



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS**

**SATISFAÇÃO E ABERTURA À MUDANÇA DOS ENFERMEIROS  
PORTUGUESES FACE À TRIAGEM EM PEDIATRIA**

David Vitória da Silva

Coimbra, outubro de 2025



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS**

**SATISFAÇÃO E ABERTURA À MUDANÇA DOS ENFERMEIROS  
PORTUGUESES FACE À TRIAGEM EM PEDIATRIA**

(Dissertação de Mestrado)

David Vitória da Silva

Orientadores: Professora Doutora Maria Conceição Alegre, Professora Adjunta, ESEnfC;  
Professora Doutora Anabela Salgueiro, Professora Adjunta, ESEnfC

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Coimbra, outubro de 2025

*“Nurses have historically played a central role in health care. (...) They are guardians and preservers of life, who (...) are among the ‘saints next door’.”*

– Jorge Mario Bergoglio

Aos meus pais e irmãos.

## **AGRADECIMENTOS**

Às Professoras Conceição e Anabela, pela motivação e incentivo ao longo destes meses, por me terem dado o estímulo necessário para continuar, mesmo quando tudo parecia perdido, e por serem disponíveis e abertas à mudança.

A todos os Professores deste curso de Mestrado, por me terem tornado melhor pessoa e enfermeiro, em especial à Professora Rosa pela empatia e capacidade de motivação.

Aos colegas do curso de Mestrado em Enfermagem e da Pós-Graduação em Gestão de Unidades de Saúde, pelos momentos que partilhámos, em especial à Andreia, à Filipa e ao Edgar, pelos nossos momentos de convívio e pelas tantas horas que passámos juntos a fazer trabalhos.

Aos meus colegas de trabalho e à Enfermeira Gestora Margarida, por me terem ajudado direta ou indiretamente na consecução deste objetivo, e a todos os restantes colegas que de algum modo também o fizeram.

Aos meus amigos e família, que sempre me apoiaram e me ajudaram ao longo deste processo.

## RESUMO

**Enquadramento:** A triagem consiste num processo dinâmico através do qual é atribuída uma prioridade aos utentes dos serviços de urgência tendo em conta a gravidade da sua situação atual (Fekonja et al., 2024). A *Emergency Severity Index* (ESI) é um protocolo promissor para triagem em pediatria, com maior robustez que os que estão atualmente em uso em Portugal (Ebrahimi et al., 2020; Silva et al., 2024). No entanto, a mudança de protocolo de triagem num serviço poderá ser influenciada pela abertura à mudança dos enfermeiros.

**Objetivos:** Identificar o grau de satisfação dos enfermeiros das urgências pediátricas portuguesas com o protocolo de triagem que utilizam; Conhecer a perspetiva dos enfermeiros sobre o protocolo ESI em comparação ao protocolo de triagem em uso; Identificar o grau de abertura dos enfermeiros das urgências pediátricas portuguesas para a substituição do protocolo de triagem em uso; Analisar a relação entre fatores sociodemográficos dos enfermeiros com o grau de satisfação com o protocolo de triagem em uso; Analisar a relação entre fatores sociodemográficos dos enfermeiros com a abertura à substituição do protocolo de triagem em uso.

**Métodos:** Estudo transversal, descritivo-correlacional com amostra não probabilística em “bola de neve” que incluía os enfermeiros portugueses a trabalhar em serviços de urgência pediátrica (n=75). Os dados foram analisados com recurso ao SPSS versão 28.

**Resultados:** Os enfermeiros inquiridos estão moderadamente satisfeitos com o protocolo de triagem que utilizam, contudo, 42,7% ponderaria propor a ESI como alternativa no serviço onde exerce funções. Globalmente estes profissionais de saúde apresentaram boa abertura à mudança, tendo sido verificado que os enfermeiros que considerariam propor a implementação da ESI apresentaram maior abertura à mudança em comparação com os restantes profissionais.

**Conclusão:** Apesar de os enfermeiros estarem satisfeitos com o protocolo que utilizam atualmente, uma grande parte consideraria propor um novo protocolo, pelo que será relevante validar estes resultados com amostra de maior dimensão.

**Palavras-chave:** enfermeiros; triagem; abertura à mudança; *Emergency Severity Index*.

## **ABSTRACT**

**Background:** Triage is a dynamic process through which priority is assigned to emergency service users according to the severity of their current condition (Fekonja et al., 2024). The Emergency Severity Index (ESI) is a promising triage protocol for pediatrics, showing greater robustness than those currently used in Portugal (Ebrahimi et al., 2020; Silva et al., 2024). However, the implementation of a new triage protocol in a service may be influenced by nurses' openness to change.

**Objectives:** To identify the level of satisfaction of nurses working in Portuguese pediatric emergency departments with the triage protocol they use; to understand nurses' perspectives on the ESI protocol compared to the current triage protocol in use; to identify the level of openness of Portuguese pediatric emergency nurses to replacing the current triage protocol; to analyze the relationship between nurses' sociodemographic factors and their satisfaction with the current triage protocol; to analyze the relationship between nurses' sociodemographic factors and their openness to changing the current triage protocol.

**Methods:** A cross-sectional, descriptive-correlational study with a non-probabilistic "snowball" sample including Portuguese nurses working in pediatric emergency departments (n=75). Data were analyzed using SPSS version 28.

**Results:** The nurses surveyed reported moderate satisfaction with the triage protocol they currently use. However, 42.7% stated they would consider proposing the ESI as an alternative in their workplace. Overall, these healthcare professionals demonstrated good openness to change, and those who would consider proposing the implementation of the ESI showed greater openness to change compared to the other participants.

**Conclusion:** Although nurses are satisfied with the triage protocol currently in use, a large proportion would consider proposing a new protocol. Therefore, it is important to validate these findings with a larger sample.

**Keywords:** nurses; triage; openness towards change; Emergency Severity Index.

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**CIAV** – Centro de Informação Antivenenos

**CTAS** – *Canadian Triage and Acuity Scale*

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**ESI** – *Emergency Severity Index*

**INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica

**MTS** – *Manchester Triage System*

**OTOCS** – *Openness Toward Organizational Change Scale*

**RGPD** – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

## **LISTA DE FIGURAS**

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1</b> - Exemplo de utilização da MTS .....      | 23 |
| <b>Figura 2</b> - Triângulo de Avaliação Pediátrico ..... | 24 |
| <b>Figura 3</b> - Exemplo de utilização da CTAS.....      | 25 |
| <b>Figura 4</b> - Fluxograma ESI.....                     | 27 |

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1</b> - Nomes, cores e tempos de espera de cada protocolo de triagem .....                                                                | 19 |
| <b>Tabela 2</b> – Caracterização sociodemográfica da amostra .....                                                                                  | 42 |
| <b>Tabela 3</b> – Mínimo, máximo, média, mediana e desvio-padrão do questionário sobre satisfação com o protocolo de triagem utilizado (n=75) ..... | 43 |
| <b>Tabela 4</b> – Mínimo, máximo, média, mediana e desvio-padrão dos itens da escala OTOCS (n=75) .....                                             | 44 |
| <b>Tabela 5</b> - Percepção dos enfermeiros sobre protocolo em uso em comparação com a ESI .                                                        | 46 |
| <b>Tabela 6</b> - Associação entre a variável "satisfação com o protocolo em uso" e as variáveis contínuas .....                                    | 47 |
| <b>Tabela 7</b> - Média e desvio-padrão da satisfação com o protocolo em cada região (n=75)....                                                     | 47 |
| <b>Tabela 8</b> - Média e desvio-padrão da abertura à mudança organizacional por sexo (n=75) .                                                      | 48 |
| <b>Tabela 9</b> - Média e desvio-padrão da abertura à mudança organizacional por posse de título de Especialista (n=75).....                        | 49 |
| <b>Tabela 10</b> - Média e desvio-padrão da abertura à mudança organizacional por formação acadêmica (n=75) .....                                   | 49 |
| <b>Tabela 11</b> - Média e desvio-padrão da abertura à mudança organizacional por região do país (n=75) .....                                       | 50 |

## ÍNDICE

|                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b>                                                                            | 12 |
| <b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>                                                       | 15 |
| <b>1. ENQUADRAMENTO LEGAL ACERCA DE PROTOCOLOS DE TRIAGEM</b>                                | 16 |
| <b>2. PROTOCOLOS DE TRIAGEM EM PORTUGAL</b>                                                  | 19 |
| 2.1. <i>MANCHESTER TRIAGE SYSTEM</i>                                                         | 19 |
| 2.2. <i>CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE</i>                                                 | 24 |
| 2.3. <i>EMERGENCY SEVERITY INDEX</i>                                                         | 26 |
| <b>3. ABERTURA À MUDANÇA ORGANIZACIONAL</b>                                                  | 29 |
| <b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b>                                                            | 32 |
| <b>1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b>                                                         | 33 |
| 1.1. OBJETIVOS                                                                               | 33 |
| 1.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES                                                    | 33 |
| 1.3. TIPO DE ESTUDO                                                                          | 34 |
| 1.4. VARIÁVEIS E OPERACIONALIZAÇÃO                                                           | 35 |
| <b>1.4.1. Variáveis Centrais</b>                                                             | 35 |
| <b>1.4.2. Variáveis independentes</b>                                                        | 35 |
| 1.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA                                                                     | 36 |
| 1.6. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS                                                         | 37 |
| 1.7. RECOLHA DE DADOS                                                                        | 38 |
| 1.8. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS                                                           | 39 |
| 1.9. CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS                                                              | 39 |
| <b>2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS</b>                                               | 41 |
| 2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA                                                               | 41 |
| 2.2. SATISFAÇÃO COM O PROTOCOLO DE TRIAGEM UTILIZADO                                         | 42 |
| 2.3. ABERTURA À MUDANÇA ORGANIZACIONAL                                                       | 43 |
| 2.4. PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE PROTOCOLO EM USO EM COMPARAÇÃO COM A ESI                 | 44 |
| 2.5. ASSOCIAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM O PROTOCOLO EM USO E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS        | 47 |
| 2.6. ASSOCIAÇÃO ENTRE A ABERTURA À MUDANÇA ORGANIZACIONAL E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS        | 48 |
| 2.7. ASSOCIAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM O PROTOCOLO ATUAL E ABERTURA À MUDANÇA ORGANIZACIONAL | 50 |
| 2.8. ASSOCIAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM O PROTOCOLO ATUAL E CONSIDERAR PROPOR A ESI           | 51 |
| 2.9. ASSOCIAÇÃO ENTRE A ABERTURA À MUDANÇA ORGANIZACIONAL E CONSIDERAR PROPOR A ESI          | 51 |
| <b>3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>                                                           | 53 |

|                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4. LIMITAÇÕES E PERSPETIVAS FUTURAS .....</b>                                | <b>56</b> |
| <b>CONCLUSÃO .....</b>                                                          | <b>57</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                                         | <b>59</b> |
| <b>APÊNDICE I – Instrumento de recolha de dados</b>                             |           |
| <b>APÊNDICE II – Autorizações dos autores das escalas para a sua utilização</b> |           |
| <b>APÊNDICE III – Autorização da Comissão de Ética</b>                          |           |

## INTRODUÇÃO

A triagem consiste num processo dinâmico através do qual é atribuída uma prioridade aos utentes dos serviços de urgência tendo em conta a gravidade da sua situação atual (Fekonja et al., 2024). Este processo requer grande capacidade de interpretação, discriminação e avaliação, sendo necessário raciocínio clínico, reconhecimento de padrões, formulação de hipóteses, representação mental e intuição (Costa, 2020).

De acordo com Yancey e O'Rourke (2022), a triagem já existe desde o século XVIII, tendo sido amplamente utilizada em contexto militar, onde existia a necessidade de avaliar e categorizar os soldados com diferentes tipos de ferimentos, durante as batalhas. Os mesmos autores referem que o sistema de triagem migrou para os cuidados de saúde em 1964, tendo evoluído desde então para atingir o objetivo de providenciar cuidados eficazes e priorizados aos utentes à medida que se otimiza o tempo e outros recursos.

A utilização da triagem no nosso país, bem como em vários outros países do mundo, recai como uma das intervenções do enfermeiro, como disposto no Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. O mesmo regulamento recomenda ainda que, no caso das urgências de adultos, este posto seja assegurado por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica com formação em Sistema de Triagem de Prioridades, e nas urgências de obstetrícia, pediatria e psiquiatria seja ocupado por Enfermeiros Especialistas nas respetivas áreas. Apesar das eminentes discussões que os médicos deveriam assegurar os postos de triagem, existe evidência que as decisões de prioridades entre médicos e enfermeiros são semelhantes (Ruttanaseeha et al., 2020). A nível de gestão e organização das unidades de cuidados de saúde, sabe-se também que a presença do enfermeiro tem uma melhor relação de custo-eficácia (Pishbin et al., 2019).

Um sumário de evidência revela que a existência destes protocolos de triagem são eficazes na gestão de utentes que recorrem ao serviço de urgência, apesar de não existir evidência de que exista algum claramente superior aos restantes (Ortega-Arroyo, 2025).

O Despacho n.º 3762/2015, de 15 de abril, refere que nos serviços de urgência pediátrica pode ser utilizado o protocolo de Triagem de Manchester (*Manchester Triage System* – MTS) ou o protocolo pediátrico da Triagem Canadiana (*Canadian Triage and Acuity Scale* – CTAS). Silva et al. (2024) referem que ambos estes protocolos estão validados para utilização em idade pediátrica, existindo concordância, sensibilidade e validade semelhante entre ambos, neste contexto. Ainda assim, existe evidência que sugere que o protocolo utilizado nos Estados Unidos da América, o *Emergency Severity Index* (ESI) tem um nível de confiabilidade ligeiramente mais robusto em pediatria que os anteriores, apesar de não poder ser utilizado em Portugal devido às normas vigentes (Ebrahimi et al., 2020; Silva et al., 2024). Também a

perceção do investigador com experiência em urgência pediátrica e as reflexões com colegas, sobre algumas dificuldades com a Triagem de Manchester, e a possibilidade de haver protocolos de Triagem mais favoráveis, motivaram a realização deste estudo.

A identificação destas dificuldades evidencia a necessidade de compreender de forma mais aprofundada este instrumento, bem como de comparar diferentes protocolos de triagem, de modo a determinar qual oferece maior adequação, fiabilidade e facilidade de uso na prática clínica pediátrica.

A abertura à mudança, na ótica do utilizador, também surge como uma preocupação, na eventualidade de existirem outros protocolos de Triagem considerados como mais vantajosos, para utilização em Portugal.

É neste contexto de adaptação a uma nova realidade e abertura à mudança relacionada com a implantação de um novo protocolo de triagem que surge a problemática presente neste estudo. A adaptação a todas as mudanças que foram ocorrendo nos serviços de urgência, ou a qualquer outro novo método de trabalho, requer um esforço acrescido por parte dos enfermeiros, sendo o enfermeiro gestor uma figura facilitadora nesta transição (Nelson & Pilon, 2015).

É neste contexto que foi proposta a realização de uma dissertação com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, tendo como ponto de partida as questões de investigação que pretendessem explorar este tema:

- Qual é o grau de satisfação dos enfermeiros portugueses com o protocolo de triagem atualmente em uso nos Serviços de Urgência Pediátrica?
- Qual a abertura dos enfermeiros portugueses para a adoção de um protocolo de triagem alternativo?

De modo a se responder a estas questões, foram definidos os seguintes objetivos:

- Identificar o grau de satisfação dos enfermeiros das urgências pediátricas portuguesas com o protocolo de triagem que utilizam;
- Conhecer a perspetiva dos enfermeiros sobre o protocolo ESI em comparação ao protocolo de triagem em uso;
- Identificar o grau de abertura dos enfermeiros das urgências pediátricas portuguesas para a substituição do protocolo de triagem em uso;
- Analisar a relação entre fatores sociodemográficos dos enfermeiros com o grau de satisfação com o protocolo de triagem em uso

- Analisar a relação entre fatores sociodemográficos dos enfermeiros com a abertura à substituição do protocolo de triagem em uso.

Para tal, desenvolveu-se um estudo quantitativo, tendo por base um estudo transversal, descritivo-correlacional. Foi enviado um questionário aos enfermeiros portugueses que trabalham em Serviços de Urgência Pediátrica ou serviços de urgência com atendimento a utentes em idade pediátrica, obtendo-se uma amostragem não probabilística por “bola de neve”.

Estruturalmente, esta dissertação irá estar dividida em duas partes distintas.

A primeira parte terá início após esta introdução, com um enquadramento teórico, onde se irá explorar o que é a triagem e quais os sistemas de triagem mais utilizados e como funcionam. Analisar-se-á também o processo de mudança dentro das organizações, a abertura à mudança, e como o gestor consegue facilitar e gerir este processo. Tudo isto será enquadrado num modelo de gestão, nomeadamente no modelo de Kotter, amplamente difundido como um modelo orientado para a mudança.

A segunda parte estará centrada no estudo empírico, atendendo à metodologia utilizada para conduzir esta investigação, que irá incluir a finalidade e objetivos do estudo, o tipo de estudo realizado, contexto, participantes e procedimentos de recolha e análise de dados, terminando com as considerações éticas. Aqui serão ainda apresentados os resultados, bem como a respetiva análise e discussão dos mesmos, seguida das limitações do estudo.

Finalmente, serão apresentadas as considerações finais desta dissertação, seguidas das referências bibliográficas utilizadas.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. ENQUADRAMENTO LEGAL ACERCA DE PROTOCOLOS DE TRIAGEM

Em Portugal, os serviços de urgência são considerados serviços de ação médica hospitalar, multidisciplinares e multiprofissionais desde 2002, com o objetivo de prestar cuidados de saúde nas situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas, ou seja, situações cuja gravidade exija uma intervenção médica imediata (Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de março). De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, a rede de serviços de urgência integra os seguintes três níveis, por ordem crescente de recursos e capacidade de resposta:

- Serviço de Urgência Básico, com maior proximidade às populações, tendo um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência, constituindo-se como um nível de estabilização inicial de situações urgentes de maior complexidade nas situações que exijam um nível de cuidados mais diferenciado.
- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, que existe em rede de apoio diferenciado de Serviços de Urgência Básicos, referenciando para o nível seguinte situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes neste nível.
- Serviço de Urgência Polivalente, que é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, oferecendo resposta de proximidade à população da sua área, que em Portugal deverá corresponder a cerca de 750.000-1.000.000 habitantes.

O Despacho antes referido considera ainda que o atendimento de indivíduos em idade pediátrica (até aos 17 anos e 364 dias) pode ser efetuado no atendimento geral dos Serviços de Urgência Básicos, ou em Serviços de Urgência Pediátrica que cumulativamente estejam englobados em hospitais com Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica ou Polivalente e onde existam Serviços de Pediatria.

