenciam o facto de a enfermagem ainda ser considerada uma profissão maioritariamente feminina.

Relativamente à idade, constatamos que esta varia entre os 30 e os 58 anos, sendo a média 37.53 anos. Verificou-se que metade dos enfermeiros apresentavam idade inferior a 35 anos, sendo o grupo etário compreendido entre os 30 e os 34 anos o mais representativo, com 45.3% dos enfermeiros. Seguido de 28.3% entre os 35 e os 39 anos e 11.3% entre os 40 e os 44 anos. Esta distribuição está no mesmo alinhamento com os dados estatísticos da OE (2016), onde se verifica que o grupo etário mais representativo a nível nacional situa-se entre os 31 e os 35 anos.

Quando confrontamos a idade e o género com a eficácia da TM, ambos parecem não terem influência estatisticamente significativa. Apesar de que em relação ao género, nos anos de 2013 e 2014 a eficácia tende a ser superior no género feminino invertendo-se essa tendência em 2015, passando a eficácia do género masculino a ser superior. Este facto poderá ficar a dever-se ao contexto do serviço, nos anos de 2013 e 2014, em que após o encerramento noturno e ao fim-de-semana, a triagem era assegurada maioritariamente por elementos do género feminino, grávidas ou em horário de amamentação.

No referente ao grau académico, constata-se que 81.1% dos enfermeiros eram licenciados e que 11.3% detinham o título de especialista, mais uma vez mostram que os dados são coincidentes com os relatórios da OE (2016), pois somente 21.8% do

universo dos enfermeiros portugueses têm o título de especialista. E, neste estudo, apenas 7.5% dos enfermeiros possuíam o grau de mestre.

Relativamente à categoria profissional, verificámos que 96.2% dos elementos possuíam a categoria de enfermeiro, apenas 3.8% tinham atingido a categoria profissional de enfermeiro especialista, isto na anterior carreira. Neste estudo também ficou evidente que 54.7% dos elementos praticavam horários de 35 horas semanais e 39.6% horários de 40 horas. Como mencionado anteriormente a equipa é constituída maioritariamente por elementos do grupo etário dos 30 aos 34 anos, elementos que têm contratos em funções públicas a termo certo de 35 horas semanais, enquanto 39.6% dos enfermeiros pertenciam aos quadros da função pública, logo praticavam horários de 40 horas, sendo este o horário vigente no tempo em que decorreu o estudo.

Não se verifica influência estatisticamente significativa do horário semanal sobre a eficácia da TM, mas a análise mais detalhada mostra que foram os elementos com menor carga horária que mais realizaram triagem ao longo dos 3 anos.

No que diz respeito à experiência profissional, esta situou-se entre os 2 e os 36 anos de experiência. Ficando também evidenciado que 69.8% dos elementos desempenhavam a profissão há mais de 10 anos, mas metade dos elementos apresentava tempos de experiência profissional há menos de 13 anos. Por ser uma percentagem significativa, podemos concluir que se trata de um SU dotado de uma equipa de enfermeiros com um nível de experiência considerável, permitindo um equilíbrio no seio da mesma, tendo em vista a segurança e a qualidade da prestação de cuidados.

Reportando-nos à experiência profissional em SU, verificamos que 58.5% dos elementos, que produziram dados para o estudo, desempenhava a sua atividade em SU há mais de 10 anos, mas metade trabalhava em SU há menos de 11.97 anos. Os dados mostram tratar-se de uma equipa com elementos experientes na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Duro e Lima (2010), referem que existem evidências de que a eficácia da triagem está relacionada com a experiência do enfermeiro, especialmente com a experiência em atendimento de urgência. Também Benner (2005) já havia concluído nas suas investigações que a experiência permitia compreender de maneira intuitiva cada situação e apreender diretamente o problema sem perdas de tempo em possíveis soluções e diagnósticos sem significado para o momento.

Ao relacionar a eficácia da triagem com as variáveis tempo de experiência profissional, tempo de experiência em SU e grau académico do enfermeiro, verifica-se que estas não tiveram interferência com significado estatístico. Este resultado corrobora com o que é mencionado por Silva (2009), que refere que o sucesso do método de TM não deriva tanto da diferenciação/experiência do enfermeiro que realiza a triagem, mas mais da aplicação do algoritmo de forma disciplinada segundo as indicações recomendadas pelo *Manchester Triage Group*.

Não poderemos deixar de referir o facto de estarmos perante uma equipa já com alguma experiência profissional, assim como experiência em realização de TM, em que 56.6% dos enfermeiros tem mais de 10 anos de curso de TM e 41.6% entre 5 e 10 anos. Tal como refere Neves (2010), o enfermeiro para desempenhar de forma apropriada a sua principal função na realização da triagem, que é de conferir uma prioridade clínica correta num tempo limitado, deve deter competência, experiência, conhecimento e intuição. Por outro lado o STM, com a sua estrutura e orientação para a tomada de decisão, é uma vantagem para os enfermeiros menos experientes, quando confrontados com situações menos vulgares e em momentos mais stressantes (Mackway-Jones et al., 2006). Vários estudos já realizados dão ênfase a esta temática, reprodutibilidade do STM, concluindo que existem bons níveis de reprodutibilidade entre diferentes técnicos de triagem (Van der Wulp et al., 2008; Storm-Versloot et al., 2009; Oloffson, Gellerstedt & Carlstrom, 2009; Grouse et al., 2009).

