



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

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

**O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER NO
RECONHECIMENTO DE GRAVIDADE NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA**

Catarina Alexandra de Sousa Cavaleiro

Coimbra, *maio* 2021



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER NO RECONHECIMENTO DE GRAVIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Catarina Alexandra de Sousa Cavaleiro

Orientadora: Professora Doutora Verónica Dias Coutinho, Professora Adjunta na
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

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

Coimbra, *maio* 2021

Eu não procuro saber as respostas, procuro compreender as perguntas.

Confúcio

A ti Madalena, pela tua enorme capacidade de compreensão.

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação é o culminar de uma longa sequência de acontecimentos. Qualquer manifestação de agradecimento às pessoas que comigo partilharam esta caminhada, jamais conseguirá demonstrar o verdadeiro significado e importância que tiveram na minha vida.

Por isso expresso os meus sinceros agradecimentos:

À minha orientadora, Professora Doutora Verónica Coutinho, pela orientação, disponibilidade, incentivo e pelo encorajamento ao longo de todo este processo.

À minha família pelo apoio e incentivo nas minhas conquistas e tolerância nas minhas ausências.

Aos meus amigos pelo companheirismo e encorajamento ao longo deste percurso.

Ao Conselho de Administração do Hospital Distrital da Figueira da Foz, à Enfermeira chefe e à Diretora do Serviço de Urgência Geral, por autorizarem e permitirem a recolha de dados para a concretização deste trabalho de investigação.

E a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta dissertação fosse possível.

A todos o meu sincero OBRIGADO!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACEP - American College of Emergency Physicians

ATS - Australasian Triage Scale

CRRNEU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência

CTAS - Canadian Triage and Acuity Scale

DGS - Direção Geral da Saúde

ECG - Eletrocardiograma

ENA - Emergency Nurses Association

ESI - Emergency Severity Index

E.V. - Endovenosa

GPT - Grupo Português de Triagem

GT – SU - Grupo de Trabalho – Serviços de Urgência

H - Horas

INE - Instituto Nacional de Estatísticas

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MCD - Meios Complementares de Diagnóstico

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MTS - Manchester Triage System

PTM - Protocolo de Triagem de Manchester

RX – Radiografia ou Raio X

SAM - Sistema de Apoio Médico

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SNS 24 - Linha Saúde 24

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

STM - Sistema de Triagem de Manchester

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TAC - Tomografia Axial Computorizada

RESUMO

A triagem de prioridades constitui-se como uma estratégia clínica e organizacional fundamental na gestão da assistência nos Serviços de Urgência (SU), qualificando os cuidados prestados, ao organizar o fluxo de doentes conforme a sua gravidade, minimizando os riscos e danos causados pelas consequências da sobrelotação dos serviços. O enfermeiro é a peça essencial no funcionamento desta ferramenta, pois a triagem é da sua responsabilidade, em Portugal. Atribuir uma prioridade clínica é um processo complexo de tomada de decisão, em que o enfermeiro utiliza o raciocínio clínico, fundamentado nos conhecimentos teóricos e práticos.

Este estudo pretende analisar a gravidade clínica das pessoas que recorrem ao SU e a prioridade atribuída pelo enfermeiro pelo Sistema de Triagem de Manchester (STM). Trata-se de uma pesquisa documental, com carácter retrospectivo e analítico. A recolha dos dados foi realizada a partir do sistema de informação SClínico®, entre junho e outubro de 2019. Foram incluídos todos os registos eletrónicos de doentes que deram entrada num SU de um hospital distrital da região centro, nas segundas-feiras e sábados, de janeiro a março de 2019, num total de 3698 casos. Os dados foram tratados estatisticamente através do programa SPSS®.