Em qualquer um destes serviços de urgência é obrigatória a utilização de um protocolo de triagem desde 2005 (Despacho n.º 19124/2005, de 2 de setembro). No entanto, a prevalência e necessidade de um protocolo de triagem é evidenciada pelo facto de a sua utilização em Portugal remontar ao ano 2000, mesmo antes da criação do serviço de urgência como serviço hospitalar (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

Não obstante, apenas 10 anos mais tarde, se tornou imperativo que o protocolo utilizado fosse a MTS em todos os serviços de urgência a nível nacional, suplantando qualquer outro protocolo de triagem que estivesse em uso anteriormente, através do Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro. Dois meses após a emissão deste despacho, foi emitido o

Despacho n.º 3762/2015, de 15 de abril, salvaguardando que os serviços de urgência pediátrica poderiam utilizar a CTAS, onde se lê na sua redação atual que “todas as Urgências Pediátricas devem assegurar, até 30 de setembro de cada ano, que usam a versão mais recente do Sistema de Triagem de Manchester ou do *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*, por se considerar adequado à especificidade da criança” (p. 9187).

Confirmando a pertinência do anterior Despacho, apesar de ter sido baseado numa recomendação da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, existe evidência que revela haver boa concordância e validade entre ambos estes protocolos de triagem na pediatria (Ebrahimi et al., 2020; Magalhães-Barbosa et al., 2019; Mollet et al., 2023). Numa revisão efetuada por Silva et al. (2024) também se evidencia a concordância, sensibilidade e validade semelhantes entre estes protocolos.

Pode-se argumentar que em Portugal ainda é utilizada uma versão mais antiga da MTS, e que os estudos referidos já têm em conta os fluxogramas mais específicos em pediatria adicionados pela versão de 2014. No entanto, isto por si só vai claramente ao encontro do já preconizado pela lei, o que revela que esta versão necessita de ser atualizada com muita urgência. No entanto, Van Veen et al. (2011) já referiam que a MTS era segura para identificar utentes pediátricos menos urgentes na sua versão anterior. Existem inclusive estudos mais antigos que referem que a MTS tem repetibilidade boa a muito boa em pediatria (Van Veen et al., 2010), tem validade moderada neste contexto (Van Veen et al., 2008) e que tem sensibilidade e especificidade moderada em pediatria, apesar de ainda existir muita sobretriagem (Roukema et al., 2006). Conclui-se que independentemente da versão utilizada, a MTS é adequada à Pediatria e pode ser usada a par da CTAS. Ainda assim, importa mencionar a superior adequação da ESI, já referida, e que pode trazer ganhos nos serviços de urgência pediátrica.

É importante referir que no nosso país existe também um Sistema de Triagem extra-hospitalar, através do Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), intitulado SNS 24. Através de um serviço de triagem telefónica, aconselhamento e encaminhamento, o SNS 24 avalia e orienta as pessoas, fazendo a triagem de acordo com a situação clínica, bem como o respetivo encaminhamento para o adequado nível de cuidados, sejam cuidados ao próprio, cuidados de saúde primários, serviços de urgência, ou ligação com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) ou Centro de Informação Antivenenos (CIAV) (SNS, 2024).

Atualmente existe uma maior articulação entre o SNS 24 e os serviços de urgência a nível hospitalar, tendo sido implementado o projeto-piloto “Ligue Antes, Salve Vidas” na região de Póvoa de Varzim e Vila do Conde, e estando já em fase de expansão para várias Unidades Locais de Saúde do país, através de portarias próprias, como é o caso da extensão para a

Unidade Local de Saúde de Coimbra através da Portaria n.º 338/2024/1, de 19 de dezembro. Esta Portaria revela que este projeto visa que o acesso aos serviços de urgência se faça exclusivamente através do Centro de Orientação de Doentes Urgentes do INEM, do SNS 24, dos cuidados de saúde primários, referência médica ou através de outra instituição de saúde, pública, privada ou social. Assim sendo, e devido à acessibilidade do SNS 24, esta triagem extra-hospitalar tem sido prevalente no SNS atualmente, encaminhando utentes para os serviços de urgência, consultas em cuidados de saúde primários ou conselhos e educação para a saúde. Não obstante, o utente triado para serviço de urgência através do SNS 24, deverá ser sempre triado novamente quando chega a este serviço, com um maior grau de rigor e confiabilidade, visto tratar-se de uma triagem presencial. Neste caso, o enfermeiro triador poderá referenciar o utente para uma consulta nos cuidados de saúde primários, consoante disponibilidade durante as próximas 24 horas (e salvo algumas exceções descritas na portaria), caso a prioridade atribuída no serviço de urgência seja 'pouco urgente' ou 'não urgente'.

Tudo isto evidencia a evolução do Serviço Nacional de Saúde e a resposta integrada que se tem feito nos serviços de urgência e na triagem nos últimos 25 anos.

## 2. PROTOCOLOS DE TRIAGEM EM PORTUGAL

Este capítulo irá focar-se na descrição de cada um dos protocolos de triagem utilizados na urgência pediátrica em Portugal – a MTS e a CTAS – bem como no ESI que será um protocolo também analisado neste estudo.

Qualquer um destes protocolos tem como objetivo categorizar os doentes (adultos ou pediátricos) admitidos no serviço de urgência em um de cinco níveis de gravidade, comuns entre todos os protocolos. Esta categorização corresponde a um determinado grau de urgência com que o utente tenha de ser observado, tendo em conta a sua história clínica, sinais e sintomas colhidos pelo triador, e que contribui para a gestão e fluidez do serviço de urgência. No caso da MTS e da CTAS, existe um tempo pré-definido que o utente possa aguardar, enquanto no ESI não existe este tempo pré-definido (Emergency Nurses Association, 2023), tal como apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1** - Nomes, cores e tempos de espera de cada protocolo de triagem

|              | MTS                     |                     | CTAS                  |                     | ESI              |                 |
|--------------|-------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|------------------|-----------------|
|              | Nome (cor)              | Tempo de espera     | Nome (cor)            | Tempo de espera     | Nome (cor)       | Tempo de espera |
| Prioridade 1 | Emergente (vermelho)    | Observação imediata | Reanimação (azul)     | Observação imediata | ESI 1 (vermelho) | -               |
| Prioridade 2 | Muito urgente (laranja) | 10 minutos          | Emergente (vermelho)  | 15 minutos          | ESI 2 (laranja)  | -               |
| Prioridade 3 | Urgente (amarelo)       | 60 minutos          | Urgente (amarelo)     | 30 minutos          | ESI 3 (amarelo)  | -               |
| Prioridade 4 | Pouco urgente (verde)   | 120 minutos         | Pouco urgente (verde) | 60 minutos          | ESI 4 (verde)    | -               |
| Prioridade 5 | Não urgente (azul)      | 240 minutos         | Não urgente (branco)  | 120 minutos         | ESI 5 (azul)     | -               |

Fontes: Canadian Association of Emergency Physicians (2013), Manchester Triage Group (2014), Emergency Nurses Association (2023)

### 2.1. MANCHESTER TRIAGE SYSTEM

Segundo Costa et al. (2022), a MTS contém 52 fluxogramas que podem ser escolhidos para atribuir uma prioridade à pessoa que recorre ao serviço de urgência, sendo sete destes fluxogramas específicos para crianças e dois deles específicos para situações de exceção e catástrofe. Um deles é específico de utentes do sexo masculino ('dor testicular') e dois deles são específicos de utentes do sexo feminino ('gravidez' e 'hemorragia vaginal') (Grupo

Português de Triagem, 2010). A mais recente versão da MTS, que ainda não é utilizada em Portugal, contém 55 fluxogramas, tendo acrescentado três novos, também específicos da pediatria, aumentando a sua sensibilidade a esta faixa etária – *abused or neglected child*, *unwell baby* e *unwell newborn* (Manchester Triage Group, 2014). Estes fluxogramas poderão traduzir-se livremente por ‘criança abusada ou negligenciada’, ‘bebé que não está bem’ e ‘recém-nascido que não está bem’. De notar que, de acordo com o Grupo Português de Triagem (2010) o fluxograma *unwell child* foi traduzido para o nosso país como ‘criança que não se sente bem’, o que leva a uma analogia imprópria que a criança *deve referir* que não se sente bem, o que no caso do bebé e do neonato não é possível, devendo existir uma avaliação objetiva do triador com a conclusão que o utente *de facto* não está bem. Segue-se a lista dos fluxogramas atualmente utilizados em Portugal (Grupo Português de Triagem, 2010):

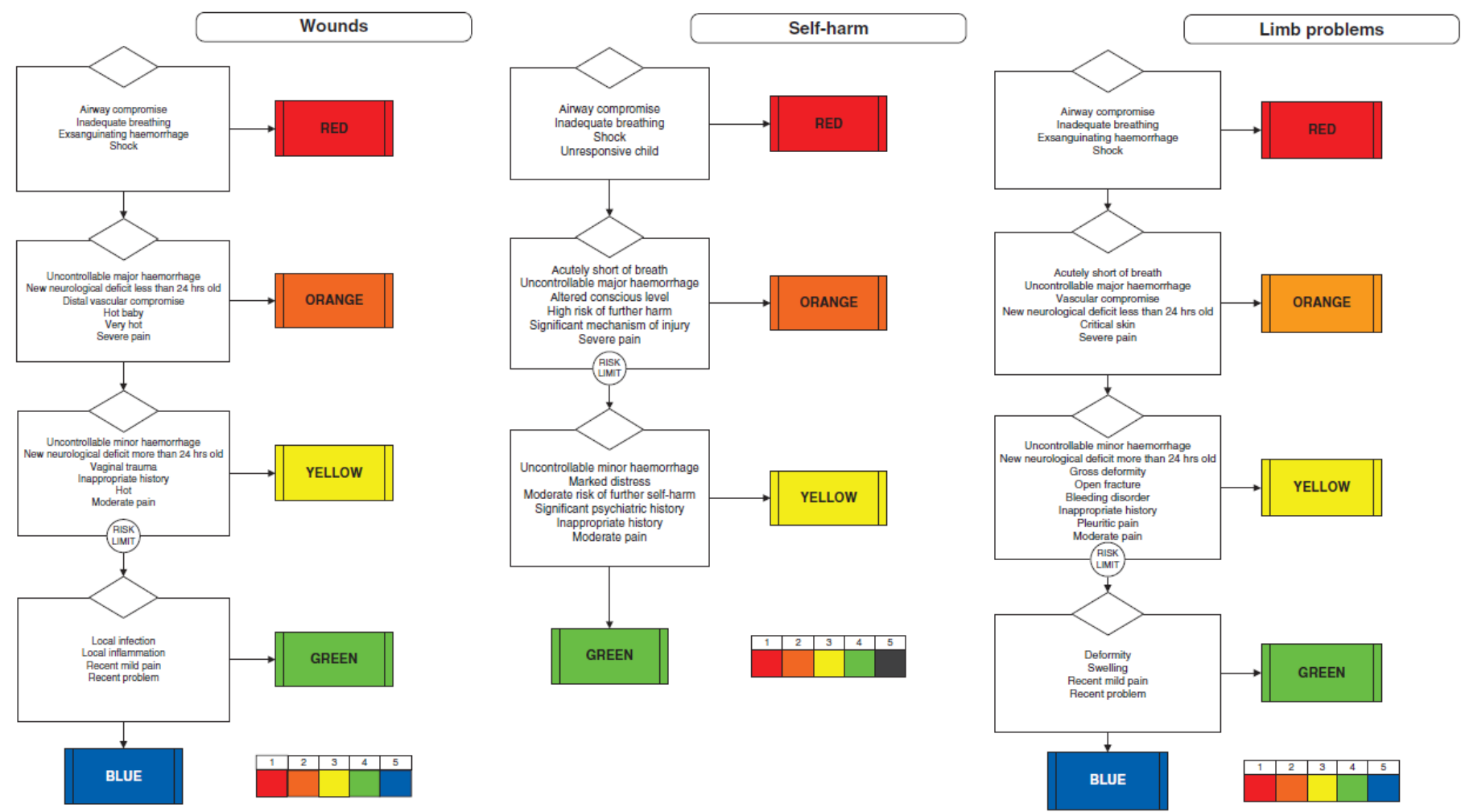
1. Agressão
2. Alergias
3. Asma
4. Auto-agressão
5. Bebé que chora
6. Cefaleia
7. Comportamento estranho
8. Convulsões
9. Corpo estranho
10. Criança com dificuldade de locomoção
11. Criança que não se sente bem
12. Criança irritável
13. Diabetes
14. Diarreia e/ou vómitos
15. Dispneia
16. Dispneia na criança
17. Doença mental
18. Doenças sexualmente transmissíveis
19. Dor abdominal

20. Dor abdominal na criança
21. Dor cervical
22. Dor de garganta
23. Dor lombar
24. Dor testicular
25. Dor torácica
26. Embriaguez aparente
27. Erupções cutâneas
28. Estado de inconsciência/síncope
29. Exposição a químicos
30. Feridas
31. Grande traumatismo
32. Gravidez
33. Hemorragia gastrointestinal
34. Hemorragia vaginal
35. Indisposição no adulto
36. Infecções locais e abscessos
37. Lesão toraco-abdominal
38. Mordeduras e picadas
39. Pais preocupados
40. Palpitações
41. Problemas estomatológicos
42. Problemas faciais
43. Problemas nos membros
44. Problemas oftalmológicos
45. Problemas de ouvidos
46. Problemas urinários
47. Queda

- 48. Queimaduras profundas e superficiais
- 49. Sobredosagem e envenenamento
- 50. Trauma crânio-encefálico
- 51. Catástrofes – avaliação primária
- 52. Catástrofes – avaliação secundária

Após a seleção do fluxograma mais adequado à queixa da pessoa, o triador deve percorrer os discriminadores presentes no mesmo, respondendo a perguntas de sim/não, até chegar a uma **que não consiga negar**. A resposta afirmativa a esse discriminador implica a atribuição da prioridade correspondente. Em caso de dúvida, a resposta será afirmativa, visto não ser possível negar a questão interrogada. Vários fluxogramas têm o mesmo discriminador, permitindo a adequada atribuição de prioridade a utentes que recorrem ao serviço de urgência por múltipla sintomatologia. No exemplo seguinte, um utente que tenha dado entrada por apresentar feridas auto-lesivas num dos membros superiores, e que não apresente situação psiquiátrica aguda, poderá ser triado pelos fluxogramas de ‘feridas’, ‘auto-agressão’ ou ‘problemas nos membros’:

Figura 1 - Exemplo de utilização da MTS



Fonte: Manchester Triage Group (2014)

Neste exemplo, percebe-se que selecionando ‘choque’, ‘hemorragia exsanguinante’, ‘grande hemorragia incontrolável’, ‘pequena hemorragia incontrolável’, ‘dor severa’, ‘dor moderada’, ‘dor ligeira’ ou ‘problema recente’ – os problemas identificados *a priori* neste caso – a prioridade atribuída será sempre a mesma. Pode-se perceber os discriminadores também não são comuns a todos os fluxogramas, pelo que se conta também com a experiência do triador em selecionar o fluxograma mais adequado à situação.

Tudo isto evidencia a coerência e sensibilidade desta triagem, bem como o esforço do Manchester Triage Group em melhorá-la cada vez mais, adequando-a à realidade pediátrica.

## 2.2. CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE

Apesar da implementação da MTS nos serviços de urgência pediátrica ao longo dos últimos anos, a versão pediátrica da CTAS ainda é utilizada em cerca de 20% destes serviços, tendo sido demonstrado que é uma escala altamente válida num estudo feito com a população portuguesa (Viana et al., 2023).

Segundo Fernández et al. (2010), a avaliação da criança ou adolescente através deste protocolo envolve 3 passos:

- O primeiro passo é a utilização do Triângulo de Avaliação Pediátrica – Trabalho respiratório, Aparência e Perfusão Periférica. A alteração de um destes parâmetros implica a atribuição de pelo menos uma prioridade de nível 3, a alteração de dois parâmetros implica a atribuição de pelo menos um nível 2, e a alteração em todos os parâmetros implica Ressuscitação.

**Figura 2** - Triângulo de Avaliação Pediátrico



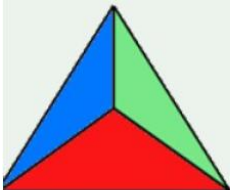
Fonte: INEM & Departamento de Formação em Emergência Médica (2021)

- O segundo passo implica a atribuição de um fluxograma de acordo com o problema principal – este fluxograma habitualmente envolve um sistema corporal, como por exemplo Sistema Respiratório, Sistema Gastrointestinal, Sistema Cardiovascular, entre outros. Dentro de cada fluxograma existem discriminadores relacionados com esse sistema específico, que permitem estabelecer a prioridade, que deve ser igual ou superior à já estabelecida após a avaliação do Triângulo. Ao contrário da MTS, estes discriminadores não são comuns entre os vários protocolos.
- O terceiro passo envolve a avaliação dos sinais vitais, existindo um patamar de risco que permite a atribuição de uma prioridade igual ou superior à já estabelecida no segundo passo.

O exemplo seguinte mostra uma criança, cujo problema principal seria de foro digestivo, pois terá vindo por vômitos persistentes ou biliares. No entanto, como o Triângulo de Avaliação Pediátrico tinha dois parâmetros afetados – a Aparência e a Perfusão Periférica– a prioridade atribuída foi a de nível 2 (Emergência).