Também Van der Wulp, et al. (2008) e Storm-Versloot et al. (2009), referem não terem encontrado nos seus estudos, associação entre a experiência profissional e os resultados de suas pesquisas, apenas os segundos autores relataram a importância do nível de adaptação com o STM, referindo que os resultados da classificação de prioridades, podem ser afetados pelo nível de experiência dos enfermeiros com o STM.

Será expectável que mais anos de experiência, na realização de triagem, confira aos enfermeiros maior segurança na sua realização, podendo isto não estar refletido nestes resultados, mas como mencionado por Acosta, Duro e Lima (2012), os enfermeiros experientes transmitem confiança, pois os enfermeiros menos experientes procuram neles auxílio e explicitação das suas dúvidas.

Ao analisarmos a qualidade da TM, através do processo de auditorias, previsto no Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e Grupo Português de Triagem (GPT), conforme preconizado pelo Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro,



verificou-se uma percentagem baixa de enfermeiros que não atingiu o objetivo mínimo de 80% de aferição na realização da triagem, conforme recomenda o GPT (2012), em que a meta é atingir uma aferição de 80%, considerado como bom desempenho da triagem de prioridades, sendo considerado muito bom quando superior a 90% e excelente quando superior a 95%.

Em 2013, 7.7% dos enfermeiros apresentaram eficácias de TM inferiores a 80%, 2.2% e 3.9% respetivamente em 2014 e 2015. É de salientar, particularmente, a evolução favorável da eficácia ao longo dos 3 anos em estudo, com resultados que demonstram o aumento da mesma, principalmente acima dos 90%, categorias de muito bom e excelente. Com valores de 61.5% em 2013, 65.3% e 74.5% respetivamente em 2014 e 2015, sendo de realçar no ano de 2015, que 45.1% dos elementos, que realizaram triagem, atingiram a categoria de excelente, ou seja, eficácia superior a 95%.

Indo ao encontro de um dos objetivos da auditoria realizada ao STM, contribuir para a garantia da qualidade dos cuidados prestados nos SU, e tal como refere Silva e Santo (2013), o processo de auditoria é fundamental pois tem a função de controlar, analisar e relatar informações e alternativas de ação, proporcionando formas de melhoria contínua na prestação dos cuidados de saúde.

O grupo de auditores do serviço em estudo promoveu, no final de 2013 e início de 2014, uma ação de formação, baseada nos relatórios das auditorias, com o objetivo de melhorar as não conformidades detetadas. Esta formação poderá estar diretamente relacionada com a melhoria dos resultados evidenciados nos anos de 2014 e 2015.

Nos SU o primeiro contato com o doente é estabelecido pelo profissional que realiza a triagem, um enfermeiro com formação específica e que pode marcar de forma categórica a sua passagem pela instituição (GPT, 2010) e, como referido anteriormente, deve deter competência, experiência, conhecimento e intuição. O seu conhecimento é baseado na prática, que no caso da TM é consolidado com a sua realização (GPT, 2010). Verificou-se, no nosso estudo, que o número de doentes triados por enfermeiro foi aumentando ao longo dos 3 anos, sendo significativa a diminuição do número de enfermeiros que triaram menos de 100 doentes por ano, 49.1% em 2013, 45.3% em 2014 e 9.4% em 2015, assim como em sentido inverso diminuiu o número de enfermeiros que triaram mais de 1000 doentes por ano, 18,9% em 2013, 11.3% em 2014 e 5.7% em 2015.

Como verificado, no ano de 2015, ao aumento do número de doentes triados por enfermeiro correspondeu um aumento significativo da eficácia da triagem por enfermeiro. É oportuno salientar que no ano de 2013, 18.9% dos enfermeiros triaram

mais de 1000 doentes (por enfermeiro), sendo também neste ano que se constatou a maior percentagem de enfermeiros, 28.2%, que alcançaram 100% de eficácia.

O número de vezes que cada enfermeiro foi auditado também nos realça a importância da prática na realização da triagem, visto que no ano de 2015, 41.5% dos enfermeiros foram auditados mais de 9 vezes, o que implicou forçosamente uma maior frequência na realização da triagem. O facto de terem sido auditados mais enfermeiros, e mais vezes, não fez diminuir a eficácia da triagem, pelo contrário, como já verificado, 2015 foi o ano em que se obtiveram melhores resultados em termos de eficácia. O conjunto de resultados referenciados anteriormente, eficácia de triagem, número de doentes triados e número de vezes auditado permite evidenciar, que a formação contínua conjuntamente com a prática clínica poderão ter contribuído para a melhoria da eficácia e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em contexto de urgência.

Cientes da evolução das práticas de enfermagem, associadas à constante necessidade de tomada de decisão e aos riscos inerentes de uma má avaliação, reforça-se a necessidade de formação contínua para que os profissionais sejam capazes de analisar situações complexas e responder às mesmas com competência (Benner, 2005).

Também não poderá deixar de ser mencionado o facto de se tratar de um serviço onde o STM já tem alguns anos de implementação (2003), em que grande parte da equipa de enfermagem tem uma considerável experiência na sua realização. O que, em nosso entender, poderá também contribuir para os bons resultados de eficácia na sua realização, demonstrado pelos resultados encontrados neste estudo.

No STM o processo de tomada de decisão consiste na: i) identificação do problema, ii) determinação das alternativas e iii) na seleção da alternativa mais adequada. Segundo as auditorias do STM a eficácia do enfermeiro é avaliada pelo cumprimento dos padrões da TM (GPT, 2012). Corroborando com o que é mencionado por Coutinho et al. (2012), esta consiste na avaliação da classificação de doentes realizadas em determinado período, identificando as triagens com não conformidades, de forma a aprimorar e minimizar a probabilidade de não errar a atribuição da prioridade.