Verificámos que a média de idades dos doentes atendidos no SU foi de 57,8 anos, sendo o sexo feminino mais predominante com 54,6%. A prioridade mais atribuída na triagem pelo STM foi a prioridade Urgente (65,5%) e o fluxograma mais utilizado foi Problemas nos membros (14,8%). Apesar da maioria de doentes não ter efetuado meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), verificou-se haver associação entre a prioridade do STM e a realização dos mesmos. Cerca de 15,1% dos doentes tiveram uma permanência superior a seis horas, verificando-se que é nos doentes triados com prioridades mais altas que este critério prevalece. Os desfechos mostraram-se fortemente associados às prioridades atribuídas. Em suma, observa-se um paralelismo entre as prioridades mais elevadas atribuídas pelo enfermeiro na triagem e a maioria dos critérios de gravidade definidos, havendo um decréscimo percentual dos indicadores de gravidade nas prioridades mais baixas.

Palavras-chave: Sistema de Triagem de Manchester; Serviço de Urgência; Enfermagem; Gravidade/Severidade

ABSTRACT

Priority triage is a key clinical and organizational strategy in the management of assistance in Emergency Service, qualifying the care provided by organizing the flow of patients according to their severity, minimizing the risks and damages caused by the consequences of service overcrowding. Nurses are the essential piece in this tool since triage is their responsibility in Portugal. Assigning a clinical priority is a complex decision-making process, in which the nurse uses clinical reasoning, based on theoretical and practical knowledge.

This study aims to analyze the clinical severity of people who go to the Emergency Service and the priority assigned by nurses using the Manchester Triage System. This is a retrospective, analytical and cross-sectional documentary research study. Data were collected using the SClínico® information system between June and October 2019. All electronic records of patients who were admitted to an Emergency Service of a district hospital in the central region, on Mondays and Saturdays, from January to March 2019, in a total of 3698 cases, were included. Data were statistically treated using the SPSS® program.

We found that the average age of patients seen in the Emergency Service was 57.8 years, and the female gender was more predominant with 54.6%. The most frequent triage priority was Urgent (65.5%) and the most commonly used flowchart was limb problems (14.8%). Although most patients did not undergo complementary diagnostic and therapeutic tests, there was an association between the priority of the complementary diagnostic and therapeutic tests and the performance of these tests. About 15.1% of patients had a stay of more than six hours, and it is in the patients screened with higher priorities that this criterion prevails. The outcomes were strongly associated with the priorities assigned. In summary, a parallelism was observed between the highest priorities assigned by nurses during triage and most of the defined severity criteria, with a percentage decrease of severity indicators in the lowest priorities.

Keywords: Manchester Triage System; Emergency Service; Nursing; Severity

LISTA TABELAS

Tabela 1 - Fluxogramas do Sistema de Triagem de Manchester	31
Tabela 2 - Categorias de urgência associadas ao nível e à cor	32
Tabela 3 - Caracterização acadêmica e profissional dos enfermeiros do SU	54
Tabela 4 - Distribuição dos episódios urgência por sexo	55
Tabela 5 - Distribuição dos episódios urgência por faixa etária	55
Tabela 6 - Distribuição dos episódios urgência por mês, dia e turno de admissão no SU	56
Tabela 7 - Distribuição dos episódios urgência por causa de admissão	56
Tabela 8 - Distribuição dos episódios urgência por proveniência	57
Tabela 9 - Distribuição dos episódios urgência quanto à readmissão até 72h	57
Tabela 10 - Prioridade atribuída na triagem pelo STM.....	58
Tabela 11 - Distribuição dos episódios urgência por fluxograma	59
Tabela 12 - Distribuição dos episódios urgência por discriminador.....	59
Tabela 13 - Distribuição dos episódios urgência por especialidade de encaminhamento	60
Tabela 14 - Distribuição dos episódios urgência por reencaminhamento de especialidade.....	60
Tabela 15 - Total de análises de sangue	61
Tabela 16 - Total de exames de imagiologia	61
Tabela 17 - Total de outros exames	61
Tabela 18 - Distribuição dos episódios urgência por medicação endovenosa	62
Tabela 19 - Distribuição dos episódios urgência por tempo de permanência no SU...	62
Tabela 20 - Distribuição dos episódios urgência por desfecho episódio urgência.....	63
Tabela 21 - Tabela cruzada entre a prioridade atribuída pelo STM e o número de MCDT	64