**Figura 3 - Exemplo de utilização da CTAS**

[nota do autor: nesta imagem as cores das prioridades não são as originais da CTAS – poderá dever-se a uma tradução que tenha sido feita para a utilização deste protocolo em Portugal, onde o mais conhecido é a MTS, que utiliza a identificação por cores da imagem abaixo; a utilização do azul na CTAS como prioridade mais elevada poderá dever-se à expressão *code blue*, utilizada em situação de paragem cardiorrespiratória, que não é utilizada no nosso país, não fazendo sentido utilizar esta cor para a prioridade mais elevada]

|                                                                                     |                                   |                                           |                                    |                                     | Problema Principal              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|  |                                   |                                           |                                    |                                     | Respiratório                    |
|                                                                                     |                                   |                                           |                                    |                                     | Neurológico. SNC                |
|                                                                                     |                                   |                                           |                                    |                                     | Cardiovascular. Circulação      |
|                                                                                     |                                   |                                           |                                    |                                     | Músculo - esquelético           |
|                                                                                     |                                   |                                           |                                    |                                     | Pele                            |
|                                                                                     |                                   |                                           |                                    |                                     | <b>Digestivo</b>                |
|                                                                                     |                                   |                                           |                                    |                                     | Genito - urinário. Ginecológico |
| <b>I RESSUSCITAÇÃO</b>                                                              | <b>II- EMERGÊNCIA</b>             | <b>III-URGENTE</b>                        | <b>IV- POUCO URGENTE</b>           | <b>V- NÃO URGENTE</b>               |                                 |
| Trauma abdominal (penetrante ...)                                                   | Hematemese (hemorragia abu...     | <b>1-Vômitos persistentes / biliares.</b> | Obstipação                         | Vômitos ou diarreia crónicos, si... |                                 |
| Dificuldade em engolir com co...                                                    | Dor abdominal com vômitos, di...  | <b>1- Dor abdominal pós- traumática</b>   | Vômitos e/ou diarreia, sem desi... | Dor abdominal crónica ou recor...   |                                 |
| Vômitos e/ou diarreia com desi...                                                   | Ingestão de PILHA                 | Reavaliação                               | Dor abdominal leve                 | Não urgente                         |                                 |
|                                                                                     | Ingestão de corpo estranho co...  | <b>2-Dor abdominal moderado +/-...</b>    | Ingestão de corpo estranho (se...  |                                     |                                 |
|                                                                                     | Vômitos e/ou diarreia com desi... | Vômitos e/ou diarreia com desi...         | Icterícia isolada                  |                                     |                                 |
|                                                                                     |                                   |                                           | rectorragia                        |                                     |                                 |

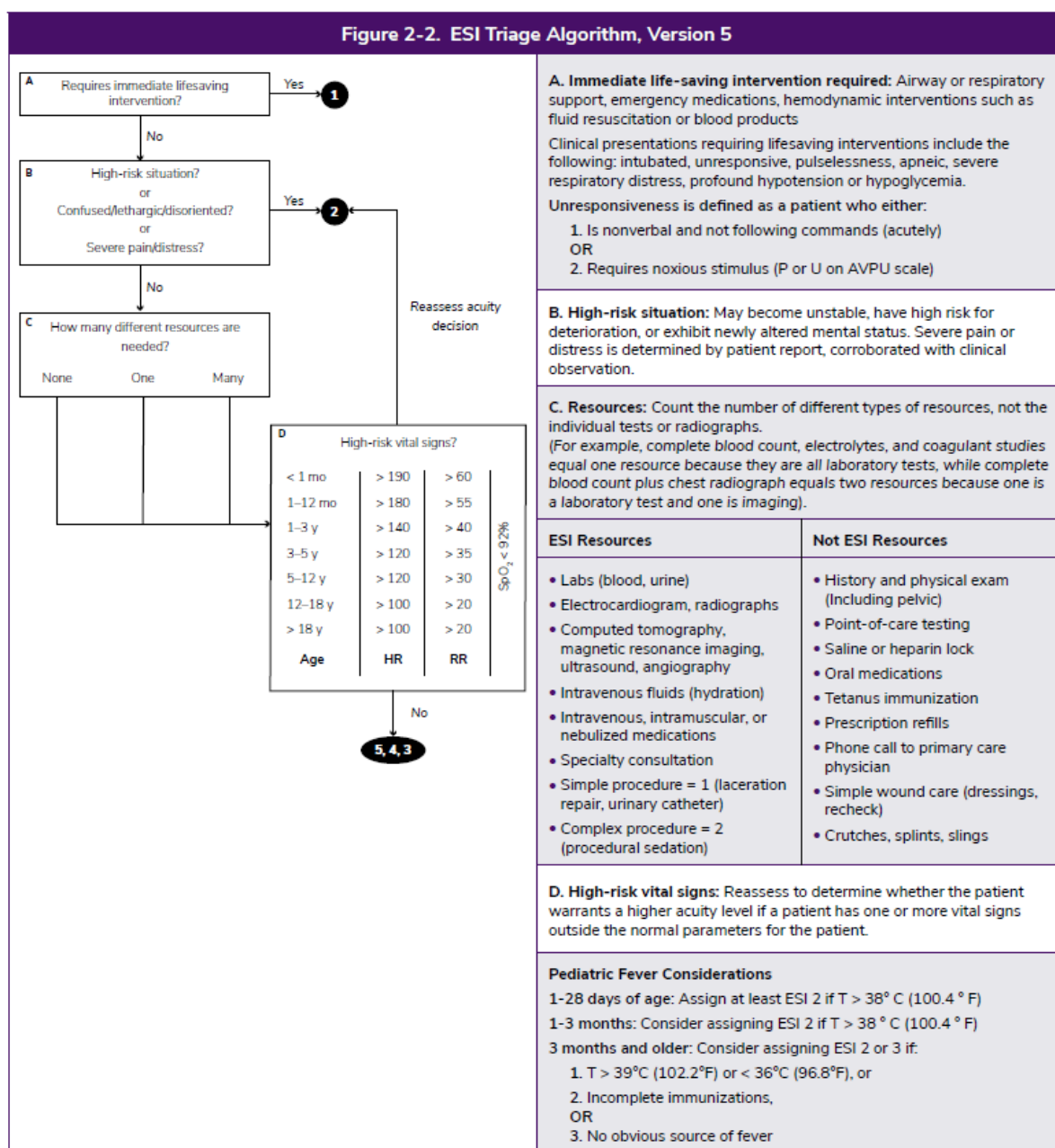
Ao contrário da MTS, neste protocolo os discriminadores não são sobreponíveis entre fluxogramas, o que impossibilita a articulação de sintomas iguais entre várias doenças. O enfermeiro triador deve conhecer igualmente bem este protocolo e ter experiência em contexto de urgência pediátrica para poder avaliar adequadamente a criança.

### 2.3. EMERGENCY SEVERITY INDEX

O ESI baseia-se num fluxograma único, atualmente na quinta versão, preditivo do número de recursos necessários para o tratamento de utentes estáveis em baixo risco, sendo o principal protocolo de triagem utilizado nos Estados Unidos da América e estando já a ser adotado largamente por outros países, tendo-se mostrado como um protocolo de triagem eficaz, fiável e válido para todos os grupos etários (Emergency Nurses Association, 2023). A árvore de decisão pretende responder a quatro simples questões, antes da atribuição de prioridade:

1. O utente está instável e a necessitar de uma intervenção *life saving*?
2. Estamos perante uma situação de alto risco?
3. Quantos recursos irá o utente necessitar?
4. É necessária uma reavaliação da prioridade, tendo por base os sinais vitais do utente?

Figura 4 - Fluxograma ESI



Fonte: Emergency Nurses Association (2023)

Como se pode observar, seguindo o fluxograma, e após se excluir a necessidade imediata de uma intervenção *life saving* (ESI 1), avalia-se se é uma situação de elevado risco, se o utente está letárgico ou confuso, ou se apresenta dor intensa (ESI 2). Caso o utente não se enquadre em nenhuma destas prioridades é estimado o número de recursos necessários à avaliação e tratamento daquele utente. São considerados recursos as análises laboratoriais, eletrocardiogramas, exames radiológicos, tomografias, ecografias, angiografias, fluidoterapia, medicação endovenosa, intramuscular ou nebulizada, consulta de especialidade,

procedimentos simples (como suturas e cateterizações urinárias) ou procedimentos complexos (como um procedimento sob sedação) – estes últimos contam como dois recursos. Assim sendo, caso se preveja que irá necessitar de dois ou mais recursos, é-lhe atribuída a ESI 3, caso se preveja que apenas necessite de um recurso, é-lhe atribuída a ESI 4, e caso seja previsível que não necessite de recursos, é-lhe atribuída a ESI 5. Neste momento, o triador deve ainda avaliar os sinais vitais do utente e perceber se estão no limiar de risco para a idade respetiva. Caso isso aconteça, o enfermeiro pode fazer uma reavaliação da prioridade atribuída e atribuir ESI 2 – aqui o protocolo não é claro, mas é referido que caso um dos valores esteja ligeiramente acima do limiar de risco, o triador não é obrigado a aumentar a prioridade, apoiando a visão e juízo clínico do enfermeiro (Emergency Nurses Association, 2023).

Tendo tudo isto em conta, o enfermeiro triador deve ter uma larga experiência em serviço de urgência, de modo que consiga prever eficazmente o que são situações de alto risco e quais os recursos necessários para tratar cada utente, tendo em conta a sua sintomatologia e os protocolos e métodos de trabalho inerentes ao seu serviço (Emergency Nurses Association, 2023). Ainda assim, ao ser baseado num fluxograma único, a sua trajetória de aprendizagem poderá ser mais simples que os restantes protocolos.

### 3. ABERTURA À MUDANÇA ORGANIZACIONAL

A abertura à mudança organizacional é importante em vários níveis da hierarquia organizacional, sendo central para as respostas dos colaboradores às ações estratégicas das organizações, e podendo ser decisiva para a implementação de novas políticas, processos e estruturas com sucesso no local de trabalho (Sinval et al., 2021). Esta abertura à mudança por parte dos colaboradores pode então ser um preditor do sucesso da implementação de qualquer mudança, neste caso de um protocolo de serviço.

Wanberg e Banas (2000) mostraram ainda que a abertura à mudança está associada a uma maior satisfação e menor irritabilidade no local de trabalho, bem como menor intenção de demissão. Por outro lado, Morrison e Jensen (2022) referem que a falta de uma visão clara dos enfermeiros gestores para o processo de mudança afeta negativamente a sua capacidade de garantir cuidados de elevada qualidade nas suas unidades, podendo aumentar os sentimentos de *stress* e os conflitos na equipa. Torna-se assim importante perceber o papel do enfermeiro gestor na abertura à mudança dos enfermeiros da prestação de cuidados.

A abertura organizacional à translação do conhecimento é também uma problemática já identificada por Rodrigues et al. (2023), que observaram dificuldades no processo de planeamento e avaliação por parte dos enfermeiros gestores, bem como nas atividades promotoras do envolvimento dos colaboradores. Para reforçar a abertura organizacional neste setor, os gestores deverão dar prioridade a estratégias reeducativas, ajustar a sua abordagem às diferenças demográficas e profissionais, e utilizar comunicação transparente, visto que o envolvimento dos colaboradores é essencial para uma implementação eficaz da mudança (Alshahrani et al., 2025). Deste modo, o enfermeiro gestor é uma figura de extrema importância na promoção da mudança, dinamizando as mesmas e promovendo um clima de trabalho que utiliza o processo de prática baseada na evidência para questionar, adquirir, avaliar, aplicar e analisar a informação (Rodrigues et al., 2023).

Esta mudança organizacional poderá estar relacionada com infraestruturas, equipas ou simplesmente um protocolo de serviço. Neste âmbito, qualquer que seja o protocolo de triagem instituído, sabe-se que este desempenha um papel fulcral na gestão e eficiência do Serviço de Urgência. Assim sendo, considera-se uma problemática relevante e atual o aumento desta eficiência para que se otimize a gestão dos Serviços de Urgência, bem como o envolvimento do enfermeiro gestor neste processo, que deve implementar mudanças significativas na sua equipa, desde que evidentemente justificadas, com potencial para a melhoria da gestão dos cuidados. Os enfermeiros gestores, sendo líderes, têm a capacidade de transformar equipas, e consequentemente as organizações (Belchior, 2024). Devem ainda

impulsionar e direcionar as instituições para um futuro dinâmico, de modo a obterem resultados positivos para estas e para as pessoas (Moreira & Nunes, 2024).

No entanto, a adaptação a uma nova realidade nem sempre é fácil, pelo que o líder deve conseguir facilitar esta transição. Com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), a transição é uma passagem entre dois períodos relativamente estáveis, conduzindo o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudanças, que ocorrem ao longo do tempo e têm um sentido de fluxo e movimento, guiado por alterações que provocam um período de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações.

Assim sendo, o gestor, como enfermeiro, deve potenciar e facilitar esta transição organizacional. O modelo de Kotter (2024) é uma ferramenta que pode ser utilizada pelo enfermeiro gestor para conduzir o processo de mudança nas organizações, através da implementação de 8 etapas:

- A primeira etapa consiste em **criar um sentido de urgência** dentro da organização, ou do serviço, neste caso. É fundamental que os colaboradores compreendam que a mudança é necessária e que existe um risco real em manter o *status quo*. Este sentido de urgência pode ser gerado através da apresentação de dados, análises de mercado e identificação de ameaças ou oportunidades que exijam uma resposta imediata.
- A segunda etapa passa por **constituir uma coligação orientadora**, ou seja, reunir um grupo de pessoas com influência, liderança e credibilidade dentro da organização, capazes de apoiar e impulsionar o processo de mudança. Estas pessoas devem trabalhar em conjunto para liderar o processo e motivar os outros a aderirem à mudança.
- De seguida, é essencial **desenvolver uma visão clara e uma estratégia para alcançar essa mudança**. A visão deve ser inspiradora e fácil de comunicar, permitindo que todos compreendam qual é o futuro desejado e de que forma a organização pretende lá chegar. A estratégia delineia os passos concretos a tomar para tornar essa visão uma realidade.
- Depois de definida a visão, entra-se na quarta etapa, que consiste em **comunicar a visão da mudança** de forma eficaz. É crucial que a comunicação seja clara, frequente e coerente, e que os líderes, através das suas atitudes e comportamentos, sirvam de exemplo vivo dessa visão. Só assim se conseguirá alinhar todo o serviço em torno do mesmo propósito.
- A quinta etapa implica **capacitar os colaboradores para a ação**, ou seja, eliminar obstáculos que possam dificultar o progresso, como estruturas burocráticas, falta de

formação ou resistência interna. Ao dar autonomia e apoio às equipas, facilita-se a proatividade e a resolução de problemas.

- De seguida, na sexta etapa, é importante **gerar vitórias a curto prazo**. Celebrar pequenas conquistas visíveis e mensuráveis ajuda a manter o entusiasmo, comprova que a mudança está a funcionar e reforça o compromisso das pessoas com o processo.
- Na sétima etapa, é necessário **consolidar estes ganhos** e usar o impulso gerado pelas vitórias iniciais para **promover mudanças adicionais**. A ideia é não abrandar o ritmo e continuar a adaptar processos, estruturas e práticas até que a mudança esteja completamente integrada.
- Por fim, a oitava etapa consiste em **enraizar as novas abordagens na cultura organizacional**. A mudança só será sustentável a longo prazo se passar a fazer parte dos valores, hábitos e normas do serviço. Isto implica assegurar que os comportamentos desejados são reconhecidos, recompensados e promovidos continuamente.

Pode-se então considerar que a aplicação deste modelo pelo enfermeiro gestor é pertinente porque fornece uma estrutura clara e focada para liderar a equipa de forma eficaz durante o processo. Este modelo ajuda a mobilizar os profissionais, a garantir o alinhamento da visão, a promover a aceitação da mudança e a integrá-la na cultura do serviço. Ao envolver a equipa, comunicar de forma estratégica e valorizar resultados, o enfermeiro gestor aumenta significativamente as hipóteses de uma implementação bem-sucedida, sustentável e centrada na melhoria da qualidade dos cuidados.

No entanto, também se deve ter em conta a abertura à mudança organizacional que os colaboradores possuem. Deste modo, a abertura à mudança pode ser influenciada por variáveis individuais ou variáveis específicas de cada contexto, sendo negativamente influenciada por falta de conhecimento sobre as necessidades de mudança, fracas relações profissionais, *burnout*, perceções negativas da liderança ou fraca confiança na gestão. Por outro lado, a confiança nos supervisores imediatos está associada à confiança na liderança de topo e impacta diretamente a motivação e o desempenho dos trabalhadores, pelo que a forma como a mudança é comunicada, mais do que o detalhe da informação, deve garantir compreensão da visão, honestidade e apoio, promovendo maior aceitação (Sinval et al., 2021).

Assim sendo, o enfermeiro gestor deve também ter uma atitude contínua de comunicação com a equipa, promovendo a sua motivação, comunicação e, consequentemente, a sua abertura à mudança, garantindo maior eficiência na gestão de mudanças do local de trabalho.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

## 1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O presente estudo enquadra-se numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em urgência pediátrica, considerando a perceção dos profissionais como um elemento-chave para avaliar e eventualmente reformular os sistemas e protocolos utilizados. Neste sentido, torna-se fundamental compreender o nível de satisfação dos enfermeiros relativamente ao protocolo de triagem em uso e explorar a sua abertura para possíveis alterações ou implementação de alternativas.

Como já referido, a pertinência do estudo surgiu após análise da literatura existente e da perceção do investigador relativamente ao antagonismo da mudança de protocolo de triagem pelos enfermeiros em contexto pediátrico, bem como da revisão da literatura que demonstra a existência de protocolos mais robustos que os atualmente utilizados no país. Caso se revele que exista abertura à mudança pelos enfermeiros para implementação de novo protocolo, será considerado propor à tutela nova testagem, avaliação e implementação deste protocolo, seguida de uma proposta de mudança na lei que o reflita.

### 1.1. OBJETIVOS

A presente investigação orienta-se pelos seguintes objetivos principais:

- Identificar o grau de satisfação dos enfermeiros das urgências pediátricas portuguesas com o protocolo de triagem que utilizam;
- Conhecer a perspetiva dos enfermeiros sobre o protocolo ESI em comparação ao protocolo de triagem em uso;
- Identificar o grau de abertura dos enfermeiros das urgências pediátricas portuguesas para a substituição do protocolo de triagem em uso;
- Analisar a relação entre fatores sociodemográficos dos enfermeiros com o grau de satisfação com o protocolo de triagem em uso.
- Analisar a relação entre fatores sociodemográficos dos enfermeiros com a abertura à substituição do protocolo de triagem em uso.

Deste modo, espera-se que os resultados possam contribuir para uma reflexão mais alargada sobre a prática da triagem em contexto pediátrico, oferecendo pistas para futuras intervenções, revisões de protocolo ou formação profissional.

### 1.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

Esta investigação centra-se em duas questões de partida:

- Qual é o grau de satisfação dos enfermeiros portugueses com o protocolo de triagem atualmente em uso nos Serviços de Urgência Pediátrica?
- Qual a abertura dos enfermeiros portugueses para a adoção de um protocolo de triagem alternativo?

Estas questões procuram refletir não apenas sobre a eficácia técnica do protocolo em uso, mas também sobre a sua aceitação prática e operacional por parte dos profissionais que o utilizam diariamente.