Como já mencionado no enquadramento teórico o que é avaliado no decorrer do processo de auditoria é: i) a escolha do fluxograma; ii) a escolha do discriminador; iii) o registo de valores mensuráveis quando pedidos; e iv) a atribuição da prioridade, podendo, qualquer uma das etapas, ser motivo de não conformidade.

No nosso estudo, identificámos tudo aquilo que motivou o erro na classificação e

atribuição de prioridade ao doente no momento da triagem. Verificou-se que o principal motivo das não conformidades foi o discriminador com alteração da prioridade, com um total global de 68.1%, seguido do fluxograma com 28.7% e falta de registo de valores mensuráveis com 3.2%, isto no global dos 3 anos em estudo.

O fluxograma de apresentação é, em grande escala, ditado pela condição apresentada pelo doente, ou seja, o reconhecimento do problema permite a identificação do fluxograma de apresentação relevante (GPT, 2010). Mas, como mencionado pelo mesmo grupo, um determinado número de condições principais, apresentadas pelos doentes, pode encaminhar para mais do que um fluxograma de apresentação. Também Machado (2008), menciona a característica de proteção do STM, que permite alguma amplitude de decisão ao profissional que tem a responsabilidade de escolher o fluxograma, pois poderá em determinados casos, seguindo a metodologia normal, concretizar a seleção de diferentes fluxogramas em que a prioridade final será exatamente a mesma. Em continuidade, podemos justificar, um pouco, a maior frequência do discriminador com alteração da prioridade como o principal motivo das não conformidades.

Muitas vezes os doentes recorrem ao SU com o objetivo de resolver as suas necessidades, independentemente de apresentarem condições urgentes ou não. Os dados obtidos podem estar relacionados com este facto já que, queixas inespecíficas podem interferir ou mesmo dificultar o trabalho do enfermeiro triador. Se o doente não apresenta uma queixa específica, o enfermeiro terá dificuldade em escolher o fluxograma adequado e conseqüentemente atribuir a prioridade correta para aquela situação (Freitas, 2014).

Os discriminadores são fatores que fazem a separação dos doentes que recorrem aos SU, permitindo a sua inclusão numa das cinco prioridades clínicas. A seleção de um fluxograma de apresentação leva a percorrer um determinado número de discriminadores, gerais ou específicos, que poderão então ser aferidos face à situação que o doente apresenta, tendo em conta qual dos discriminadores tem a maior prioridade clínica (GPT, 2010). O mesmo grupo refere que a capacidade de implementação do método de TM baseia-se na avaliação desta aferição. É aqui que se registam mais erros, muitas das vezes devido à inadequada identificação das queixas que os doentes apresentam, fruto das multi-queixas, ou queixas inespecíficas, como referido atrás.

Souza (2009), refere que muitas vezes se verifica, na queixa, a falta de registo do início, intensidade e duração da sintomatologia, ou seja, queixa mal descrita,

contribuindo isto para dificultar, ainda mais, a seleção do fluxograma e discriminador mais adequado. O mesmo autor refere, no seu estudo, que a identificação e avaliação detalhada da queixa principal é o que sustenta a atribuição da prioridade, logo uma competência que deve ser adquirida pelos enfermeiros que realizam triagem é a de identificar, avaliar e descrever de forma completa a queixa principal que o doente apresenta quando recorre ao SU.

Também Souza, Toledo, Tadeu e Chianca (2011), concluíram no seu estudo que a avaliação completa da queixa principal eleva o nível de prioridade conferida ao doente, reforçando a relevância da habilidade e competência do enfermeiro para a avaliação e descrição correta, e completa, da queixa principal apresentada pelo doente no momento da triagem.

No mesmo alinhamento, identificamos que a não conformidade por falta de registo de valores mensuráveis é baixa, porventura justificado pelo facto do sistema informático alertar para o seu registo. Todavia, não é totalmente infalível, podendo verificar-se situações em que se consegue ultrapassar o discriminador sem efetuar o registo pedido (e.g. temperatura, glicémia, pulso, saturação de oxigénio e a dor).

A dor, por exemplo, é um fator bastante importante para a determinação da prioridade. Trata-se de um discriminador geral, surgindo várias vezes ao longo dos fluxogramas, e a avaliação nem sempre é fácil, pois é algo subjetivo quer para o doente, quer para o profissional que a avalia (GPT, 2010). Embora existam instrumentos validados para mensurar a dor, não pode ser refutado o carácter subjetivo e a grande dificuldade dos profissionais em avaliar a dor corretamente e fazer o registo adequado desta avaliação (Souza, 2009).

Identificamos que muitas das vezes não existe coerência entre a queixa que é registada e a avaliação efetiva da dor. A dor também poderá surgir como discriminador específico em que não existe a sua quantificação, ou seja, a sua atribuição tem por base as suas características e não a intensidade (GPT, 2010).

Analisando agora o número de não conformidades, ao longo dos 3 anos, poderemos verificar que metade dos enfermeiros auditados apresentaram no máximo duas não conformidades, ou seja, um número reduzido de não conformidades. Comprova-se assim os níveis de eficácia referidos anteriormente. Na base destes resultados, poderá estar a experiência comprovada, da maioria da equipa, na realização da TM.