Tabela 22 - Tabela cruzada entre a prioridade atribuída pelo STM e a readmissão até às 72 horas.....	65
Tabela 23 - Tabela cruzada entre a prioridade atribuída pelo STM e o reencaminhamento de especialidade.....	65
Tabela 24 - Tabela cruzada entre a prioridade atribuída pelo STM e o tempo de permanência no SU	66
Tabela 25 - Tabela cruzada entre a prioridade atribuída pelo STM e o desfecho do episódio de urgência.....	67
Tabela 26 - Tabela cruzada entre a prioridade atribuída pelo STM e os critérios de gravidade.....	68

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
-------------------------	-----------

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE TRIAGEM NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA	25
1.1. SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER	29
1.2. METODOLOGIA DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER	30
2. GRAVIDADE/SEVERIDADE CLÍNICA DO DOENTE ADMITIDO NO SU	36

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA	41
1.1. TIPO DE ESTUDO	41
1.2. CONTEXTO DO ESTUDO	42
1.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	43
1.4. OBJETIVOS DO ESTUDO	44
1.5. FONTES DE INFORMAÇÃO, INSTRUMENTO E PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS	45
1.6. TRATAMENTO DOS DADOS	49
1.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	50

PARTE III - ESTUDO EMPÍRICO

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	53
2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
CONCLUSÃO FINAL	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

ANEXOS

ANEXO I - Autorização da unidade hospitalar para o desenvolvimento da investigação

ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética do Hospital onde foi efetuado o estudo

APÊNDICES

APÊNDICE I - Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE II - Pedido de autorização ao Conselho de Administração para aplicação do estudo

APÊNDICE III - Pedido de parecer à Comissão de Ética do Hospital onde foi efetuado o estudo

INTRODUÇÃO

Os Serviços de Urgência (SU) recebem diariamente um número considerável de doentes. Este número tem vindo a aumentar devido a vários fatores, nomeadamente o envelhecimento demográfico, o aumento de casos de violência, a maior ocorrência de acidentes, o predomínio das doenças crónicas e degenerativas e as suas comorbidades, e à desorganização dos serviços que constituem o Sistema Nacional de Saúde, que gera uma maior afluência de pessoas ao serviço (Amaral, 2017).

Habitualmente pensa-se que os SU são exclusivos para tratarem doentes em situação crítica, com risco de falência ou disfunção multiorgânica, em que o fator tempo é preponderante na resolução do problema. No entanto, o que se verifica é a procura destravada dos serviços de urgência, por doentes, com as mais diversas queixas e sintomatologia, na maioria das vezes pouco graves o que conduz à sobrelotação dos serviços, conduzindo a longos períodos de espera e condicionando a eficiência no atendimento de situações potencialmente mais graves.

Esta situação conduz a um desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades dos doentes, havendo por isso necessidade de se estabelecerem prioridades. De forma a solucionar esta situação, surge o conceito de Triagem de Prioridades.

A triagem é crucial para a gestão eficaz dos SU, permitindo estimar a gravidade do estado dos doentes e estabelecer prioridades de tratamento, adequando o tempo de espera à sua condição clínica, com a redução do impacto negativo de um diagnóstico demorado ou a espera prolongada por tratamento. Por conseguinte, o Sistema de Triagem de Manchester (STM) ganhou destaque no cenário nacional como protocolo de classificação de risco, devido à sua aplicabilidade e utilidade nos serviços de urgência (Vieira et al., 2016).