Para além disso foram formuladas as seguintes hipóteses:

- **H1** – Existe associação estatisticamente significativa entre a satisfação com o protocolo de triagem em uso e os fatores sociodemográficos – sexo, idade, formação académica, número de anos de profissão, número de anos no serviço atual, posse de título de Especialista e número de anos como Enfermeiro Especialista.
- **H2** – Existe associação estatisticamente significativa entre a abertura à mudança organizacional e os fatores sociodemográficos – sexo, idade, formação académica, número de anos de profissão, número de anos no serviço atual, posse de título de Especialista e número de anos como Enfermeiro Especialista.
- **H3** – Existe associação estatisticamente significativa entre a satisfação com o protocolo de triagem em uso e a abertura à mudança organizacional
- **H4** – Existe associação estatisticamente significativa entre a satisfação com o protocolo de triagem em uso e considerar propor a ESI.
- **H5** – Existe associação estatisticamente significativa entre a abertura à mudança organizacional e considerar propor a ESI.

### 1.3. TIPO DE ESTUDO

Optou-se pela realização de um estudo de natureza quantitativa, que permite uma abordagem objetiva e sistemática à recolha e análise dos dados. A opção pelo desenho transversal justifica-se pela intenção de obter uma *fotografia* do momento atual, captando as perceções dos profissionais num determinado ponto no tempo.

O estudo assume ainda um carácter descritivo-correlacional, procurando identificar os níveis de satisfação e de abertura à mudança dos enfermeiros, quanto ao protocolo de triagem em uso, assim como perceber relações com algumas variáveis sociodemográficas dos profissionais.

#### 1.4. VARIÁVEIS E OPERACIONALIZAÇÃO

O presente estudo contempla duas variáveis centrais: a satisfação com o protocolo de triagem em uso atualmente e a abertura à mudança organizacional. A par destas, foram consideradas várias variáveis independentes de natureza sociodemográfica e profissional, com o objetivo de explorar a sua eventual influência nas variáveis centrais.

##### 1.4.1. Variáveis Centrais

As variáveis centrais deste estudo são a satisfação com o protocolo de triagem em uso no serviço onde o profissional de saúde exerce funções e a abertura à mudança organizacional.

A satisfação com o protocolo de triagem no serviço onde o profissional exerce funções é operacionalizada através da aplicação da versão adaptada do Questionário de Satisfação com a Triagem, desenvolvido pelo Grupo Português de Triagem (s.d.), com 13 itens – “benefício para os utentes”, “benefício para os profissionais”, “organização do seu trabalho”, “organização do seu serviço”, “trabalho em equipa”, “atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica”, “adaptação à realidade do Serviço de Urgência Pediátrica”, “contribuição para uma melhor fluência do circuito de utente do serviço”, “contribuição para o correto encaminhamento do utente”, “contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados”, “aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem”, “conhecimentos dos utentes acerca da triagem” e “adequação do espaço físico”. Estes itens são pontuados através de uma escala de Likert que varia entre 1 (“muito insatisfeito”) e 5 (“muito satisfeito”), sendo que a valores mais elevados corresponde maior satisfação com o protocolo em uso.

A abertura à mudança organizacional foi avaliada através da Escala de Abertura à Mudança Organizacional (*Openness Toward Organizational Change Scale* – OTOCS), um instrumento validado para a população portuguesa, que mede a predisposição dos profissionais para aceitar e colaborar com mudanças no contexto organizacional, refletindo aspetos como a disposição para colaborar com mudanças propostas, a confiança nos benefícios da mudança e a compreensão do seu propósito. A variável é operacionalizada por 5 itens pontuados numa escala de Likert que varia entre 1 (“em reduzida medida”) e 5 (“em larga medida”). Quanto mais elevada a pontuação obtida, maior será a abertura à mudança.

##### 1.4.2. Variáveis independentes

As variáveis independentes consideradas no estudo são: o sexo, o local de trabalho, a idade, os anos de exercício profissional, os anos de trabalho no serviço atual, o nível de formação académica e a posse (ou não) do título de enfermeiro especialista. Estas variáveis foram recolhidas através de um questionário sociodemográfico e profissional aplicado aos participantes, permitindo a sua posterior análise enquanto fatores explicativos ou moderadores da abertura à mudança e da satisfação com o protocolo em vigor.

As variáveis sociodemográficas foram tratadas como nominais ou contínuas conforme o caso (por exemplo, sexo e título de enfermeiro especialista como variáveis nominais; idade e anos de profissão como variáveis contínuas), e as variáveis dependentes foram tratadas como variáveis contínuas.

### 1.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população-alvo da investigação são os enfermeiros que exercem funções em Serviços de Urgência Pediátrica. Trata-se de uma população altamente especializada, cujo contributo é crucial para a compreensão da realidade da triagem em contexto pediátrico.

Foi utilizada uma técnica de amostragem não probabilística, mais concretamente o método de 'bola de neve', adequado para populações específicas e de difícil acesso, neste caso devido à sua dispersão geográfica. A seleção inicial dos participantes foi feita através de informantes-chave, profissionais já conhecidos do investigador principal, com os quais já existiram contactos prévios estabelecidos em eventos científicos ou formações na área de pediatria, que progressivamente foram indicando outros elementos para participarem no estudo.

Foram ainda previamente definidos os seguintes critérios de inclusão, que visavam assegurar que os dados recolhidos se referiam diretamente à prática da triagem em urgência pediátrica e à experiência dos profissionais com o protocolo em estudo:

- Enfermeiros a exercer em Portugal;
- Com funções em serviços de urgência com atendimento pediátrico;
- Que desempenhem funções no posto de triagem.

Os critérios de exclusão adotados foram os seguintes:

- Enfermeiros com funções exclusivamente administrativas ou de gestão;
- Profissionais que não estejam diretamente envolvidos na triagem;
- Enfermeiros que não exerçam em contexto de urgência pediátrica.

Os informantes-chave foram convidados a participar e, em seguida, a indicar outros colegas que preenchiam os critérios de inclusão, promovendo uma cadeia de recrutamento com base na confiança e pertença ao mesmo grupo profissional. Este método permitiu maximizar a participação voluntária e alcançar profissionais distribuídos por diversas instituições do País.

Responderam ao inquérito 79 enfermeiros, sendo que destes foram excluídos 4 por se enquadrarem dentro dos critérios de exclusão – dois dos inquiridos não eram distribuídos no posto de triagem e dois deles não trabalhavam em serviços de urgência pediátrica. Assim sendo a amostra ficou constituída por 75 indivíduos.

## 1.6. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados é composto por quatro secções principais (APÊNDICE I): o questionário de satisfação com Triagem, o instrumento de avaliação da satisfação comparativa entre o protocolo em uso e o ESI, a Escala de Abertura à Mudança Organizacional e um questionário sociodemográfico.

O Questionário de Satisfação com a Triagem, desenvolvido pelo Grupo Português de Triagem (s.d.), é, na sua versão original, constituído por 13 itens valorizados através de uma escala de Likert que varia entre 1 (“muito insatisfeito”) e 5 (“muito satisfeito”). Para se chegar ao valor da satisfação global, calculou-se a média aritmética do somatório destes treze itens, com um mínimo possível de 1 e um máximo de 5. Este instrumento permite avaliar a satisfação dos profissionais relativamente à aplicação da MTS, considerando aspetos como clareza, utilidade, operacionalidade e impacto no funcionamento do serviço. Como não foram encontrados estudos que avaliem a consistência interna da escala, foi calculado o valor de  $\alpha$  de Cronbach com um valor 0,90, revelando elevada consistência interna e confiabilidade. Devido à sua abrangência e confiabilidade, de modo a gerar índices de comparabilidade, este questionário foi também aplicado no caso de os participantes utilizarem a versão pediátrica da CTAS.

O instrumento para avaliar em termos comparativos a satisfação com o protocolo em uso no serviço de urgência pediátrica onde cada enfermeiro exerce funções e o ESI foi adaptado do Questionário de Satisfação com a Triagem do Grupo Português de Triagem (s.d.), nomeadamente os itens “benefício para os utentes”, “benefício para os profissionais”, “organização do seu trabalho”, “organização do seu serviço”, “atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade”, “adaptação à realidade do Serviço de Urgência Pediátrica”, “contribuição para uma melhor fluidez do circuito de utente do serviço”, “contribuição para o correto encaminhamento do utente” e “contribuição para uma melhoria da qualidade dos

cuidados de saúde prestados”. Para estes itens foram colocadas as seguintes opções de resposta: “Protocolo que utilizo atualmente”; “Ambos são equiparados” ou “ESI”.

A Escala de Abertura à Mudança Organizacional, traduzida e validada para a população portuguesa e brasileira por Sinval et al. (2021) tem como objetivo medir a disponibilidade dos indivíduos para apoiar a mudança organizacional e a abertura em relação à mudança organizacional, sendo especialmente pertinente neste estudo, que propõe analisar a receptividade à adoção de um novo protocolo de triagem. É constituído por 5 itens pontuados numa escala de Likert que varia entre 1 e 5 relativamente à abertura à mudança, sendo que 1 corresponde a “Em reduzida medida” e 5 “Em larga medida”. Destes itens, o segundo e o quarto são invertidos antes da sua análise. O cálculo do valor da mudança organizacional consiste na média do somatório dos 5 itens, sendo o *score* mínimo possível o valor 1, que corresponde a reduzida abertura à mudança e o máximo o valor 5, que corresponde a grande abertura à mudança. Estes itens são os seguintes:

1. Considero que estou “aberto” a mudanças que alterem as minhas funções no trabalho.
2. Neste momento, estou um pouco resistente a mudanças no meu trabalho.
3. Estou ansioso pela implementação de mudanças nas minhas tarefas.
4. Estou bastante relutante em mudar a forma como trabalho.
5. Na minha opinião, a implementação de mudanças no trabalho trará melhorias.

A versão original *Openness Toward Organizational Change Scale* (OTOCS) inclui os mesmos cinco itens tendo-se verificado uma fiabilidade aceitável ( $\alpha$  de Cronbach = 0,80 e de fiabilidade composta (*CR*) = 0,80 e uma estrutura unidimensional, com evidência de validade convergente (em termos de estrutura interna) quase aceitável (*AVE* = 0,45) (Miller et al., 1994). Também o estudo de Sinval et al. (2021), permitiu confirmar um valor de *AVE* de 0,40, que indica evidências de validade convergente quase aceitáveis em termos da estrutura interna do OTOCS. Em termos de fiabilidade verificou-se uma consistência interna, com valores de  $\alpha$  de Cronbach e *CR* = 0,75, que denotam uma fiabilidade aceitável. Também neste estudo o  $\alpha$  de Cronbach foi de 0,76.

O Questionário Sociodemográfico foi desenvolvido pelo investigador, e visou recolher dados para a caracterização da amostra, tais como idade, sexo, anos de experiência profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício em urgência pediátrica, formação académica e posse do título de Especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros.

## 1.7. RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi realizada por meio do instrumento, composto por quatro secções, apresentado no ponto anterior, disponibilizado através da plataforma *Google Forms*, de forma a facilitar o acesso e a participação dos enfermeiros, independentemente da sua localização geográfica. Esta abordagem digital assegura uma maior abrangência, permitindo ao mesmo tempo uma recolha sistematizada e segura dos dados.

Antes de iniciar o preenchimento do questionário, os participantes tiveram acesso a um termo de consentimento informado, onde foram explicitados os objetivos do estudo, os procedimentos de recolha e tratamento de dados, os direitos dos participantes, e as garantias de confidencialidade e voluntariedade. Apenas os profissionais que deram o seu consentimento livre, informado e esclarecido poderiam avançar para o preenchimento do questionário. Em caso de não consentimento, o formulário seria automaticamente encerrado. Logo após a declaração de consentimento, o participante declarava ainda não se enquadrar dentro de nenhum dos critérios de exclusão.

## 1.8. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao software IBM® SPSS Statistics, versão 28. Foi efetuada a análise da estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central médias e medianas e medidas de dispersão ou variabilidade como desvios-padrão, valor máximo, valor mínimo e amplitude de variação).

Na análise estatística inferencial foi considerada a avaliação da normalidade das distribuições, para a tomada de decisão sobre os testes estatísticos paramétricos ou não paramétricos a utilizar. Recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov para grupos maiores que 50 e o de Shapiro-Wilk, quando a análise era realizada por grupos inferiores a 50. Recorreu-se ainda aos coeficientes de assimetria (sk) e curtose (ku), que segundo Bentler e Wu (2002) conforme citado por Marôco, (2014) são apropriados quando inferiores a 3.

Foram utilizados testes de correlação de Pearson ou de Spearman; teste *t* de Student para a diferença de médias com grupos independentes; análise de variância a um factor (ANOVA) A significância estatística foi assumida para  $p \leq 0,05$ . Esta análise visa detetar padrões, relações e diferenças significativas entre grupos, contribuindo para uma interpretação mais robusta dos dados. Os resultados obtidos serão apresentados de forma clara e objetiva, acompanhados de tabelas e gráficos ilustrativos sempre que necessário, para facilitar a compreensão das conclusões e apoiar a discussão dos resultados à luz da literatura científica existente.

## 1.9. CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS

O presente estudo respeita todos os princípios éticos e legais aplicáveis, sendo que os dados recolhidos não permitem a identificação direta ou indireta dos participantes, tendo sido tratados de forma anónima e confidencial. Estes princípios estão em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) (Regulamento (UE) n.º 679/2016, de 27 de abril), garantindo a segurança, integridade e confidencialidade da informação recolhida. Os dados serão armazenados exclusivamente no computador pessoal do investigador principal e na sua *cloud* privada, acessíveis apenas aos orientadores e ao próprio investigador.

Os instrumentos de colheita de dados incluídos no questionário foram utilizados após envio de pedido formal e autorização expressa dos autores (APÊNDICE II). O questionário foi implementado após parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação onde o estudo foi enquadrado (APÊNDICE III).

Antes de iniciar a aplicação do questionário, os participantes tiveram acesso a um termo de consentimento informado, onde foram explicados os objetivos do estudo, os procedimentos, os direitos dos participantes e a garantia de confidencialidade. Caso o consentimento não tenha sido dado explicitamente, o questionário era automaticamente encerrado, não tendo sido recolhida qualquer informação.

A participação no estudo foi totalmente voluntária, sem qualquer custo ou compensação envolvida. Não se identificaram riscos físicos, psicológicos ou legais para os participantes, nem benefícios diretos, embora se espere que os resultados possam ter contribuído indiretamente para a melhoria dos serviços e das condições de trabalho dos enfermeiros.

## 2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Neste capítulo, apresenta-se a análise detalhada dos resultados do presente estudo, com o intuito de compreender diferentes dimensões relacionadas com a mudança organizacional e a implementação da ESI. Esta análise aborda os resultados obtidos através da Escala de Abertura à Mudança Organizacional, a descrição do protocolo de triagem utilizado pelos participantes, e a opinião dos mesmos relativamente à ESI. Engloba ainda correlações entre estes resultados e os dados sociodemográficos colhidos.

### 2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Conforme presente na Tabela 2, a amostra foi constituída por 75 participantes, dos quais 63 eram do sexo feminino (84%) e 12 do sexo masculino (16%). A idade dos participantes apresentou uma média de 41,32 anos ( $\pm 10,441$ ), com uma mediana de 41 anos e os valores a variar entre os 24 e os 65 anos.

Relativamente à experiência profissional, os participantes apresentaram, em média, 18,43 anos de exercício ( $\pm 10,331$ ), com uma mediana de 18 anos e valores a oscilar entre 2 e 41 anos. No que se refere ao tempo de exercício no serviço atual, a média foi de 13,28 anos ( $\pm 9,869$ ), com uma mediana de 10 anos e o intervalo observado situando-se entre 1 e 36 anos.

Quanto à distribuição geográfica dos locais de trabalho, 38 dos participantes exerciam funções na região Centro (50,7%), 33 na região de Lisboa e Vale do Tejo (44%), e 4 na região Norte (5,3%). Não houve participantes da Região Sul nem dos arquipélagos.

Relativamente à formação académica, apenas 1 dos participantes possuía Doutoramento (1,3%), 27 possuíam grau de Mestre (36%), 24 apenas possuíam Licenciatura (32%) e 23 tinham complementado a sua formação base com Pós-Graduação ou Pós-Licenciatura (30,7%).

No que diz respeito à posse do título de Enfermeiro Especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros, 29 participantes referiram que não o possuíam (38,7%), enquanto 46 dos participantes referiram possuí-lo (61,3%). Destes, a maioria (41 participantes) eram Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. As restantes especializações dos participantes incluíram Enfermagem de Reabilitação com 2 participantes a referirem ter esta especialização, e Enfermagem Comunitária, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de cuidados à Pessoa em Situação Crítica com 1 participante cada. Nenhum destes participantes detinha título de especialista em mais do que uma área.

Entre os participantes detentores do título de Enfermeiro Especialista, o tempo médio de exercício nessa condição era de 10,80 anos ( $\pm 8,839$ ), com uma mediana de 7,5 anos e com os valores a variarem entre 1 e 33 anos.

**Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra**

|                                                                               | n          | %          |              |                |           |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|--------------|----------------|-----------|
| <b>Sexo</b>                                                                   |            |            |              |                |           |
| Masculino                                                                     | 12         | 16,0       |              |                |           |
| Feminino                                                                      | 63         | 84,0       |              |                |           |
| Total                                                                         | 75         | 100,0      |              |                |           |
| <b>Local de trabalho</b>                                                      |            |            |              |                |           |
| Região Norte                                                                  | 4          | 5,3        |              |                |           |
| Região Centro                                                                 | 38         | 50,7       |              |                |           |
| Região de Lisboa e Vale do Tejo                                               | 33         | 44,0       |              |                |           |
| Total                                                                         | 75         | 100,0      |              |                |           |
| <b>Formação Académica</b>                                                     |            |            |              |                |           |
| Licenciatura                                                                  | 24         | 32,0       |              |                |           |
| Pós-Graduação ou Pós-Licenciatura                                             | 23         | 30,7       |              |                |           |
| Mestrado                                                                      | 27         | 36,0       |              |                |           |
| Doutoramento                                                                  | 1          | 1,3        |              |                |           |
| Total                                                                         | 75         | 100,0      |              |                |           |
| <b>Título de Enfermeiro Especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros</b> |            |            |              |                |           |
| EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica                                   | 1          | 1,3        |              |                |           |
| Enfermagem Comunitária                                                        | 1          | 1,3        |              |                |           |
| Enfermagem de Reabilitação                                                    | 2          | 2,7        |              |                |           |
| Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica                                     | 41         | 54,7       |              |                |           |
| Enfermagem Médico-Cirúrgica                                                   | 1          | 1,3        |              |                |           |
| Não                                                                           | 29         | 38,7       |              |                |           |
| Total                                                                         | 75         | 100,0      |              |                |           |
|                                                                               | <b>Min</b> | <b>Máx</b> | <b>Média</b> | <b>Mediana</b> | <b>DP</b> |
| Idade (anos)                                                                  | 24         | 65         | 41,32        | 41             | 10,441    |
| Anos profissão                                                                | 2          | 41         | 18,43        | 18             | 10,331    |
| Anos no serviço atual                                                         | 1          | 36         | 13,28        | 10             | 9,869     |
| Tempo de Enfermeiro Especialista (anos)                                       | 1          | 33         | 10,80        | 7,5            | 8,839     |

## 2.2. SATISFAÇÃO COM O PROTOCOLO DE TRIAGEM UTILIZADO

Os participantes foram questionados sobre qual o grau de satisfação com o protocolo de triagem que utilizam atualmente. Ao se tentar associar a variável ‘satisfação com o protocolo de triagem’ com a variável “protocolo atualmente em uso”, esta dividiu os participantes em dois grupos: Triagem de Manchester (n = 72; 96%) e Triagem Canadiana (n = 3; 4%). O teste de Kolmogorov-Smirnov revelou violação da normalidade na distribuição da variável “satisfação com o protocolo atual” no grupo de Triagem de Manchester ( $p = 0,027$ ). No grupo de Triagem Canadiana, o teste não foi considerado válido devido ao tamanho muito reduzido da amostra ( $n < 5$ ).