Podemos confirmar, relativamente às não conformidades, que os anos 2014 e 2015 foram mais ou menos coincidentes, talvez devido ao facto de um maior leque de enfermeiros realizar TM. Os dados de 2013 mostram que, como já foi mencionado,

havia um número limitado de enfermeiros que estavam com maior frequência naquele posto de trabalho, logo a experiência era muita, diminuindo a possibilidade de erro. Estar neste posto de trabalho regularmente possibilita o contato com doentes que apresentam diferentes queixas, como refere Freitas (2014), o que poderá contribuir para o reconhecimento de padrões, importante para a tomada de decisão e desenvolvimento de competências com a experiência na prática (GPT, 2010).

Confrontando agora o número de não conformidades com os períodos horários de admissão de doentes no SU, verifica-se maior número de não conformidades nos períodos horários compreendidos entre as 9:00h-11:59h e as 15:00h-17:59h, com 95 e 90 respetivamente, isto no global dos 3 anos. Os resultados encontrados poderão estar diretamente relacionados com o contexto deste SU e pelo facto de estar encerrado ao público no período das 20:00h-9:00h.

Por norma, observa-se uma maior afluência de doentes no período horário compreendido entre as 9:00h-11:59h. Neste sentido, uma maior procura de cuidados poderá provocar índices de maior stress nos enfermeiros triadores, por terem de dar resposta num curto espaço de tempo, aumentando a possibilidade de ocorrência de não conformidades.

O período horário compreendido entre as 15:00h-17:59h, coincide com o final do turno da manhã, em que muitas das vezes o cansaço poderá estar na base das não conformidades identificadas. Outra explicação, que poderá estar na base da sua ocorrência, está relacionada com a gestão dos recursos humanos disponíveis. Deste modo, são frequentes as vezes em que, no turno da tarde, os enfermeiros no exercício de funções de gestão, para colmatarem faltas de pessoal, alocam apenas um enfermeiro no posto de triagem para dar resposta a todos os doentes admitidos no serviço.

O aumento da afluência de doentes que procuram cuidados de saúde, através da admissão no SU, em determinados períodos do dia poderá condicionar a eficácia dos enfermeiros na realização da TM, não esquecendo nunca que os recursos são finitos e nem sempre ser possível um reajuste adequado dos efetivos à real procura de respostas num SU. Como refere Van der Wulp et al. (2008), o desempenho dos enfermeiros na realização da TM é naturalmente dependente, entre outros fatores, da relação entre a afluência aos SU e a respetiva capacidade de resposta. Neste estudo procurou-se analisar se a afluência de doentes ao SU influenciava o desempenho dos enfermeiros na realização da TM.

Analisou-se o número de doentes admitidos, antes e durante o período horário e no

dia em que se identificou a ocorrência de não conformidades, por cada ano de estudo. Realizou-se, em separado, a análise correspondente à primeira e segunda não conformidade por cada ano. Verificou-se que durante os 3 anos em estudo, o número de doentes admitidos antes do período horário da primeira não conformidade manteve alguma semelhança, o mesmo não se verificando relativamente ao número de doentes admitidos no período e no dia da primeira não conformidade, em que se registou um aumento ao longo dos anos em estudo.

Este facto poderá ser explicado pela particularidade do contexto deste SU, em que não havendo admissões antes das 9:00h, automaticamente não se verifica o número de doentes admitidos antes do período da não conformidade, sendo que, como já mencionado anteriormente, é o primeiro período horário do dia que mais contribui para a ocorrência de não conformidades.

Em relação à segunda não conformidade, o número de doentes admitidos antes da segunda não conformidade teve tendência a diminuir entre 2013 e 2015. Quanto ao número de doentes admitidos no período horário da segunda não conformidade, o valor mais elevado foi registado no ano de 2014, assim como no dia, e é similar em 2013 e 2015.

Ao analisarmos a possível correlação entre a eficácia da triagem e o número de doentes admitidos antes/no período horário e no dia da primeira e segunda não conformidade podemos afirmar que, nos anos de 2014 e 2015, quanto maior é o número de doentes antes/durante o período horário e no dia da primeira não conformidade menor tende a ser a eficácia da triagem. Do mesmo modo, relativamente à segunda não conformidade, no ano de 2014 quando aumenta o número de doentes admitidos antes do período horário existe a tendência da eficácia da triagem diminuir. Estes factos corroboram o encontrado nos estudos de Van der Wulp et al. (2008), que refere que a afluência/fluxo de doentes ao SU influencia o desempenho do triador, demonstrando a necessidade de adequação dos recursos humanos às necessidades de cuidados aos doentes que recorrem ao SU e em função dos fluxos diários e horários praticados.

Tendo em linha de conta os propósitos do nosso estudo, fica evidente que a qualidade da TM do SU em apreço pode ser classificada de muito boa, ou mesmo de excelente, corroborando com o que é preconizado pelo GPT (2010). Evidenciamos também a melhoria contínua da qualidade ao longo dos anos em estudo em que 61.5%, 65.3% e 74.5% dos enfermeiros alcançaram, respetivamente, em 2013, 2014 e 2015 eficácias individuais acima dos 90%. Acrescentamos ainda que fatores como a experiência

profissional, a formação contínua, a prática clínica e os fluxos diários/horários de admissão de doentes no SU poderão estar diretamente relacionados com o desempenho dos enfermeiros na realização da TM.

O STM, não sendo o elixir para a organização dos SU, é de extrema importância como indicador e metodologia de controlo de qualidade das respostas às necessidades em cuidados dos utilizadores. Temos perfeito conhecimento que nem todos os doentes estão, de forma célere, no local apropriado, sendo variados os fatores intervenientes que poderão influenciar a eficácia do mesmo, e foi nosso intuito perceber alguns desses fatores.