Desta forma, há a necessidade de se implementar uma estratégia de trabalho que permita a resolução dos problemas, capacitando as equipas e reorganizando o fluxo de doentes, garantindo uma maior qualidade do atendimento nestes serviços.

Sendo o SU a principal “porta de entrada” numa unidade hospitalar, é o enfermeiro o primeiro profissional de saúde a contactar com o doente e famílias, pois é a este que compete a realização da triagem, em Portugal. Assim, o enfermeiro assume cada vez

mais um papel essencial e decisivo, na identificação das necessidades e atribuição de prioridades aos doentes que procuram os serviços de saúde.

Por ser da responsabilidade do enfermeiro a realização da triagem de prioridades, é importante que estes estejam cientes da importância da eficácia na sua concretização, de modo que os cuidados prestados aos doentes sejam de qualidade, desde o momento da triagem.

O Sistema de Triagem de Manchester é um sistema recente, implementado na maioria dos hospitais portugueses. No entanto, muito se tem debatido em torno deste assunto, pois muitos profissionais não o consideram adequado ao Sistema Nacional de Saúde e discute-se, se faz realmente a identificação dos doentes com situações clínicas muito urgentes ou se efetivamente distingue aqueles que têm critérios de gravidade (Fradique como referido por Rebimbas, 2013).

A escolha sobre esta temática teve muito em conta as preferências pessoais da investigadora, dado o seu interesse pela prestação de cuidados em situações imprevisíveis de urgência/emergência. Foi, neste sentido e, considerando que o primeiro contacto do doente com um profissional de saúde, neste caso o enfermeiro, é efetuado no momento da triagem, que surgiu o interesse em investigar a importância da triagem no reconhecimento de situações de maior gravidade, permitindo assim um atendimento com mais qualidade e adequado às diferentes situações.

Face ao anteriormente exposto, surgiu como questão de investigação: “Qual a gravidade clínica das pessoas que recorrem ao SU e a prioridade atribuída pelo enfermeiro no STM?”

A resposta a esta questão impôs a definição de uma estratégia científica estruturada e adequada, que permitisse responder aos objetivos do estudo, salientando-se como objetivos específicos:

- Caracterizar a população atendida no SU no período de janeiro a março de 2019;
- Descrever as características profissionais dos enfermeiros triadores;
- Identificar a prioridade mais atribuída pelo enfermeiro na triagem segundo o STM no período de janeiro a março de 2019;
- Analisar a associação entre a prioridade atribuída pelo STM e a gravidade da situação traduzida pelo consumo de recursos (meios complementares de diagnóstico e terapêutica endovenosa);

- Analisar a associação entre a prioridade atribuída pelo STM e a gravidade da situação traduzida pela readmissão até às 72h;
- Analisar a associação entre a prioridade atribuída pelo STM e a gravidade da situação traduzida pelo reencaminhamento de especialidade;
- Analisar a associação entre a prioridade atribuída pelo STM e a gravidade da situação traduzida pelo tempo de permanência no SU;
- Analisar associação entre a prioridade atribuída pelo STM e a gravidade da situação traduzida pelo desfecho clínico do episódio de urgência.

Apesar da pertinência da temática, são escassos os estudos a nível nacional com evidência científica, que abordem a validade, reprodutibilidade, custos e ganhos, satisfação de doentes e profissionais com a aplicação do STM.

O presente documento, construído com a finalidade de registar o percurso de investigação, encontra-se organizado em três partes, o enquadramento teórico, o enquadramento metodológico e o estudo empírico. No enquadramento teórico realçam-se os referenciais teóricos referentes à temática. Para isso, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica, em bases de dados científicas e em documentos com relevância comprovada no âmbito em que se insere a investigação, dando-se preferência à evidência científica mais recente. Na segunda parte, o enquadramento metodológico, onde são apresentadas as opções metodológicas da investigação, nomeadamente o tipo de estudo, o contexto do estudo, a questão e objetivos de investigação, as fontes de informação, o instrumento de recolha de dados, o tratamento dos dados e os procedimentos éticos e legais. Na terceira parte, é feita a apresentação e análise dos resultados, seguido da sua discussão, salientando os aspetos mais relevantes, comparando-os com a literatura existente.