Assim, dada a grande diferença no tamanho dos grupos e a violação da normalidade, não foram aplicados testes estatísticos inferenciais, pelo que se optou por apresentar apenas estatística descritiva das médias de satisfação na sua globalidade. Conforme se pode observar na Tabela 3, a média da satisfação global com o protocolo de triagem atualmente em uso pelos inquiridos é de  $3,212 \pm 0,654$  e uma mediana de 3,231, o que reflete uma satisfação tendencialmente positiva. Especificamente, destacam-se os valores de média inferior a 3 nos itens “adaptação à realidade do Serviço de Urgência Pediátrica”, “aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem”, “conhecimento dos utentes acerca da triagem” e “adequação do espaço físico”. A mediana nestes dois últimos itens obteve também o valor mais baixo relativamente aos restantes itens.

**Tabela 3** – Mínimo, máximo, média, mediana e desvio-padrão do questionário sobre satisfação com o protocolo de triagem utilizado (n=75)

|                                            | Min   | Máx   | Média | Mediana | DP    |
|--------------------------------------------|-------|-------|-------|---------|-------|
| Benefício para os utentes                  | 2     | 5     | 3,49  | 4       | 0,778 |
| Benefício para os profissionais            | 1     | 5     | 3,32  | 3       | 0,989 |
| Organização do seu trabalho                | 1     | 5     | 3,65  | 4       | 0,862 |
| Organização do seu serviço                 | 1     | 5     | 3,57  | 4       | 0,961 |
| Trabalho em equipa                         | 1     | 5     | 3,85  | 4       | 0,817 |
| Atendimento segundo o grau de prioridade   | 2     | 5     | 3,47  | 3       | 0,875 |
| Adaptação à realidade do serviço           | 1     | 5     | 2,72  | 3       | 0,994 |
| Contribuição para melhor fluidez           | 1     | 5     | 3,36  | 3       | 0,954 |
| Contribuição para correto encaminhamento   | 1     | 5     | 3,36  | 3       | 0,910 |
| Contribuição para melhoria da qualidade    | 1     | 5     | 3,43  | 4       | 0,903 |
| Aceitação em relação a tempos de espera    | 1     | 5     | 2,85  | 3       | 0,911 |
| Conhecimento dos utentes sobre a triagem   | 1     | 5     | 2,25  | 2       | 0,871 |
| Adequação do espaço físico                 | 1     | 4     | 2,43  | 2       | 1,080 |
| Satisfação global (média itens anteriores) | 1,538 | 4,692 | 3,212 | 3,231   | 0,654 |

### 2.3. ABERTURA À MUDANÇA ORGANIZACIONAL

Para a avaliação da OTOCS – Escala de Abertura à Mudança Organizacional, foram feitas cinco perguntas aos inquiridos.

- Relativamente ao item 1, “considero que estou ‘aberto’ a mudanças que alterem as minhas funções no trabalho”, este obteve uma média de  $4,19 \pm 0,651$ , com mediana de 4, mínimo de 3 e máximo de 5.
- Relativamente ao item 2, “neste momento, estou um pouco resistente a mudanças no meu trabalho”, após inversão, este obteve um média de  $4,2 \pm 0,9$ , com mediana de 4, mínimo de 2 e máximo de 5.

- O item 3, “estou ansioso pela implementação de mudanças nas minhas tarefas”, obteve um média de  $3,16 \pm 0,987$ , com mediana de 3, mínimo de 1 e máximo de 5.
- Após inversão, o item 4, “estou bastante relutante em mudar a forma como trabalho”, obteve um média de  $4,08 \pm 0,85$ , com mediana de 4, mínimo de 2 e máximo de 5.
- O item 5, “na minha opinião, a implementação de mudanças no trabalho trará melhorias”, obteve um média de  $3,83 \pm 0,876$ , com mediana de 4, mínimo de 2 e máximo de 5.

Globalmente, a variável “abertura à mudança organizacional” apresenta uma média de  $3,891 \pm 0,613$  e uma mediana de 3,8, com valor mínimo de 2,2 e máximo de 5. Estes dados estão sintetizados na tabela 4.

**Tabela 4** – Mínimo, máximo, média, mediana e desvio-padrão dos itens da escala OTOCS (n=75)

|                                         | Min | Máx | Média | Mediana | DP    |
|-----------------------------------------|-----|-----|-------|---------|-------|
| Item 1                                  | 3   | 5   | 4,19  | 4       | 0,651 |
| Item 2 (após inversão)                  | 2   | 5   | 4,2   | 4       | 0,9   |
| Item 3                                  | 1   | 5   | 3,16  | 3       | 0,987 |
| Item 4 (após inversão)                  | 2   | 5   | 4,08  | 4       | 0,85  |
| Item 5                                  | 2   | 5   | 3,83  | 4       | 0,876 |
| Score abertura à mudança organizacional | 2,2 | 5   | 3,891 | 3,8     | 0,613 |

Destaca-se a média e medianas obtidas no item “estou ansioso pela implementação de mudanças nas minhas tarefas”, valores bastante mais baixos comparados com os restantes itens da escala. Ainda assim, o *score* global pode indicar que existe uma abertura tendencialmente positiva à mudança organizacional por parte dos elementos da amostra.

#### 2.4. PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE PROTOCOLO EM USO EM COMPARAÇÃO COM A ESI

Foi solicitado aos inquiridos que indicassem qual o protocolo que consideravam mais vantajoso relativamente a nove itens do instrumento apresentado no ponto anterior, já que os restantes itens foram excluídos por serem considerados desadequados, por avaliarem características intrínsecas aos utentes e de infraestruturas, não estando estas directamente relacionados com a utilização do protocolo. As opções de resposta disponíveis foram: “protocolo atualmente utilizado”, “ESI” e “ambos são equiparados”.

- Benefício para os utentes: 25 participantes consideraram que o protocolo atualmente utilizado é o mais vantajoso (33,3%), 36 participantes entenderam que ambos os

protocolos são equiparados (48%) e 14 participantes consideraram a ESI como o protocolo mais vantajoso (18,7%).

- Benefício para os profissionais: 24 participantes consideraram que o protocolo atualmente utilizado é o mais vantajoso (32%), 31 indicaram que ambos os protocolos são equiparados (41,3%) e 20 apontaram a ESI como mais vantajosa (26,7%).
- Organização do trabalho: 21 participantes referiram que o protocolo atualmente utilizado é o mais vantajoso (28%), 33 consideraram que ambos são equiparados (44%) e 21 atribuíram maior vantagem à ESI (28%).
- Organização do serviço: 26 participantes consideraram mais vantajoso o protocolo atualmente em uso (34,7%), 34 indicaram que ambos são equiparados (45,3%) e 15 atribuíram vantagem à ESI (20%).
- Atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade: 28 participantes indicaram que o protocolo atualmente utilizado é o mais vantajoso (37,3%), 29 consideraram que ambos são equiparados (38,7%) e 18 atribuíram vantagem à ESI (24%).
- Adaptação à realidade do Serviço de Urgência Pediátrica: 33 participantes indicaram que o protocolo atualmente utilizado é o mais vantajoso (44%), 25 consideraram que ambos são equiparados (33,3%) e 17 atribuíram maior vantagem à ESI (22,7%).
- Contribuição para uma maior fluidez do circuito do utente no serviço: 20 participantes referiram que o protocolo atualmente utilizado é o mais vantajoso (26,7%), 34 consideraram que ambos são equiparados (45,3%) e 21 atribuíram vantagem à ESI (28%).
- Contribuição para o correto encaminhamento do utente: 25 participantes consideraram que o protocolo atualmente utilizado é o mais vantajoso (33,3%), 34 afirmaram que ambos são equiparados (45,3%) e 16 consideraram a ESI mais vantajosa (21,3%).
- Contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados: 21 participantes indicaram que o protocolo atualmente utilizado é o mais vantajoso (28%), 34 consideraram que ambos são equiparados (45,3%) e 20 atribuíram maior vantagem à ESI (26,7%).

A tabela 5 mostra os resultados das questões a estes nove itens:

**Tabela 5 - Percepção dos enfermeiros sobre protocolo em uso em comparação com a ESI**

|                                                                                    | n  | %     |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| <b>Benefício para os utentes</b>                                                   |    |       |
| Protocolo que utilizo atualmente                                                   | 25 | 33,3  |
| Ambos são equiparados                                                              | 36 | 48,0  |
| ESI                                                                                | 14 | 18,7  |
| Total                                                                              | 75 | 100,0 |
| <b>Benefício para os profissionais</b>                                             |    |       |
| Protocolo que utilizo atualmente                                                   | 24 | 32,0  |
| Ambos são equiparados                                                              | 31 | 41,3  |
| ESI                                                                                | 20 | 26,7  |
| Total                                                                              | 75 | 100,0 |
| <b>Organização do seu trabalho</b>                                                 |    |       |
| Protocolo que utilizo atualmente                                                   | 21 | 28,0  |
| Ambos são equiparados                                                              | 33 | 44,0  |
| ESI                                                                                | 21 | 28,0  |
| Total                                                                              | 75 | 100,0 |
| <b>Organização do seu serviço</b>                                                  |    |       |
| Protocolo que utilizo atualmente                                                   | 26 | 34,7  |
| Ambos são equiparados                                                              | 34 | 45,3  |
| ESI                                                                                | 15 | 20,0  |
| Total                                                                              | 75 | 100,0 |
| <b>Atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade</b>                        |    |       |
| Protocolo que utilizo atualmente                                                   | 28 | 37,3  |
| Ambos são equiparados                                                              | 29 | 38,7  |
| ESI                                                                                | 18 | 24,0  |
| Total                                                                              | 75 | 100,0 |
| <b>Adaptação à realidade do Serviço de Urgência Pediátrica</b>                     |    |       |
| Protocolo que utilizo atualmente                                                   | 33 | 44,0  |
| Ambos são equiparados                                                              | 25 | 33,3  |
| ESI                                                                                | 17 | 22,7  |
| Total                                                                              | 75 | 100,0 |
| <b>Contribuição para uma melhor fluidez do circuito de utente do serviço</b>       |    |       |
| Protocolo que utilizo atualmente                                                   | 20 | 26,7  |
| Ambos são equiparados                                                              | 34 | 45,3  |
| ESI                                                                                | 21 | 28,0  |
| Total                                                                              | 75 | 100,0 |
| <b>Contribuição para o correto encaminhamento do utente</b>                        |    |       |
| Protocolo que utilizo atualmente                                                   | 25 | 33,3  |
| Ambos são equiparados                                                              | 34 | 45,3  |
| ESI                                                                                | 16 | 21,4  |
| Total                                                                              | 75 | 100,0 |
| <b>Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados</b> |    |       |
| Protocolo que utilizo atualmente                                                   | 21 | 28,0  |
| Ambos são equiparados                                                              | 34 | 45,3  |
| ESI                                                                                | 20 | 26,7  |
| Total                                                                              | 75 | 100,0 |

Globalmente, percebemos que apenas em relação ao item “Contribuição para uma melhor fluidez do circuito de utente do serviço” se verificou que o protocolo ESI seria mais vantajoso comparativamente ao protocolo em uso, embora, percentagens de resposta acima do 20% na maioria dos itens mereçam ser consideradas como relevantes.

Relativamente à opinião dos inquiridos sobre as vantagens da ESI, a questão colocada de forma direta, sobre se considerariam que a ESI poderia ser mais vantajosa que o protocolo atualmente utilizado, 32 desses indivíduos responderam “sim” (42,7%) e 43 desses indivíduos respondeu “não” (57,3%). Foi ainda perguntado aos indivíduos se considerariam propor a implementação da ESI no seu serviço, onde 32 desses indivíduos responderam “sim” (42,7%) e 43 desses indivíduos respondeu “não” (57,3%).

## 2.5. ASSOCIAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM O PROTOCOLO EM USO E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Foi realizada uma correlação bivariada com análise do coeficiente de correlação de Spearman entre a variável central “satisfação com o protocolo de triagem em uso” e as variáveis contínuas “idade”, “número de anos de profissão”, “número de anos no serviço atual” e “tempo como enfermeiro especialista”.

A correlação desta variável central com todas estas variáveis independentes demonstrou correlação negativa muito fraca, não sendo significativa, rejeitando **H1**. A tabela 6 demonstra estes resultados:

**Tabela 6** - Associação entre a variável “satisfação com o protocolo em uso” e as variáveis contínuas

|                                         | n  | p      | Sig. (p) |
|-----------------------------------------|----|--------|----------|
| Idade                                   | 75 | -0,099 | 0,397    |
| Nº de anos de profissão                 | 75 | -0,103 | 0,377    |
| Nº de anos no serviço atual             | 75 | -0,143 | 0,221    |
| Nº de anos como Enfermeiro Especialista | 44 | -0,055 | 0,723    |

Foi ainda feita uma análise descritiva com o objetivo de verificar se os níveis de satisfação com o protocolo atual diferem em função do local de trabalho. Dada a reduzida dimensão de respostas nesta variável, não se realizaram testes paramétricos. Come se pode verificar na tabela 7, as médias de satisfação observadas foram de  $3,036 \pm 0,595$  na Região Centro,  $3,354 \pm 0,666$  na Região Lisboa e Vale do Tejo e  $3,712 \pm 0,712$  na Região Norte.

**Tabela 7** - Média e desvio-padrão da satisfação com o protocolo em cada região (n=75)

|                                 | n  | Média | DP    |
|---------------------------------|----|-------|-------|
| Região Centro                   | 38 | 3,036 | 0,595 |
| Região de Lisboa e Vale do Tejo | 33 | 3,354 | 0,666 |
| Região Norte                    | 4  | 3,712 | 0,712 |

## 2.6. ASSOCIAÇÃO ENTRE A ABERTURA À MUDANÇA ORGANIZACIONAL E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Foram realizados testes para verificar a associação entre a variável central “abertura à mudança organizacional” e as variáveis independentes.

Relativamente à associação com o sexo, os resultados indicaram que a variável “mudança à abertura organizacional” não seguia uma distribuição normal no grupo dos homens ( $p = 0,015$ ), mas não houve violação da normalidade no grupo das mulheres ( $p = 0,093$ ). No entanto, a assimetria e curtose do grupo dos homens foi verificada, com os valores respetivos de 2,16 e 0,77, sendo valores considerados apropriados. Considerando ainda que os grupos têm tamanhos razoáveis ( $n \geq 30$ ) e que o teste  $t$  é robusto a desvios da normalidade em amostras moderadas, foi mantida a aplicação do teste  $t$  para amostras independentes, com interpretação cautelosa dos resultados.

O teste  $t$  para amostras independentes foi realizado com o objetivo de avaliar se existiam diferenças significativas na mudança à abertura organizacional entre homens e mulheres. O teste de Levene indicou heterogeneidade de variâncias ( $F = 4,496$ ,  $p = 0,037$ ), pelo que foi utilizada a versão do teste  $t$  com variâncias não assumidas iguais (teste de Welch). Os resultados revelaram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos,  $t(22,992) = -0,753$ ,  $p = 0,459$  (bilateral). Em termos descritivos, os homens apresentaram uma média de  $3,800 \pm 0,409$ , enquanto as mulheres apresentaram uma média de  $3,391 \pm 0,645$ . A diferença média entre os grupos foi de  $-0,108 \pm 0,143$ , o que não representa um efeito significativo. Assim, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na mudança à abertura organizacional entre homens e mulheres nesta amostra.

**Tabela 8** - Média e desvio-padrão da abertura à mudança organizacional por sexo ( $n=75$ )

|           | n  | Média | DP    |
|-----------|----|-------|-------|
| Masculino | 12 | 3,800 | 0,409 |
| Feminino  | 63 | 3,391 | 0,645 |

Relativamente à variável idade, foi verificada a normalidade da amostra relativamente a esta variável e à variável ‘abertura à mudança organizacional’. Como a amostra é igual ou superior a 50, foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov, em que neste caso  $p > 0,05$ , pelo que se assume que a amostra tem uma distribuição normal relativamente a estas variáveis. Os resultados do teste de normalidade indicaram distribuição aproximadamente normal: abertura à mudança organizacional ( $D(75) = 0,096$ ,  $p = 0,086$ ) e idade ( $D(75) = 0,095$ ,  $p = 0,092$ ).

Considerando a normalidade das variáveis, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson para analisar a relação entre elas. O resultado evidenciou um coeficiente de correlação muito próximo de zero ( $r = 0,010$ ), com significância estatística não significativa ( $p = 0,931$ ), indicando ausência de associação linear entre a abertura à mudança organizacional e a idade na amostra estudada.

Relativamente à abertura à mudança consoante os participantes possuíam ou não título de Enfermeiro Especialista, como se observa na tabela 9, os participantes sem título apresentaram uma média de  $3,910 \pm 0,726$  e os com título uma média de  $3,878 \pm 0,537$  na escala de abertura à mudança. A diferença média entre os grupos foi de 0,0321 pontos (erro padrão = 0,1462), o que representa uma diferença mínima e estatisticamente não significativa. Conclui-se, assim, que não existem diferenças estatisticamente significativas na abertura à mudança entre os profissionais com e sem título de enfermeiro especialista, nesta amostra.