## NOTA FINAL

A excessiva afluência dos doentes aos serviços de urgência (SU) é uma realidade que se tem verificado no decorrer do tempo, transformando-os numa das áreas mais ambíguas do Sistema Nacional de Saúde, facto este potenciador de impacto negativo na qualidade das respostas às necessidades em cuidados de saúde da população. Com o objetivo de minimizar o referido, e tendo como fim cuidados de saúde mais equitativos e adequados a cada situação, foi implementado em Portugal o Sistema de Triagem de Manchester (STM) com o objetivo único de priorizar os doentes consoante a gravidade clínica com que recorrem ao SU.

Mas para que este sistema de triagem se torne verdadeiramente eficaz, terá que ser realizado por profissionais de saúde que possuam destreza, competência e capacidades ímpares na tomada de decisão.

Após a realização deste estudo torna-se pertinente fazer uma reflexão e avaliação da pesquisa desenvolvida, de modo a clarificar as conclusões mais relevantes, as suas limitações e para além disso, expor também algumas sugestões para futuras investigações.

Consideramos que os principais resultados deste estudo estão alinhados com as evidências expostas nos pontos abordados ao longo deste relato e que se revelaram mais pertinentes de forma a responder à questão de investigação e seus objetivos. É pois chegado o momento de expor os resultados mais relevantes.

Optámos por uma abordagem do tipo documental que nos permitiu encarar todo o processo, enfatizando a dimensão retrospectiva que caracteriza em parte o trabalho de auditoria aos sistemas de triagem. A preferência por este tipo de abordagem facultou o acesso à informação produzida pelos enfermeiros do contexto em estudo, permitindo um conhecimento mais clarividente sobre o objeto de estudo.

Os dados analisados foram produzidos por 53 elementos de uma equipa de enfermagem de um SU de um hospital central da zona centro do país, em processo de auditoria.

Na resposta à questão de investigação, a análise dos resultados obtidos em relação à eficácia da realização da Triagem de Manchester (TM) evidenciou-se uma melhoria contínua ao longo de 2013, 2014 e 2015 nos quais a maioria dos enfermeiros teve uma eficácia superior a 90%. Não obstante, um número quase residual de enfermeiros

não conseguiu atingir o mínimo de eficácia na realização da TM de 80% nos anos em estudo.

Quanto aos motivos das não conformidades, na realização da TM, a análise dos resultados evidenciou que o principal motivo, no global dos 3 anos em estudo, foi a seleção incorreta do discriminador com alteração da prioridade, seguido da incorreta seleção do fluxograma e por último a falta de registo de valores mensuráveis.

A análise dos resultados obtidos, permite-nos também evidenciar a existência de alguns fatores que poderão influenciar a eficácia do enfermeiro na realização da TM: i) a experiência profissional; ii) a formação contínua; iii) a prática clínica; iv) o fluxo diário de doentes; e v) o fluxo horário de doentes no SU.

Gostaríamos de realçar que a experiência profissional poderá não ser, por si só, um elemento facilitador no desempenho de determinadas áreas específicas de atuação. O nosso estudo demonstra a importância da formação contínua e da prática clínica na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, pois após a implementação de um programa de formação, realizado pela equipa de auditores do serviço, e a amplificação do número de elementos que realizavam a TM com maior frequência, correspondeu a um aumento da eficácia e, conseqüentemente, a uma melhoria da qualidade da TM.

Fica também visível a necessidade de organizar as equipas, mediante os fluxos diários e horários de maior afluência de doentes ao SU, pois estes poderão condicionar o desempenho dos profissionais, nomeadamente na realização da triagem, concorrendo para o surgimento de não conformidades no processo e diminuindo a sua eficácia.

Em continuidade, o nosso estudo comprova que o aumento de admissão de doentes tende a diminuir a eficácia da triagem, assim como, comprova que foi nos períodos de maior afluência que se verificou um maior número de não conformidades no global dos três anos em estudo. Comprovou-se ainda que, no global dos três anos analisados, se identificam mais não conformidades nos períodos horários das 9:00 às 11:59 e das 15:00 às 17:59 horas.

No sentido de retirar deste trabalho alguns dividendos, relativamente à qualidade da TM e possíveis fatores que a influenciam, sendo a investigadora principal uma das responsáveis pelo sistema de auditoria interna do STM no SU em apreço, podemos evidenciar que foi benéfico perceber o comportamento dos enfermeiros que a realizam, de modo a poder intervir de forma proactiva, despertando sensibilidades para se desenvolverem estratégias mais eficazes e potenciadoras da performance na

realização da TM, pois será logo na triagem que o doente iniciará o seu percurso dentro do SU.

Perante o exposto consideramos que foram atingidos os objetivos propostos inicialmente, com a certeza dos seus contributos para a nossa própria aprendizagem através do conhecimento mais aprofundado sobre esta temática. Os conhecimentos gerados através dos estudos de investigação poderão ser promotores de reflexão sobre as práticas, incorrendo em mudanças refletidas e, conseqüentemente, em melhorias do desempenho profissional.

Porém, como qualquer estudo, também podemos evidenciar que uma das suas limitações está relacionada com o facto de se tratar de um SU com características muito peculiares, em que o horário limitado de funcionamento ao público pode influenciar os resultados obtidos.