Por fim, são apresentadas as principais conclusões do estudo, onde são salientados os resultados mais importantes do estudo, apresentando também as limitações e sugestões para futuras investigações na área.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE TRIAGEM NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

O funcionamento dos SU tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do SNS. São muitas as razões, mas a falta de um modelo de funcionamento integrado dos diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, parece ser a base do problema. Assim, os SU transformaram-se progressivamente no primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando o normal funcionamento dos outros serviços de ação médica, de meios de complementares de diagnóstico e terapêutica (Direção Geral da Saúde, 2001).

Muitas têm sido as intervenções realizadas durante os últimos anos, na organização e distribuição dos SU. No entanto, muito há ainda por fazer, pois as medidas efetuadas não conseguiram ainda resolver as disfuncionalidades existentes e atualmente ainda se verificam números elevados de episódios de urgência (6 425 560 em 2019, relatório anual SNS, 2019).

Sabe-se também, que cerca de metade dos doentes que recorrem aos SU não necessitam de um atendimento em serviço de urgência hospitalar, conduzindo a uma redução da eficiência, e a uma maior dificuldade em dar respostas adequadas às necessidades reais da população por parte dos serviços de saúde.

É fundamental, para a compreensão da lógica de funcionamento dos SU, clarificar o que se entende na realidade por um SU. Assim, de acordo com o despacho nº 11/2002, do Ministério da Saúde, os Serviços de Urgência, são serviços “... multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência” (p. 1865). Pode afirmar-se que o SU é distinto de qualquer outro local/serviço de internamento hospitalar, uma vez que é o único com características específicas, para prestar cuidados à pessoa em situação “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº124/2011, p.1).

A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (CRRNEU), distinguiu dois conceitos importantes, relacionados com o tipo de situações que podem

estar presentes nos SU: urgência e emergência. Urgência é uma situação clínica que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa). Por sua vez, Emergência, é toda a situação em que existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo. A situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão (Relatório CRRNEU, 2012).

Todas as situações clínicas que se incluem nestes conceitos necessitam de referência hospitalar para unidades com diferenciação suficiente para um atendimento correto do ponto de vista técnico e científico.

Neste contexto, o Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto considera três tipologias de serviço de urgência, organizadas por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: serviço de urgência básico (SUB), serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC) e serviço de urgência polivalente (SUP).

Os SUB são o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência. Permitem o atendimento de situações urgentes com maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência.

Os SUB constituem-se ainda como nível de estabilização inicial de situações urgentes de maior complexidade nas situações que exijam um nível de cuidados mais diferenciado, e em que o Sistema de Emergência Médica Pré-hospitalar não tenha condições para assegurar o transporte direto seguro para esse nível de responsabilidade de SU mais elevado, ou quando o doente não recorra aos serviços de atendimento telefónico que existem ao dispor do SNS (112 e Linha Saúde 24), dirigindo-se diretamente aos SUB.

Estes devem existir onde se considere justificado para garantir o acesso, a SU, quando a população de uma determinada área territorial não tenha assegurado um nível de SU superior (SUMC ou SUP) num tempo máximo de acesso de 60 minutos.

O SUMC é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não disponíveis no SUMC.

O SUP é o nível mais diferenciado tecnicamente de resposta a situações de urgência/emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área.

A distribuição nacional de SUMC e SUP deve garantir uma distância temporal de acesso de, no máximo, de 60 minutos entre qualquer local do território nacional e um destes serviços (Despacho nº 10319/2014, de 11 de agosto).