**Tabela 9** - Média e desvio-padrão da abertura à mudança organizacional por posse de título de Especialista ( $n=75$ )

|                                       | n  | Média | DP    |
|---------------------------------------|----|-------|-------|
| Sem título de Enfermeiro Especialista | 29 | 3,910 | 0,726 |
| Com título de Enfermeiro Especialista | 46 | 3,878 | 0,537 |

Para analisar se existiam diferenças entre ambos os grupos, foi verificada a normalidade para ambos os grupos utilizando o teste de Shapiro-Wilk, sendo as distribuições normais - grupo sem título ( $p = 0,322$ ) e com título ( $p = 0,067$ ). Assim sendo, foi feito o teste de Mann-Whitney U que revelou  $p = 0,523$ , revelando a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nesta amostra.

Foi feita uma análise descritiva para analisar se a abertura à mudança organizacional dos indivíduos difere tendo em conta a sua formação académica. Assim sendo, como observado na tabela 10, os indivíduos com Licenciatura apresentavam uma média de  $3,858 \pm 0,772$ , os indivíduos com Pós-Graduação ou Pós-Licenciatura  $3,930 \pm 0,535$ , com Mestrado  $3,874 \pm 0,541$  e o indivíduo com Doutoramento apresentava uma abertura à mudança organizacional com média de 4,200.

**Tabela 10** - Média e desvio-padrão da abertura à mudança organizacional por formação académica ( $n=75$ )

|                                   | n  | Média | DP    |
|-----------------------------------|----|-------|-------|
| Licenciatura                      | 24 | 3,858 | 0,772 |
| Pós-graduação ou Pós-licenciatura | 23 | 3,930 | 0,535 |
| Mestrado                          | 27 | 3,874 | 0,541 |
| Doutoramento                      | 1  | 4,200 | -     |

Foi igualmente feita análise descritiva da abertura à mudança organizacional por região do país. Como observado na tabela 10, a média do grupo Região Centro foi  $3,979 \pm 0,556$ , da Região Lisboa e Vale do Tejo foi  $3,727 \pm 0,630$  e da Região Norte foi  $4,400 \pm 0,693$ . Este resultado sugere que o local de trabalho pode estar associado aos níveis de abertura à mudança organizacional, sendo observada uma média muito superior na Região Norte, comparando com a Região Centro e a Região de Lisboa e Vale do Tejo.

**Tabela 11** - Média e desvio-padrão da abertura à mudança organizacional por região do país (n=75)

|                                 | n  | Média | DP    |
|---------------------------------|----|-------|-------|
| Região Centro                   | 38 | 3,979 | 0,556 |
| Região de Lisboa e Vale do Tejo | 33 | 3,727 | 0,630 |
| Região Norte                    | 4  | 4,400 | 0,693 |

Com estes resultados, não se verifica que exista evidência estatisticamente significativa entre a variável dependente 'abertura à mudança organizacional' com as variáveis sexo, idade e posse de título de enfermeiro especialista, rejeitando **H2**. A sua associação com a região do país onde se exerce funções e com a formação académica deve ser explorada no futuro com amostras maiores que confrontem estes achados.

## 2.7. ASSOCIAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM O PROTOCOLO ATUAL E ABERTURA À MUDANÇA ORGANIZACIONAL

Para investigar a associação entre as variáveis "satisfação com o protocolo de triagem" em uso e a "abertura à mudança organizacional" na amostra de 75 indivíduos foram inicialmente realizados testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov). Ambos os testes indicaram que as variáveis seguem uma distribuição aproximadamente normal: abertura à mudança organizacional ( $D(75) = 0,096$ ,  $p = 0,086$ ) e satisfação com o protocolo ( $D(75) = 0,084$ ,  $p = 0,200$ ).

Dado que as variáveis cumpriam o pressuposto da normalidade, procedeu-se à análise da correlação de Pearson. Os resultados mostraram um coeficiente de correlação fraco e negativo ( $r = -0,058$ ), não estatisticamente significativo ( $p = 0,621$ ), indicando que não há evidência de associação linear entre a abertura à mudança organizacional e a satisfação com o protocolo de triagem atual na amostra estudada, rejeitando **H3**.

## 2.8. ASSOCIAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM O PROTOCOLO ATUAL E CONSIDERAR PROPOR A ESI

Para analisar se existiam diferenças na satisfação com o protocolo atual entre os profissionais que considerariam propor a implementação da ESI e os que não considerariam, foi aplicado o teste  $t$  para amostras independentes.

A suposição de normalidade foi verificada através do teste de Kolmogorov-Smirnov, não tendo sido observadas violações significativas em nenhum dos grupos ( $p = 0,200$  para o grupo “não” e  $p = 0,187$  para o grupo “sim”), o que valida o pressuposto de normalidade necessário para aplicar o teste  $t$ . O teste de Levene indicou que as variâncias entre os grupos podiam ser assumidas como iguais ( $F = 2,557$ ;  $p = 0,114$ ), pelo que foi utilizada a linha correspondente no teste  $t$ . Os resultados do teste  $t$  para amostras independentes mostraram que não existe uma diferença estatisticamente significativa na satisfação com o protocolo atual entre os dois grupos:  $t(73) = 1,277$ ,  $p = 0,206$  (bilateral).

A diferença média entre os grupos foi de 0,194 pontos  $\pm 0,152$ , o que não representa uma diferença significativa do ponto de vista estatístico. Especificamente, os profissionais que não considerariam propor a implementação da ESI apresentaram uma média de satisfação com o protocolo atual de  $3,295 \pm 0,708$ , enquanto os que considerariam apresentaram uma média de  $3,101 \pm 0,565$ .

Conclui-se, portanto, que não existem diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o protocolo atual entre os profissionais que considerariam ou não propor a ESI, nesta amostra, rejeitando **H4**.

## 2.9. ASSOCIAÇÃO ENTRE A ABERTURA À MUDANÇA ORGANIZACIONAL E CONSIDERAR PROPOR A ESI

Com o objetivo de analisar se existiam diferenças na abertura à mudança entre os profissionais que considerariam propor a implementação da ESI e os que não considerariam, foi utilizado o teste  $t$  para amostras independentes.

Antes da análise, foi verificada a suposição de normalidade em ambos os grupos, através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Os resultados revelaram que não houve violação da normalidade em nenhum dos grupos ( $p = 0,200$  para ambos), validando o pressuposto necessário à aplicação do teste  $t$ .

Os resultados do teste  $t$  revelaram uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos:  $t(73) = -2,919$ ,  $p = 0,005$  (bilateral). A diferença média foi de  $-0,398$  pontos  $\pm 0,136$ , indicando que os profissionais que considerariam propor a implementação da ESI

apresentaram maior abertura à mudança em comparação com os que não considerariam. Especificamente, a média de abertura à mudança foi de  $4,119 \pm 0,609$  no grupo que consideraria propor a ESI e de  $3,721 \pm 0,564$  no grupo que não consideraria.

Conclui-se, portanto, que há uma diferença estatisticamente significativa na abertura à mudança consoante a predisposição para propor a implementação da ESI, sendo a abertura à mudança organizacional mais elevada nos profissionais que se mostram favoráveis à proposta, aceitando-se assim a hipótese **H5**.

### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os achados revelam que os enfermeiros portugueses que trabalham em serviços de urgência pediátrica estão moderadamente satisfeitos com o protocolo de triagem que utilizam atualmente, algo que pode ser extrapolado para o já evidenciado por Salgueiro (2019), que refere que a maioria dos enfermeiros de um centro hospitalar português estão satisfeitos com o protocolo de triagem que utilizam, considerando-o fiável. No entanto, este estudo foi efetuado em urgências gerais, pelo que se justifica a sua pertinência em serviços de urgência pediátrica.

Evidenciou-se neste trabalho que poderá haver relação entre satisfação com o protocolo em uso e a região do país onde os indivíduos trabalham. A região do país é uma variável que poderá exprimir a cultura regional e a cultura organizacional, estando ambas intimamente ligadas. Isto é corroborado pelos achados de Zhu et al. (2022), que revelam que os valores culturais podem ter impacto na performance e inovação dentro da organização. Iremadze (2023) e Simovic et al. (2023) reforçam mesmo que a própria cultura organizacional é altamente influenciada pela região do país, sendo que existem diferenças culturais em ramos da mesma empresa que se situem em regiões diferentes do país. No entanto, estes dados devem ser interpretados com cautela devido à amostra reduzida de enfermeiros que trabalham em determinadas regiões do país, sendo que se deve considerar um estudo futuro com amostras de enfermeiros maiores que evidenciem isto.

Este estudo é também, do conhecimento dos autores, o primeiro que se propõe a avaliar a satisfação dos enfermeiros dos serviços de urgência pediátrica com o protocolo de triagem que utilizam. Para além disso, na literatura, existem estudos que avaliaram a satisfação dos enfermeiros com a existência de um protocolo de triagem, não o direcionando para um protocolo específico, algo que este estudo tentou fazer (Alazaka et al., 2024).

Pode-se constatar que os enfermeiros inquiridos apresentam relativamente boa abertura à mudança organizacional de acordo com a escala OTOCS. Este é o primeiro estudo (segundo o conhecimento dos autores) que avalia a abertura à mudança organizacional dos enfermeiros utilizando esta escala, pelo que a confrontação de resultados utilizará outros estudos como base.

Ainda assim, pode-se verificar com estes dados que não existe evidência que a abertura à mudança organizacional esteja associada à idade, sexo, posse de título de Enfermeiro Especialista ou número de anos de profissão. Por outro lado, os resultados sugerem que a abertura à mudança poderá variar tendo em conta o local de trabalho dos inquiridos, podendo esta associação estar relacionada com a cultura organizacional da instituição. Relativamente

à formação académica, existem resultados promissores que devem ser explorados no futuro, com amostras maiores.

Relativamente à associação com o sexo, estes achados vão ao encontro do explicitado por Sinval et al. (2021) que revelam que a abertura à mudança organizacional não está relacionada com o sexo dos indivíduos. Os achados de Constanza et al. (2012) revelaram também que a vontade de mudança no local de trabalho não estará relacionada com as variáveis geracionais, o que pode suportar os achados deste estudo relativamente à falta de associação significativa entre a idade e a abertura organizacional.

No que respeita às restantes variáveis, não foi encontrada evidência que pudesse corroborar estes resultados, pelo que é necessário um futuro investimento em estudos que associem a abertura à mudança organizacional a fatores sociodemográficos, particularmente em enfermeiros. Ainda assim, existem várias conclusões de outros autores que merecem particular atenção, como é o caso de Ozkalay et al. (2021), que concluíram que a atitude face à mudança dos enfermeiros é globalmente positiva. Também Rodrigues et al. (2023), numa amostra de enfermeiros portugueses, concluíram que existe bom nível de abertura organizacional para a translação do conhecimento, com a variável 'clima organizacional para a mudança' obtendo o maior *score* entre as variáveis neste estudo, sugerindo a presença de coesão e abertura orientada para a mudança nesta população. Pode-se estabelecer um paralelismo com os resultados deste estudo que indicam que pode existir uma abertura tendencialmente positiva à mudança organizacional por parte desta amostra.

Verificou-se ainda que os profissionais mais propensos a propor a implementação da ESI são os que têm maior abertura à mudança organizacional, mas também os que a consideram um protocolo mais vantajoso. Esta proposta de implementação não estará relacionada com a satisfação que os profissionais apresentam com o protocolo que utilizam atualmente, dando robustez a estes dados e reduzindo o viés. Isto vai ao encontro do identificado por Elsheshtawy et al. (2024), que refere que os enfermeiros mais bem preparados para a mudança organizacional são os enfermeiros que implementam intervenções e atitudes inovadoras nos seus locais de trabalho.

Neste contexto, é possível interpretar estes resultados à luz do primeiro passo do modelo de mudança organizacional proposto por Kotter (1996) — a criação de um sentido de urgência. Segundo o autor, a consciencialização da necessidade de mudar é essencial para mobilizar os profissionais e iniciar o processo de transformação. O facto de uma proporção significativa de enfermeiros considerar a proposta de adoção do protocolo ESI, mesmo estando moderadamente satisfeitos com o atual, pode ser visto como um indício de reconhecimento de oportunidades de melhoria. Assim, esta perceção de necessidade, ainda que moderada,

poderá constituir o início da construção de um sentido de urgência para a mudança organizacional nas urgências pediátricas portuguesas.

Os resultados deste estudo evidenciaram ainda que o grupo que considerou propor a implementação de um novo protocolo de triagem tem maior abertura à mudança organizacional, ou seja, os indivíduos com maior abertura à mudança não têm receio de propor alternativas a novos protocolos e métodos de trabalho. Isto vai ao encontro do evidenciado por Liu (2021) que refere que a abertura à mudança está fortemente relacionada com equipas de pessoas com comportamentos inovadores, e por Zona et al. (2020), que referem a abertura à mudança está fortemente ligada à vontade de iniciar a mudança e ao compromisso para a mudança. A liderança é também um fator essencial para a implementação dos processos de mudança, estando esta intimamente relacionada com a cultura organizacional e com a vontade dos colaboradores em iniciar o processo de mudança (Engida et al., 2022). Assim, e tendo em conta que existe abertura para a mudança de uma prática, deve o enfermeiro gestor liderar este processo, tendo em conta a cultura organizacional da sua instituição, minimizando o impacto desta transição, uma das premissas de Meleis (2010).

Este estudo demonstrou ainda que, relativamente à escala de abertura à mudança organizacional utilizada, apesar de a mesma estar validada para a população portuguesa, o item que refere ‘estou ansioso pela implementação de mudanças nas minhas tarefas’ teve uma média bastante mais baixa que os restantes. Isto poderá dever-se à conotação que o termo ansiedade poderá ter, indicando uma sensação aflitiva ou de sofrimento (Priberam, s.d.). De acordo com Sinval et al. (2021), a versão original desta escala refere “*I am looking forward to the implementation of changes in my work role*”. Este item poderá ser traduzido utilizando conotações menos negativas como ‘guardo com expectativa a implementação de mudanças no meu trabalho’ ou ‘sinto-me entusiasmado com a implementação de mudanças nas minhas tarefas’, pelo que se sugere uma revisão desta tradução no futuro.

#### **4. LIMITAÇÕES E PERSPETIVAS FUTURAS**

Apesar da pertinência deste estudo, existiram algumas limitações que são importantes referir, e que deverão ser tidas em conta em estudos futuros.

Relativamente à amostra, tentou-se que a amostra fosse significativa a nível nacional, mas observou-se falta de representatividade da Região Norte, Região Sul e Arquipélagos. Também relativamente ao protocolo de triagem atualmente em uso, verificou-se que apenas 4% dos inquiridos ainda utilizam a CTAS – isto poderá significar que o seu uso se está a tornar obsoleto ou que não houve respostas de zonas do país onde a mesma ainda se utilize. Assim, deveria identificar-se quais os serviços de urgência pediátrica onde ainda a mesma seja utilizada e ponderar se faz sentido avaliá-la nestes estudos ou se será mais pertinente utilizá-la como critério de exclusão e realizar estudos futuros apenas com a MTS.

Poderá ainda ser necessário um futuro estudo exploratório cujo objetivo seja perceber o que estes enfermeiros pensam da ESI e quais serão as maiores barreiras que colocam ao seu uso. É ainda importante esclarecer que a ESI poderá ser vista como um protocolo mais complexo, a aplicar apenas por enfermeiros peritos, o que poderá significar uma diminuição nos recursos humanos a utilizar este protocolo de triagem, criando barreiras adicionais à gestão.

Ainda assim, é importante, tendo em conta a evidência disponível, propor à tutela a utilização da ESI como substituta à MTS, de modo a poder avaliar a sua sensibilidade em território nacional, e uma mudança na legislação caso se passe a justificar o seu uso sobre a MTS e a CTAS. Esta avaliação inicial deveria ser feita na região do país onde se verificasse uma maior abertura à mudança organizacional, criando menos barreiras à sua implementação.

Futuramente poderá também ser pertinente a realização de um estudo onde se possa avaliar se o indivíduo já passou por um processo de mudança de protocolo de triagem e a sua perspetiva sobre esse processo e sobre o papel da gestão ao longo do processo. Como este foi um estudo pioneiro na avaliação da abertura à mudança organizacional dos enfermeiros, poderá ainda ser igualmente importante estudar uma amostra maior, representativa de todos os enfermeiros portugueses que trabalhem nos mais variados serviços, e associar esta abertura a variáveis sociodemográficas e a outras, como o empoderamento, vontade de iniciar a mudança, compromisso para a mudança e a adoção de comportamentos inovadores.

## CONCLUSÃO

O presente estudo constituiu uma oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre a satisfação dos enfermeiros portugueses que trabalham em serviços de urgência pediátrica relativamente aos protocolos de triagem atualmente em uso, bem como sobre a sua abertura à mudança organizacional, dimensão que até ao momento não havia sido explorada na literatura, segundo o conhecimento dos autores.

Os resultados obtidos revelam que os enfermeiros se encontram moderadamente satisfeitos com o protocolo de triagem que utilizam, sendo possível que esta satisfação esteja associada à região do país em que exercem funções. Esta constatação sugere que fatores contextuais e culturais podem influenciar significativamente a perceção dos profissionais sobre os protocolos de triagem, reforçando a pertinência de uma análise mais aprofundada sobre o impacto da cultura organizacional na adesão a práticas clínicas.

Paralelamente, verificou-se que os enfermeiros apresentam uma boa abertura à mudança organizacional, não se encontrando evidência de associação desta variável com características sociodemográficas ou académicas, como a idade, o sexo, a formação académica, o título de Enfermeiro Especialista ou os anos de profissão. Pelo contrário, emergiu como relevante o local de trabalho, que parece exercer influência sobre a predisposição para a mudança, corroborando a importância da cultura institucional no sucesso de processos de inovação e adaptação organizacional.

Importa ainda destacar que os profissionais com maior abertura à mudança são também aqueles que se revelaram mais favoráveis à implementação da ESI, reconhecendo-a como um protocolo potencialmente mais vantajoso. Esta associação fortalece a ideia de que a introdução de novos modelos de triagem poderá beneficiar de uma estratégia de gestão que valorize a abertura, a flexibilidade e a predisposição para a inovação, ao invés de assentar apenas na satisfação com os protocolos vigentes. A ausência de relação entre a intenção de propor a ESI e a satisfação com o protocolo atual confere robustez a esta conclusão, reduzindo a possibilidade de enviesamento.

Enquanto estudo pioneiro no contexto nacional, este trabalho assume-se como um contributo relevante para o conhecimento em Enfermagem, ao explorar dimensões ainda pouco investigadas no campo da enfermagem e da gestão em saúde. Contudo, as limitações identificadas, nomeadamente no que respeita à representatividade da amostra e à reduzida utilização da CTAS, evidenciam a necessidade de futuros estudos com amostras mais alargadas e distribuídas equitativamente pelas várias regiões do país.