Outra limitação, para além da inexperiência do investigador e da disponibilidade de tempo para a concretização do estudo, foi a escassez de trabalhos referentes a alguns dos pontos introduzidos nesta pesquisa e que a poderá penalizar em momento de discussão dos resultados obtidos. Neste sentido, a replicação deste estudo noutras instituições com o mesmo nível de resposta à população e com a versão 2 do STM poderão ser uma mais valia nesta importante área de intervenção da enfermagem. Seria benéfico a introdução de mais variáveis nomeadamente o dia da semana em que se verificam as não conformidades, e a elaboração da queixa de apresentação. A este estudo poderia ser relevante acrescentar os dados referentes ao grau de satisfação/dificuldades sentidas pelos profissionais na realização da triagem.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pela inerência das suas qualificações e competências no seio da equipa de saúde, assume-se como um elemento fundamental na implementação e execução de processos de mudança que contribuam para a construção de uma prática assente nos mais elevados padrões de excelência do cuidar.

Ao concluir este estudo é importante referir os seus contributos para as diferentes áreas de intervenção em enfermagem permitindo projetar algumas sugestões na área da formação, prática e gestão de cuidados e investigação:

- **Formação:** i) Desenvolver planos de formação estruturados e orientados para a melhoria da eficácia do STM, partindo das necessidades dos profissionais que a realizam; e ii) Trabalhar com os pares, tendo como foco de partida os resultados emanados pela realização das auditorias, sensibilizando-os e evidenciando o impacto da sua intervenção no contexto do SU.

- **Prática e gestão de cuidados:** i) Assegurar que os enfermeiros que realizam a triagem são detentores das competências adequadas para a sua execução; ii) Continuar com os processos de auditoria como garante da qualidade da triagem; e iii) Sensibilizar e demonstrar a necessidade de uma gestão dinâmica, quer em termos de condições físicas como de pessoal, em função do nível de procura do SU por dias e por períodos horários.

- **Investigação:** i) Dar continuidade à produção científica nesta área temática, tendo como objetivo conhecer o desempenho dos profissionais de saúde no SU, continuando a identificar as dificuldades/barreiras sentidas no processo de triagem; e ii) Continuar com a investigação desenvolvida, por um lado, partindo da satisfação/dificuldades sentidas pelos pares na realização da TM e por outro o estudo em profundidade de casos particulares em que a efetivação da TM não atinge o valor mínimo recomendado.

Sendo o SU um dos principais acessos dos cidadãos ao Sistema Nacional de Saúde, e estando implementado o STM numa boa parte das organizações de saúde, em que a triagem é realizada por enfermeiros, é de primordial importância que estes a executem de forma eficaz, pois, compete-lhes, enquanto prestadores diretos de cuidados e agentes de relevo na gestão dos serviços, munir-se de capacidades técnicas e científicas. Este estudo torna-se pois numa base de conhecimento nesta vertente do cuidar, produzindo evidência científica sobre a qualidade da TM e possíveis fatores que a podem condicionar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, A. M., Duro, C. L. M., & Lima, M. A. D. S. (2012). Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 33(4), 181-190. ISSN 1983-1447.

Afonso, P. L. A. (2011). *Desmaterialização da Auditoria à Triagem de Manchester*. (Tese de Mestrado). Universidade do Minho.

Ascensão, H. S. S. (2010). Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Asenjo, M., Gomez, E., Gotsens, R., Sánchez, M., & Salmerón, J. M. (2007). *Gestión de Servicios de Urgencias*. *Todo Hospital*, 236, 248-255.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora

Borges, T. I. P. R. (2012). *Análise de Satisfação com o Sistema de Triagem no Serviço de Urgência* (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico do Porto. Porto.

Cooke, M. W., & Jinks, S. (1999). Does the Manchester triage system detect the critically ill? *Emergency Medicine Journal*, 16, 79-181.

Coutinho, A. A., Cecílio, L. C., & Mota, J. A. (2012). Classificação do risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester. *Rev. Med. Minas Gerais*, 22 (2), 188-198.

Despacho nº 1057/15 de 2 de fevereiro (2015). *Diário da República n.º 22/15 – 2ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. 3039.

Despacho nº 19124/05 de 17 de agosto (2005). *Diário da República n.º 169/2-09-05 – 2ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. 12834.

Diogo, C. S. (2007). *Impacto da relação cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS* (Tese de Mestrado). Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa.

Direção Geral da Saúde (DGS). (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa. 39-50.

- Direção Geral da Saúde (DGS). (2011). Equidade e acesso aos cuidados de saúde in *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa. 2-20.
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Versão resumo. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2014). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata. Lisboa.
- Duro, C. L. M., & Lima, M. A. D. S. (2010). O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências: análise da literatura. *Online Brazilian Journal of nursing*. 9 (3). 1-6.
- Fanha, S. S., (2012). *Programa informático para a triagem de Manchester: usabilidade percebida pelos enfermeiros* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª Edição Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- Fortin, M. F., Coté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.
- Freitas, M. M. (2014). *Dificuldades percebidas e grau de satisfação dos enfermeiros que fazem Triagem de Manchester nos serviços de urgência* (Tese de Mestrado). Instituto politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde. Leiria.
- Freitas, P. (2002). *Triagem no Serviço de Urgência*. 2ª Ed. Manchester: Grupo Triagem de Manchester
- Ganley, L., & Gloster, A. S. (2011). *An overview of triage in the emergency department. Nursing standart*. Vol. 26(12), 48-56.
- Gerhardt, T. E. & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de pesquisa*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1ª Edição.
- Gomes, C. F. P. (2008). *Contato com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência: Satisfação do Utente* (Tese de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Ponte de Lima.

Gouin, S., Gravel, J., Amre, D. K., & Bergeron, S. (2005). Evaluation of the Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale in a pediatric ED. *Emergency Medicine Journal*, 23 (3), 243-247. Doi:10.1016/j.ajem.2004.02.046

Grouse, A. I., Bishop, R. O., & Bannon, A. M. (2009). The Manchester triage system provides good reliability in an Australian emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 26, 484-486. Doi:10.1136/emj.2008.065508.

Grupo Português de Triagem (2002). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando*.

Grupo Português de Triagem (2005). *Resultados da Classificação Branca*. Encontro Nacional de Hospitais Amadora Sintra, 15 de Dezembro 2005.

Grupo Português de Triagem (2009). *Critérios para a atribuição da cor branca na Triagem*. Reunião GPT, 25 de Março de 2009.

Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando*. 2ª edição.

Grupo Português de Triagem (2012). *Manual de Auditorias – ao Sistema de Triagem de Manchester*.

Grupo Português de Triagem (GPT) (2001). *Declaração de Princípios*. Retirado de URL:

[http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2&Itemid=108](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=108)

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2015). *Estatísticas da Saúde 2013*. Lisboa. ISBN 978-989-25-0313-4

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2016). *Estatísticas da Saúde 2014*. Lisboa. ISBN 978-989-25-0352-3

Instituto Português de Auditoria Interna (2009). *Enquadramento Internacional de Práticas Profissionais de Auditoria Interna*. Portugal.

Machado, H. (2008). *Relação entre a triagem de prioridades no serviço de urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes (Tese de Mestrado)*. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.

Mackway-Jones K., Marsden J., & Windle J. (2006). *Emergency Triage: Manchester Triage Group*. 2ª ed. Oxford: Blackwell. 178p.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda. 3ª Ed. ISBN: 978-972-618-452-2.

Martins, H. M. G., Cuña, L. M. C. D., & Freitas, P. (2009). Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emerg Med J*. 26 (3) 183-186. Doi:10.1136/emj.2008.060780.

Medeiros F. F., Gióia F. L., & Lopes L. L. (2011). Triage no Departamento de Emergência. In Fonseca, A. S. et al. *Enfermagem em Emergência*. Elsevier Editora. Brasil. 75-97. ISBN: 978-85-352-4870-8.

Ministério da Saúde (2006). *O serviço de urgência. Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes*. Hospitais SA.

Ministério da Saúde (2007). *Proposta de Requalificação das Urgências – Esclarecimentos adicionais*. Comunicado nº 1. António Marques. Lisboa.

MNI. Médicos na Internet, Saúde na Internet. (1999). *Alert@-er, caderno de formação/ médico*. Porto.

Moreira, C. T. P. (2010). *Avaliação de uma implementação do sistema de triagem de Manchester: que realidade?* (Tese de Mestrado). Universidade do Porto. Porto.

Moreno, C., & Rego, G. (2010). Triage de Manchester – Caracterização do Sistema in Rego, G., & Nunes, R. *Gestão da Saúde*. (1º ed., pp 275-284). Lisboa: Prata e Rodrigues. ISBN: 9789899684805.

Murrel, K. L., Offerman, S. R., & Kauffman, M. B. (2011). Applying Lean: Implementation of a Rapid Triage and Treatment System. *Western Journal of Emergency Medicine*, XII (2), 184-191.

Neves, L. M. (2010). *Triage de Manchester a) Enquadramento Conceptual*. In Rego, G., & Nunes, R. (Eds). *Gestão da Saúde*. (1º ed., pp 263-273). Lisboa: Prata e Rodrigues. ISBN: 9789899684805.

Oloffson, P.; Gellerstedt, M., & Carlstrom, A. D. (2009). Manchester Triage in Sweden- Interrater reliability and accuracy. *International Emergency Nursing*, 17, 143-148. Doi:10.1016/j.ienj.2008.11.008.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Conselhos de Enfermagem e Jurisdicional. Parecer conjunto CE e CJ nº2/2010*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.



Ordem dos Enfermeiros (2016). *Dados Estatísticos a 31-12-2015*. Retirado de URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/2015\\_DadosEstatisticos\\_00\\_Nacionais\\_vf.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/2015_DadosEstatisticos_00_Nacionais_vf.pdf)

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda. 4ª Edição. ISBN: 972-618-391-X.

Pinto, E. D. (2010). *Apresentação clínica do síndrome coronário no serviço de urgência* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Faculdade de Medicina do Porto. Porto.

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª edição). Artemed: Porto Alegre, ISBN 85-7307-984-3.

Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D., & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. 1, 1-15. ISSN: 2175-3423.

Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática*. 6ªed. Loures: Lusociência. p. 823. ISBN: 982-972-8930-63-9.

Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades - Triagem de Manchester* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto. Porto

Silva, A. T., & Santo, E. E. (2013). Auditoria como ferramenta para a excelência na gestão hospitalar. *Revista saúde e desenvolvimento*. 3 (2). 44-60.

Soler, W., Munoz, M. G., Bragulat, E., & Alvarez, A. (2010). El Triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencia. *An. Sist. Sanit. Navar*. 33(1). 55-68.

Souza, C. C. (2009). *Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto socorro utilizando dois diferentes protocolos*. (Tese de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de enfermagem. Belo Horizonte.

Souza, C. C., Araújo, F. A., & Chianca, T. C. M. (2015). Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Revista da escola de enfermagem da USP*. 144-151. Doi:10.1590/S0080-63422015000010001.

Souza, C. C., Toledo, A. D., Tadeu, L. F. R., & Chianca, T. C. M. (2011). Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *19* (1), 1-8.