Perspetiva-se, assim, a importância de investigações futuras que explorem, de forma mais abrangente, o papel da cultura organizacional na adoção de novos protocolos, bem como os

potenciais impactos da experiência prévia de mudança na predisposição dos enfermeiros portugueses para novos processos de implementação. É ainda relevante referir que apesar de os enfermeiros estarem satisfeitos com o protocolo que utilizam atualmente, uma grande parte consideraria propor a ESI, pelo que se torna pertinente analisar de forma mais sistemática as barreiras e facilitadores da implementação deste protocolo, de modo a sustentar com maior rigor a sua eventual adoção em território nacional e, caso se verifique, proposta à tutela para a sua testagem, validação e implementação.

Em síntese, este estudo reforça a relevância de promover uma cultura organizacional aberta, crítica e inovadora, capaz de sustentar a implementação de protocolos de triagem mais sensíveis e eficazes, como a ESI, em substituição de modelos que se revelem obsoletos ou menos adequados. A incorporação de políticas de saúde que valorizem a participação dos enfermeiros e reconheçam o papel da cultura organizacional poderá traduzir-se em ganhos significativos, não apenas ao nível da gestão dos serviços de urgência pediátrica, mas sobretudo na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados às crianças e às suas famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alazaka, A., El-Afand, A., & Ahmed, S. (2024). Perception and Satisfaction of Nursing Staff Regarding Triage Application in the Emergency Department. *Helwan International Journal for Nursing Research and Practice* 3(5), 264-285.
- Alshahrani, M., Alshamrani, M., Alhabib, S., (2025). Attitudes toward Organizational Change Strategies among Healthcare Professionals and Administrative Staff: An Applied Study in King Fahd Medical City, Riyadh. *Saudi J Health Syst Res* 5(2), 64–78. <https://doi.org/10.1159/000545095>
- Belchior, A. (2024). Práticas de liderança dos enfermeiros diretores. In. R. Marques, M. Nené & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (pp. 212-216). Lidel.
- Canadian Association of Emergency Physicians (2013). *The Canadian Triage and Acuity Scale Combined Adult/Paediatric Educational Program – Participant’s Manual* (version 2.5b). [https://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant\\_manual\\_v2.5b\\_november\\_2013\\_0.pdf](https://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf)
- Costanza, D., Badger, J., Fraser, R., Severt, J., & Gade, P. (2012). Generational Differences in Work-Related Attitudes: A Meta-analysis. *J Bus Psychol* 27, 375–394. <https://doi.org/10.1007/s10869-012-9259-4>
- Costa, F. (2020). *Triagem de Manchester: Intervenção dos Enfermeiros* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2022/02/Triagem-Manchester-Intervenc%C3%A7%C3%A3o-dos-enfermeiros.pdf>
- Costa, F., Torres, R., & Sousa, C. (2022). Manchester Triage: Nurses’ perceptions of its contributions and influencing factors. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21028. <https://doi.org/10.12707/RV21028>
- Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de março. Cria o serviço de urgência hospitalar. Em *Diário da República: Série I-B, n.º 55, 1865-1866*.
- Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Revoga os Despachos n.º 18459/2006, de 30 de julho, 24681/2006, de 25 de outubro e 727/2007, de 18 de dezembro de 2006. Em *Diário da República: Série II, n.º 153, 20673-20678*.

Despacho n.º 19124/2005, de 2 de setembro. Em *Diário da República: Série II, n.º 169, 12834-12834*.

Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro. Estabelece disposições no âmbito do Sistema de Triagem de Manchester (MTS). Em: *Diário da República, Série II, n.º 22, 3039-3039*.

Despacho n.º 3762/2015, de 15 de abril. Determina disposições referentes à triagem das crianças nos hospitais com Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, Serviço de Urgência Polivalente ou Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica. Em: *Diário da República: Série II, n.º 73, 9186-9187*.

DGS (2015). *Norma 002/2015, atualizada a 23 de outubro – Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*.  
[https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA002\\_2015.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA002_2015.pdf)

Ebrahimi, M., Mirhaghi, A., Najafi, Z., Shafaei, H., & Roudi, M. (2020). Are Pediatric Triage Systems Reliable in the Emergency Department?. *Emergency medicine international*, 2020, 9825730. <https://doi.org/10.1155/2020/9825730>

Elsheshtawy, B., Abdalla, N., & Abdelmonem, A. (2024). Factors Associated with Nurses' Readiness for Organizational Change and Its Relation to Innovative Work Behaviors. *Journal of Nursing Science* 5(1).

Engida, Z., Alemu, A. & Mulugeta, M. (2022). The effect of change leadership on employees' readiness to change: the mediating role of organizational culture. *Futur Bus J* 8, 31. <https://doi.org/10.1186/s43093-022-00148-2>

Emergency Nurses Association (2023). *Emergency Severity Index Handbook Fifth Edition*. Emergency Nurses Association.

Fekonja, Z., Kmetec, S., Fekonja, U., Reljić, N. M., Pajnikihar, M., & Strnad, M. (2024). Emergency triage nurses' perceptions of caring behaviors and the safety of the patient during triage encounters: a grounded theory study. *BMC Nursing*, 23(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02122-5>

Fernandéz, A., Pijoan, J., Ares, M., Mintegi, S., & Benito, F. (2010). Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: assessment in a European pediatric emergency department. *Emergencias*, 2010(22), 355-360.

Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no serviço de urgência: Manual do formador* (2.ª ed).

Grupo Português de Triagem (s.d.). *Inquérito de Satisfação – Triagem de Manchester*.

- INEM & Departamento de Formação em Emergência Médica (2021). *Manual de Suporte Avançado de Vida Pediátrico*.
- Iremadze, L. (2023). Organizational culture diversity in a regional context. *International Scientific Journal Innovative Economics and Management* 10(1), 24-32. <https://doi.org/10.46361/2449-2604.10.1.2023.24-3>
- Kotter, J. (1996). *Leading Change*. Harvard Business School Press.
- Kotter, J. (2024). *8 Steps to Accelerate Change in Your Organization*. Kotter Inc.
- Liu J. (2021). Linking Psychological Capital and Behavioral Support for Change: The Roles of Openness to Change and Climate for Innovation. *Frontiers in psychology*, 12, 612149. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.612149>
- Magalhães-Barbosa, M., Robaina, J., Prata-Barbosa, A., & Lopes, C. (2019). Reliability of triage systems for paediatric emergency care: a systematic review. *Emergency medicine journal: EMJ*, 36(4), 231–238. <https://doi.org/10.1136/emered-2018-207781>
- Manchester Triage Group (2014). *Emergency Triage* (3<sup>rd</sup> edition). Wiley Blackwell.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber: Análise e Gestão de Informação, Lda.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Spring Publishing Company.
- Miller, V. D., Johnson, J. R., & Grau, J. (1994). Antecedents to willingness to participate in a planned organizational change. *Journal of Applied Communication Research*, 22(1), 59–80. <https://doi.org/10.1080/00909889409365387>
- Mollet, A., Rousselet, L., Tristram, D., Kalach, N., Pelzer, M., Charkaluk, M., & Delebarre, M. (2023). Comparison between local and three validated triage systems in an emergency department for 2126 children under 3 months. *Acta paediatrica* 112(9), 1986–1994. <https://doi.org/10.1111/apa.16858>
- Moreira, C., & Nunes, J. (2024). Práticas de liderança dos enfermeiros gestores. In. R. Marques, M. Nené & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (pp. 217-224). Lidel.
- Morrison, V. J., & Jensen, A. L. (2022). Between a rock and a hard place: Nurse managers' experiences of large-scale organizational change in the public health service. *Journal of Advanced Nursing* 78, 3385–3397. <https://doi.org/10.1111/jan.15413>
- Nelson, K., & Pilon, B. (2015). Managing Organizational Transitions: *The Chief Nurse Perspective*. *Nurse Leader*, 13(3), 71-76.

- Ortega-Arroyo, A. (2025). *Triage Systems: Prioritizing Care in Emergency Departments*. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&AN=JB1190>.
- Ozkalay, G., & Karaka, A. (2021). Nurses' attitudes toward change and the affecting factors. *International Journal of Caring Sciences* 14(1), 362.
- Pishbin, E., Ebrahimi, M. & Mirhaghi, A (2019). Do physicians and nurses agree on triage levels in the emergency department? A meta-analysis. *Notfall Rettungsmed* 22, 379–385. <https://doi.org/10.1007/s10049-019-0580-6>
- Portaria n.º 338/2024/1, de 19 de dezembro. Procede à extensão do projeto «Ligue antes, salve vidas» à Unidade Local de Saúde de Coimbra, E. P. E., no sentido do desenvolvimento de respostas de proximidade às necessidades assistenciais em situação de urgência. Em: *Diário da República: Série I, n.º 246*.
- Priberam (s.d.). *Ansiedade*. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. <https://dicionario.priberam.org/ansiedade>
- Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Em: *Diário da República: Série II, n.º 148*, 128-155.
- Regulamento (UE) n.º 679/2016, de 27 de abril. Regulamento Geral Sobre a Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia. Em: *Jornal Oficial da União Europeia L119*.
- Rodrigues, F., Pereira, R., & Martins, M. (2023). Cultura organizacional para a mudança num contexto hospitalar: uma perspectiva de enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 36, eAPE00551.
- Roukema, J., Steyerberg, E., Van Meurs, A., Ruige, M., Van der Lei, J., & Moll, H. (2006). Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emergency medicine journal: EMJ*, 23(12), 906–910. <https://doi.org/10.1136/emj.2006.038877>
- Ruttanaseeha, W., Serewiwattana, N., Ienghong, K., Buranasakda, M., Apiratwarakul, K., & Tiamkao, S (2020). Accuracy of Triage by Nurses and Doctors in the Emergency Department. *J Med Assoc Thai*, 103(6), 1-3. [https://www.researchgate.net/publication/342530438\\_Accuracy\\_of\\_Triage\\_by\\_Nurses\\_and\\_Doctors\\_in\\_the\\_Emergency\\_Department](https://www.researchgate.net/publication/342530438_Accuracy_of_Triage_by_Nurses_and_Doctors_in_the_Emergency_Department)
- Salgueiro, A. (2019). *Triagem de Manchester: Satisfação dos Enfermeiros* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. <https://repositorio.ipv.pt/entities/publication/9e651aed-a6df-49c4-865a-2c0ffd500024>

- Simovic, O., Lesjak, M., Perović, Đ., & Podovšovnik, E. (2023). Measuring Organizational Culture in Hotels, Restaurants and Travel Agencies in Montenegro. *Sustainability*, 15(3), 2715. <https://doi.org/10.3390/su15032715>
- Silva, D., Nobre, S., & Governo, B. (2024, October 3-4). *Triagem em Pediatria: análise dos diferentes protocolos* [Poster Presentation]. 1º Congresso de Enfermagem de Urgência Pediátrica, Coimbra, Portugal. <https://shorturl.at/GU29p>
- Sinval, J., Miller, V., & Marôco, J. (2021) Openness Toward Organizational Change Scale (OTOCS): Validity evidence from Brazil and Portugal. *PLOS ONE*, 16(4), e0249986. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249986>
- Van Veen, M., Steyerberg, E., Lettinga, L., Ruige, M., Van Meurs, A., Van der Lei, J., & Moll, H. (2011). Safety of the Manchester Triage System to identify less urgent patients in paediatric emergency care: a prospective observational study. *Archives of disease in childhood*, 96(6), 513–518. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.199018>
- Van Veen, M., Steyerberg, E., Ruige, M., Van Meurs, A., Roukema, J., Van der Lei, J., & Moll, H. (2008). Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 337, a1501. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1501>
- Van Veen, M., Teunen-van der Walle, V., Steyerberg, E., Van Meurs, A., Ruige, M., Strout, T. D., Van der Lei, J., & Moll, H. (2010). Repeatability of the Manchester Triage System for children. *Emergency medicine journal: EMJ*, 27(7), 512–516. <https://doi.org/10.1136/emj.2009.077750>
- Viana, J., Bragança, R., Santos, J., Alves, A., Santos, A., & Freitas, A. (2023). Validity of the Paediatric Canadian Triage Acuity Scale in a Tertiary Hospital: An Analysis of Severity Markers' Variability. *J Med Syst* 47 (16). <https://doi.org/10.1007/s10916-023-01913-8>
- Wanberg, C., & Banas, J. (2000). Predictors and outcomes of openness to changes in a reorganizing workplace. *J Appl Psychol.* 85(1), 132-42. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.1.132>
- Yancey, C., & O'Rourke, M. (2023). *Emergency Department Triage*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557583/>
- Zhu, X., Zheng, X., Xu, H., & Xu, Y. (2022). Within-country regional cultural differences and their organizational implications. *Advances in Psychological Science*, 30(7), 1651-1666. <https://doi.org/10.3724/SP.J.1042.2022.01651>

Zona, M., Sarianti, R., & Andriani, C. (2020). The relationship between three constructs of employee attitudes towards organizational change. *Jurnal Ilmiah Manajemen dan Bisnis*, 5(2), 26-35.

## **APÊNDICE I – Instrumento de recolha de dados**

# Protocolos de triagem utilizados nos serviços de urgência pediátrica portugueses - perspectiva dos enfermeiros

A triagem consiste num processo dinâmico através do qual é atribuída uma prioridade aos utentes dos serviços de urgência tendo em conta a gravidade da sua situação atual (Fekonja et al., 2024). Em 2015, tornou-se imperativo que o protocolo de triagem utilizado em todos os serviços de urgência a nível nacional passasse a ser o Manchester Triage System (MTS), suplantando qualquer outro protocolo de triagem que estivesse em uso anteriormente (Direção-Geral da Saúde, 2015). No entanto, esta norma salvaguarda que em contexto pediátrico também é passível de ser utilizado o Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) (Despacho n.º 3762/2015). Sabe-se que ambos estes protocolos estão validados para a utilização em idade pediátrica (Silva, 2024).

No âmbito do Mestrado em Enfermagem (área de especialização em Gestão de Unidades de Cuidados) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, foi proposta a realização de uma Dissertação na unidade curricular respetiva, com o tema **Protocolos de triagem utilizados nos serviços de urgência pediátrica portugueses - perspectiva dos enfermeiros**, sob orientação da Professora Doutora Conceição Alegre e da Professora Doutora Anabela Salgueiro. Para tal, pretende-se fazer um estudo quantitativo, com os seguintes objetivos:

- Identificar o grau de satisfação dos enfermeiros portugueses com o protocolo de triagem que utilizam;
- Comparar o protocolo de triagem em uso com um protocolo de triagem alternativo, na perspectiva dos enfermeiros;
- Analisar a relação entre os fatores sociodemográficos com a satisfação dos enfermeiros acerca do protocolo de triagem e a sua abertura a uma alternativa de protocolo de triagem.

Para tal, pedimos a sua colaboração no preenchimento deste questionário, que demorará entre 7 e 11 minutos. De acordo com o Regulamento n.º 2016/679 do Parlamento Europeu (RGPD), garante-se a confidencialidade da informação prestada e o uso exclusivo dos dados recolhidos para os fins do presente estudo. A participação neste estudo é anónima e totalmente voluntária, sendo que o registo guardado das suas respostas ao questionário não contém nenhuma informação identificativa a seu respeito e, caso decida participar, pode desistir a qualquer momento. Ao responder ao questionário, está a dar o seu consentimento informado para participar neste estudo.

Muito obrigado pela sua colaboração,

David Silva

(Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, mestrando em Enfermagem)

Para esclarecimento de dúvidas, por favor, contactar através dos seguintes meios:

Telemóvel: (+351) 917699317

E-mail: david.vitoria.silva@gmail.com

---

\* Indica uma pergunta obrigatória

1. Dou o meu consentimento para participar neste estudo e percebo que a participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento. \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

### Critérios de exclusão

A resposta negativa a qualquer uma das seguintes perguntas implica a sua exclusão neste estudo, devido aos critérios de exclusão previamente definidos.

2. Trabalha atualmente num serviço de urgência pediátrica? \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

3. O posto de triagem faz parte da sua distribuição de trabalho no serviço? \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

### Inquérito de Satisfação do Protocolo de Triagem que utiliza atualmente

Esta parte do questionário pretende avaliar a sua satisfação com o Protocolo de Triagem atualmente utilizado no seu serviço. Este questionário tem por base a Escala de Satisfação de Triagem de Manchester do Grupo Português de Triagem. Após a primeira pergunta, pretende-se que para cada afirmação selecione um valor entre 1 e 5, sendo 1 "muito insatisfeito" e 5 "muito satisfeito"

## 4. Qual o Protocolo de Triagem em vigor no seu serviço? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Triagem de Manchester
- ☐ Triagem Canadiana
- ☐ Protocolo de Triagem criado especificamente para o serviço
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

## 5. Benefício para os utentes \*

*Marcar apenas uma oval.*

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                  |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |                  |
| Muit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Muito satisfeito |

## 6. Benefício para os profissionais \*

*Marcar apenas uma oval.*

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                  |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |                  |
| Muit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Muito satisfeito |

## 7. Organização do seu trabalho \*

*Marcar apenas uma oval.*

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                  |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |                  |
| Muit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Muito satisfeito |

## 8. Organização do seu serviço \*

Marcar apenas uma oval.

1   2   3   4   5

Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito satisfeito

## 9. Trabalho em equipa \*

Marcar apenas uma oval.

1   2   3   4   5

Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito satisfeito

## 10. Atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica \*

Marcar apenas uma oval.

1   2   3   4   5

Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito satisfeito

## 11. Adaptação à realidade do Serviço de Urgência Pediátrica \*

Marcar apenas uma oval.

1   2   3   4   5

Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito satisfeito

## 12. Contribuição para uma melhor fluência do circuito de utente do serviço \*

Marcar apenas uma oval.

|       |                       |                       |                       |                       |                       |                  |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| 1     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |                       |                  |
| <hr/> |                       |                       |                       |                       |                       |                  |
| Muit  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Muito satisfeito |
| <hr/> |                       |                       |                       |                       |                       |                  |

## 13. Contribuição para o correto encaminhamento do utente \*

Marcar apenas uma oval.

|       |                       |                       |                       |                       |                       |                  |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| 1     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |                       |                  |
| <hr/> |                       |                       |                       |                       |                       |                  |
| Muit  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Muito satisfeito |
| <hr/> |                       |                       |                       |                       |                       |                  |

## 14. Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados \*

Marcar apenas uma oval.

|       |                       |                       |                       |                       |                       |                  |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| 1     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |                       |                  |
| <hr/> |                       |                       |                       |                       |                       |                  |
| Muit  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Muito satisfeito |
| <hr/> |                       |                       |                       |                       |                       |                  |

## 15. Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem \*

Marcar apenas uma oval.

|       |                       |                       |                       |                       |                       |                  |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| 1     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |                       |                  |
| <hr/> |                       |                       |                       |                       |                       |                  |
| Muit  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Muito satisfeito |
| <hr/> |                       |                       |                       |                       |                       |                  |

## 16. Conhecimentos dos utentes acerca da triagem \*

*Marcar apenas uma oval.*

1 2 3 4 5

Mui ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito satisfeito

## 17. Adequação do espaço físico \*

*Marcar apenas uma oval.*

1 2 3 4 5

Mui ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito satisfeito

## 18. O seu grau de satisfação global \*

*Marcar apenas uma oval.*

1 2 3 4 5

Mui ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito satisfeito

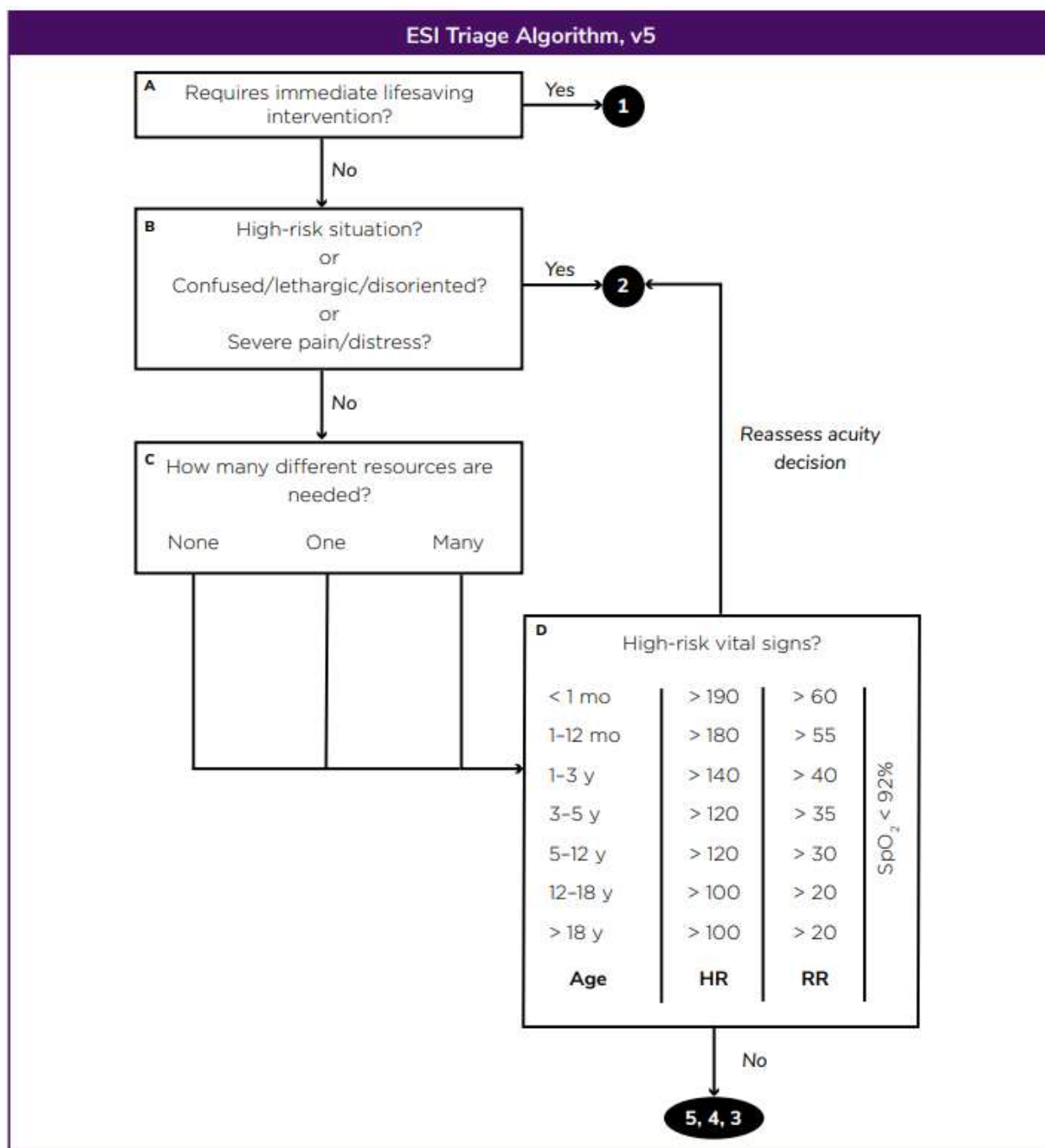
## Implementação prospetiva de um novo protocolo de triagem

Esta parte do questionário pretende avaliar a sua percepção acerca da implementação de um protocolo de triagem prospetivo que pudesse ser utilizado no seu serviço, alternativamente ao protocolo em uso. O protocolo de triagem dos EUA (ESI - Emergency Severity Index) apresenta um único fluxograma/algoritmo e baseia-se em 5 prioridades:

- Se um doente necessitar de intervenção *life-saving* imediata tem prioridade 1
- Se o doente não tem prioridade 1 mas apresentar uma situação de alto risco, se estiver confuso, letárgico ou desorientado, se apresentar dor severa, ou se tiver os parâmetros vitais dentro de parâmetros definidos como "zona de alto risco", deverá ter prioridade 2
- Se o doente não tem prioridade 2 e se se prevê que irá necessitar de 2 ou mais recursos durante a sua passagem pelo serviço de urgência, irá ter prioridade 3 (exemplos de recursos: colheitas de sangue, radiografias, fluidoterapia, medicação que não seja por via oral, eletrocardiograma, etc.)
- Se se prevê que o doente irá necessitar de apenas 1 recurso durante a sua passagem pelo serviço de urgência, irá ter prioridade 4
- Se se prevê que o doente não irá necessitar de recursos durante a sua passagem pelo serviço de urgência, irá ter prioridade 5

[Nota para interpretação da tabela dos sinais vitais: HR - heart rate (frequência cardíaca); RR - respiratory rate (frequência respiratória); em qualquer uma das idades apresentadas, SpO2 inferior a 92% é considerado como alto risco]

## ESI - Emergency Severity Index (Emergency Nurses Association, 2023)



19. Comparando o protocolo de triagem que utiliza atualmente com o protocolo aqui apresentado (ESI), qual deles pensa ser mais vantajoso relativamente aos seguintes tópicos? \*

Marcar apenas uma oval por linha.

|                                                                                     | Protocolo<br>que utilizo<br>atualmente | Ambos são<br>equiparados | ESI                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <b>Benefício para os utentes</b>                                                    | <input type="radio"/>                  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> |
| <b>Benefício para os profissionais</b>                                              | <input type="radio"/>                  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> |
| <b>Organização do seu trabalho</b>                                                  | <input type="radio"/>                  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> |
| <b>Organização do seu serviço</b>                                                   | <input type="radio"/>                  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> |
| <b>Atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica</b> | <input type="radio"/>                  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> |
| <b>Adaptação à realidade do Serviço de Urgência Pediátrica</b>                      | <input type="radio"/>                  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> |
| <b>Contribuição para uma melhor fluidez do circuito de utente do serviço</b>        | <input type="radio"/>                  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> |
| <b>Contribuição para o correto encaminhamento do utente</b>                         | <input type="radio"/>                  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> |
| <b>Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados</b>  | <input type="radio"/>                  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> |

20. De um modo geral, considera que a ESI poderá ser mais vantajosa que o protocolo que utiliza atualmente? \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

21. Consideraria propor a implementação da ESI no seu serviço? \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

### Dados Sociodemográficos

Esta parte do questionário permite auferir alguns dados relativamente à caracterização da população em estudo.

22. Sexo \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Masculino

☐ Feminino

☐ Outra: \_\_\_\_\_

23. Idade \*

\_\_\_\_\_

## 24. N° de anos de profissão \*

Insira a sua resposta apenas como um número inteiro, correspondente ao número de anos, arredondado à unidade seguinte.

---

## 25. N° de anos no serviço atual \*

Insira a sua resposta apenas como um número inteiro, correspondente ao número de anos, arredondado à unidade seguinte.

---

## 26. Local de trabalho \*

Se estiver na dúvida de em qual região se encontra o seu serviço, poderá consultar [este link](#)

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Região Norte
- ☐ Região Centro
- ☐ Região Lisboa e Vale do Tejo
- ☐ Região Alentejo
- ☐ Região Algarve
- ☐ Açores
- ☐ Madeira

## 27. Habilitações literárias \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós-graduação ou pós-licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento
- ☐ Pós-doutoramento

## 28. Título de Enfermeiro Especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

## 29. Se respondeu afirmativamente, refira qual(is) a(s) sua(s) especialidade(s):

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- ☐ Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- ☐ Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- ☐ Enfermagem de Reabilitação
- ☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica
- ☐ EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
- ☐ EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
- ☐ EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
- ☐ EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
- ☐ Enfermagem Comunitária
- ☐ Enfermagem Saúde Pública
- ☐ EC Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública
- ☐ EC Enfermagem de Saúde Familiar

30. Se é Enfermeiro Especialista, refira há quanto tempo possui esse mesmo título (no caso de possuir múltiplos títulos, refira apenas quando adquiriu o primeiro)  
Insira a sua resposta apenas como um número inteiro, correspondente ao número de anos, arredondado à unidade seguinte.

---

## 31. Possui alguma competência acrescida? \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

32. Se respondeu afirmativamente, refira qual(is) a(s) sua(s) competência(s) acrescida(s):

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Avançada em Gestão
- ☐ Avançada em Supervisão Clínica
- ☐ Avançada em Psicoterapia
- ☐ Avançada em Estomaterapia
- ☐ Diferenciada em Supervisão Clínica
- ☐ Diferenciada em Enfermagem do Trabalho
- ☐ Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar
- ☐ Diferenciada em Estomaterapia
- ☐ Diferenciada em Enfermagem em Endoscopia Digestiva
- ☐ Diferenciada em Enfermagem no Desporto
- ☐ Diferenciada em Enfermagem Forense
- ☐ Diferenciada em Enfermagem Oncológica
- ☐ Diferenciada em Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infecção
- ☐ Diferenciada em Enfermagem em Reprocessamento de Dispositivos
- ☐ Diferenciada em Enfermagem Hiperbárica e Subaquática
- ☐ Avançada em Enfermagem Hiperbárica e Subaquática
- ☐ Avançada em Enfermagem em Viabilidade Tecidular e Feridas
- ☐ Diferenciada em Enfermagem em Viabilidade Tecidular e Feridas
- ☐ Diferenciada em Enfermagem em Diálise

33. Se possui alguma competência acrescida, refira há quanto tempo a possui (no caso de possuir múltiplas, refira apenas quando adquiriu a primeira)

Insira a sua resposta apenas como um número inteiro, correspondente ao número de anos, arredondado à unidade seguinte.

---

34. Considero que estou “aberto” a mudanças que alterem as minhas funções no trabalho. \*

*Marcar apenas uma oval.*

1   2   3   4   5

Em | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Em larga medida

35. Neste momento, estou um pouco resistente a mudanças no meu trabalho. \*

*Marcar apenas uma oval.*

1 2 3 4 5

Em | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Em larga medida

36. Estou ansioso pela implementação de mudanças nas minhas tarefas. \*

*Marcar apenas uma oval.*

1 2 3 4 5

Em | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Em larga medida

37. Estou bastante relutante em mudar a forma como trabalho. \*

*Marcar apenas uma oval.*

1 2 3 4 5

Em | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Em larga medida

38. Na minha opinião, a implementação de mudanças no trabalho trará melhorias. \*

*Marcar apenas uma oval.*

1 2 3 4 5

Em | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Em larga medida

Obrigado pela sua participação!

# Google Formulários

## **APÊNDICE II – Autorizações dos autores das escalas para a sua utilização**

## Pedido de utilização de escala

2 mensagens

David Silva <david.vitoria.silva@gmail.com>

29 de fevereiro de 2024 às 18:23

Para: Jpmaroco@gmail.com

Cc: Anabela <anabela@esenfc.pt>, conceição alegre <calegre@esenfc.pt>

Boa tarde Professor João Marôco,

No âmbito do Mestrado em Enfermagem (área de especialização em Gestão de Unidades de Saúde) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, foi proposta a realização de uma Dissertação na unidade curricular respetiva, com o tema **Percepção dos enfermeiros sobre o processo de mudança de protocolo de triagem em pediatria**, sob orientação da Professora Doutora Conceição Alegre e da Professora Doutora Anabela Salgueiro.

Para tal, pretende-se fazer um estudo misto, com os objetivos de conhecer a percepção dos enfermeiros face à mudança de protocolo de triagem em pediatria, identificar os fatores que influenciam o processo de mudança ao protocolo de triagem, identificar as estratégias de gestão utilizadas pelos enfermeiros coordenadores no processo de mudança do protocolo de triagem e analisar a relação entre os fatores sociodemográficos e o processo de mudança de protocolo de triagem.

Tendo o anterior pressuposto em conta, gostaria de pedir autorização para a utilização da escala OTOCS (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249986>) na realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,  
David Silva

João Marôco <jpmaroco@gmail.com>

1 de março de 2024 às 09:15

Para: David Silva <david.vitoria.silva@gmail.com>

Cc: Anabela <anabela@esenfc.pt>, conceição alegre <calegre@esenfc.pt>

Caro Daniel,  
Pode usar a OTOC citando a fonte.  
Com os melhores cumprimentos,  
Jº



### João Marôco

Full Professor of Statistics | ISPA – Instituto Universitário  
Professor II | FLU Pedagogy, Nord University, Bodø, Norway  
Associate Editor | Frontiers in Psychology

 @jpmaroco

 jpmaroco@ispa.pt

Rua Jardim do Tabaco, 34

1149-041 Lisboa. Portugal



Top 2% Citations | Portugal Scientists & University Rankings 2023  
World's Top 2% Scientists Stanford University List (2023 Ed)

Esta mensagem e, quando aplicável, qualquer anexo à mesma, pode conter informações confidenciais, sendo de uso exclusivo do destinatário, sendo proibida a sua cópia e divulgação ou distribuição a terceiros sem a autorização expressa do remetente. Se recebeu esta mensagem por equívoco, notifique o remetente e apague-a de imediato.

This message (including any attachments) may contain confidential information. It is

intended for use by the recipient only. Any dissemination, copying or distribution to third parties without the express consent of the sender is strictly prohibited. If you have received this message in error, please delete it immediately and notify the sender.

---

**: Pedido de utilização de questionário**

3 mensagens

**Paulo Freitas** <ptf@netcabo.pt>

9 de março de 2024 às 10:28

Para: "david.vitoria.silva@gmail.com" &lt;david.vitoria.silva@gmail.com&gt;

Cc: "anabela@esenfc.pt" &lt;anabela@esenfc.pt&gt;, Grupo Portugues de Triagem GPT &lt;gptriagem@gmail.com&gt;, cfalves75 &lt;Cfalves75@gmail.com&gt;

Caro David

Pedindo desculpa pelo atraso na resposta, já existe um questionário de satisfação que deve ser aplicado aos profissionais e que é standard.

Por nossa parte, o estudo e investigação é importante para o GPT, e tem sido o eixo da melhoria continua do PTM.

Este ano será lançada uma nova versão/atualização( com mais melhorias também na área pediátrica) fruto da investigação a nível internacional.

Coloco em Cc o Dr. Cláudio Alves que é o Coordenador da pediatria.

Cumprimentos

Paulo Freitas

---

----- Mensagem encaminhada -----

From: **David Silva** <david.vitoria.silva@gmail.com>

Data: qui., 29/02/2024 às 18:29

Assunto: Pedido de utilização de questionário

Para: &lt;gptriagem@gmail.com&gt;

Cc: Anabela &lt;anabela@esenfc.pt&gt;, conceição alegre &lt;calegre@esenfc.pt&gt;

No âmbito do Mestrado em Enfermagem (área de especialização em Gestão de Unidades de Saúde) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, foi proposta a realização de uma Dissertação na unidade curricular respetiva, com o tema **Percepção dos enfermeiros sobre o processo de mudança de protocolo de triagem em pediatria**, sob orientação da Professora Doutora Conceição Alegre e da Professora Doutora Anabela Salgueiro.

Para tal, pretende-se fazer um estudo misto, com os objetivos de conhecer a percepção dos enfermeiros face à mudança de protocolo de triagem em pediatria, identificar os fatores que influenciam o processo de mudança ao protocolo de triagem, identificar as estratégias de gestão utilizadas pelos enfermeiros coordenadores no processo de mudança do protocolo de triagem e analisar a relação entre os fatores sociodemográficos e o processo de mudança de protocolo de triagem.

Tendo o anterior pressuposto em conta, gostaria de pedir autorização para a utilização do inquérito presente na segunda página do documento em anexo, para utilização neste estudo. Gostaria também de perguntar se seria possível integrar um item intermédio "Não concordo nem discordo" neste instrumento para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,  
David Silva

### **APÊNDICE III – Autorização da Comissão de Ética**

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (EEnfC)

**Parecer n.º P1105\_12\_2024**

**Título do Projeto:** "Protocolos de triagem utilizados nos serviços de urgência pediátrica portugueses - perspectiva dos enfermeiros"

### Identificação das Proponentes:

Nome(s): David Vitória da Silva

Filiação Institucional: Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE; EEnfC

Investigador responsável: David Vitória da Silva

Orientadores: Professora Doutora Conceição Alegre; Professora Doutora Anabela Salgueiro

**Relator:** Rogério Manuel Clemente Rodrigues

### Parecer

Exmo.(s) Senhor(es) Investigador(es),

A Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra analisou a submissão do seu projeto com o intuito de obter a avaliação ética do projeto supramencionado. Foram analisados os documentos remetidos.

Nenhum dos investigadores deste estudo participou da tomada de decisão e do procedimento de votação para esta avaliação.

Com base na análise dos documentos, a Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra emite um parecer ético favorável sobre o pedido apresentado.

A Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra espera ser informada sobre o progresso do estudo, qualquer revisão no protocolo e na informação/consentimento informado dos participantes, e solicita que lhe seja fornecida uma cópia do relatório final.

O relator:

Assinado por: **Rogério Manuel Clemente Rodrigues**  
Num. de Identificação Civil: BI06627599

Data: 22/01/2025

A Presidente da Comissão de Ética:

Assinado por: **Maria Filomena Rabaça Roque Botelho**  
Num. de Identificação: 04135035