Speake, D., Teece, S. & Mackway-Jones, K. (2003). Detecting high risk patients with chest pain. *Emergency Nurse*, *11* (5), 19-21.

Storm-Versloot, M. N., Ubbink, D. T., Chin a Choi, V., & Luitse, J. S. K. (2009). Observer agreement of the Manchester Triage System and the Emergency Severity Index: a simulation study. *Emergency Medicine Journal*, *26*, 556-560. Doi:10.1136/emj.2008.059378.

Van der Wulp, I., Schrijvers, A. J. P., & Van Stell, H. F. (2009). Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study. *Emergency Medicine Journal*, *26*, 506-509.

Van der Wulp, I., Van Baar, M. E., & Schrijvers, A. J. P. (2008). Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. *Emergency Medicine Journal*, *25*, 431-434. Doi:10.1136/emj.2007.055228.

Vargas, M. A., Albuquerque, G. L., Erdman, A. L. & Ramos, F. R. S. (2007). Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? *Revista Brasileira de Enfermagem*, *60* (3), 339-343.

Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. 1ª edição, Lisboa: Edições Silabo. ISBN: 978-972-618-557-4.

Wright, J.; Hogg, K. & Mackway-Jones, K. (2005). The diagnostic utility of triage nurses at recognizing pleuritic chest pain. *Emergency Nurse*.

## **APÊNDICE – Grelha de registo de recolha de dados**



# Triagem

---

2.

Idade

Marcar apenas uma oval.

- 20-24
- 25-29
- 30-34
- 35-39
- 40-44
- 45-49
- 50-54
- 55-59

3. Género

Marcar apenas uma oval.

- M
- F

4.

Grau Académico

Marcar apenas uma oval.

- Licenciado
- Especialista
- Mestre
- Outra: \_\_\_\_\_

5.

**Categoria Profissional**

Marcar apenas uma oval.

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Outra: \_\_\_\_\_

6.

**Carga horária semanal**

Marcar apenas uma oval.

- 35 horas
- 40 horas
- Outra: \_\_\_\_\_

7.

**Tempo de experiência profissional**

Marcar apenas uma oval.

- < 5 anos
- 5-10 anos
- > 10 anos

8.

**Tempo de experiência profissional em SU**

Marcar apenas uma oval.

- < 5 anos
- 5-10 anos
- >10 anos

9.

Tempo de curso de triagem

Marcar apenas uma oval.

- < 5 anos
- 5-10 anos
- >10 anos

10.

Número de doentes triados no ano 2013

Marcar apenas uma oval.

- < 100
- 100 - 399
- 400 - 699
- 700 - 999
- > 1000

11.

Número de doentes triados no ano 2014

Marcar apenas uma oval.

- < 100
- 100 - 399
- 400 - 699
- 700 - 999
- > 1000

12.

Número de doentes triados no ano 2015

Marcar apenas uma oval.

- < 100
- 100 - 399
- 400 - 699
- 700 - 999
- > 1000

13.

Número de vezes auditado 2013

---

14.

Número de vezes auditado 2014

---

15.

Número de vezes auditado 2015

---

16 .

Eficácia triagem 2013

Marcar apenas uma oval.

- < 80 %
- 80-89 %
- 90-94 %
- 95-99 %
- 100 %



17.

Eficácia triagem 2014

Marcar apenas uma oval.

- < 80 %
- 80-89 %
- 90-94 %
- 95-99 %
- 100 %

18.

Eficácia triagem 2015

Marcar apenas uma oval.

- < 80 %
- 80-89 %
- 90-94 %
- 95-99 %
- 100 %

19.

Eficácia mensal em janeiro 2013

Marcar apenas uma oval.

- < 100 %
- 100 %

20.

Se < 100%, quantas triagens não conformes (janeiro 2013)

---

21.

Hora da não conformidade (janeiro 2013)

Marcar apenas uma oval por linha.

	1.ª n conformidade	2.ª n conformidade	3.ª n conformidade
9 - 11:59	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 - 14:59	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 - 17:59	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 - 20:00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22.

Nº doentes admitidos antes do período da 1ª não conformidade (janeiro 2013)

\_\_\_\_\_

23.

Nº doentes admitidos no período da 1ª não conformidade (janeiro 2013)

\_\_\_\_\_

24.

Nº doentes admitidos no dia da 1ª não conformidade (janeiro 2013)

\_\_\_\_\_

25.

Nº doentes admitidos antes do período da 2ª não conformidade (janeiro 2013)

\_\_\_\_\_

26.

Nº doentes admitidos no período da 2ª não conformidade (janeiro 2013)

\_\_\_\_\_

27.

Nº doentes admitidos no dia da 2ª não conformidade (janeiro 2013)

---

28 .

Se < 100% qual o motivo? (janeiro 2013)

- Fluxograma
- Discriminador c/alteração da prioridade
- Falta de registo de valores mensuráveis

**(Estes dados foram recolhidos em cada mês dos anos, 2013; 2014; 2015)**



## **ANEXO** – Autorização para a realização do estudo





AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

CHUC	077	15
------	-----	----

NOME DO PROJECTO:

QUALIDADE DA TRIAGEM DE MANCHESTER E FATORES QUE A INFLUENCIAM

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

*Enf.ª Paula Maria Fernandes Amaral*

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 12/11/15

Presidente do Conselho de Administração  
Dr. José Martins Nunes  
Presidente do Conselho de Administração  
C.H.U.C. - EPE

(Dr. José Martins Nunes)