Os SU são diariamente confrontados com um grande número de pessoas que lá recorrem, provocando uma sobrelotação destes serviços. Esta sobrelotação reflete o desequilíbrio entre a oferta e a procura por um atendimento nos SU, sendo agravada pela existência de problemas organizacionais, sem definição de critérios clínicos, o que pode acarretar graves danos às pessoas (Souza, Araújo, & Chianca, 2015).

Esta situação irá ter impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados aos doentes mais graves, uma vez que se verifica consumo de recursos humanos e materiais, influenciando negativamente a eficácia que se pretende que exista num SU.

Por forma a contrariar este tipo de situações e atendendo à necessidade de estabelecer prioridades de atendimento, tornou-se imprescindível a aquisição de uma metodologia de trabalho coerente, fiável, uniforme e objetiva que permita identificar situações mais urgentes e com maior risco de morte, assegurando um atendimento rápido, com um tempo mínimo de espera (Becker & Prado, 2015).

Desta necessidade surge o conceito de Triagem de Prioridades, como instrumento fulcral para a prestação de cuidados de excelência nos SU.

Fazendo uma breve abordagem histórica, o termo triagem, deriva do francês *trier* que significa “escolher ou selecionar”, foi utilizado pelo exército francês, durante a II Guerra Mundial, nos campos de batalha para priorizar o atendimento dos soldados feridos por forma a recuperá-los o mais rápido possível para o campo de batalha (Coutinho, Cecílio, & Mota, 2012).

A utilização de sistemas de triagem em hospitais remota aos anos 60, altura em que se verificou um crescente processo de mudança da prática médica resultando num aumento da procura dos serviços de urgência. O conceito de triagem começou a ser progressivamente utilizado noutras áreas: primeiramente associado a cenários de multivítimas, em que existiam situações de exceção caracterizadas pela desigualdade entre as necessidades de cuidados de saúde e a resposta dos serviços, e só posteriormente foi introduzido em instituições hospitalares, mais especificamente nos SU.

Com o passar do tempo a triagem foi-se modernizando, no entanto, nunca descurou a sua base de intervenção que é a seleção de pessoas para tratamento em situações de escassez de recursos, tendo em conta a situação clínica.

Depois do primeiro relato de uma metodologia de triagem hospitalar em 1964 em Baltimore, surgiu em 1977, na Australásia a *Box Hill Triage Scale*, que contemplava as seguintes prioridades: imediato, urgente, rápido, não urgente e rotineiro. Depois em 1989, esta escala foi alterada e originou a *Ipswich Triage Scale*, com as seguintes prioridades: segundos, minutos, 1 hora, horas, dias. Na década de 80, nos Estados Unidos, passou a ser exigência governamental a existência de triagem nos serviços de emergência de todos os hospitais que quisessem ser acreditados. Também na década de 90 o Reino Unido decretou a importância da triagem nos serviços de urgência. Atualmente é aplicada em quase todas as urgências hospitalares, havendo uma adaptação e um melhoramento das escalas existentes.

A evolução da triagem de prioridades hospitalar focava-se inicialmente na questão do número de níveis a utilizar na categorização dos utentes, dando primazia às que classificavam as pessoas em três a cinco níveis de prioridade de atendimento. Dados mais recentes referem a utilização do emprego de escalas com cinco níveis de prioridade por apresentarem maior credibilidade, validade e confiança na avaliação do estado clínico das pessoas (Becker & Prado, 2015). Também a American College of Emergency Physicians (ACEP) e a Emergency Nurses Association (ENA), propõem a utilização de sistemas de triagem com cinco níveis, por serem mais válidos e evidenciarem maior fiabilidade, sensibilidade e especificidade do que os de três e quatro níveis (Direção Geral da Saúde, 2015).

Presentemente existem quatro modelos de escalas de triagem hospitalar mais conhecidos, a *Australasian Triage Scale (ATS)* desenvolvido na Austrália, a *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)* implementado no Canadá, a *Emergency Severity Index (ESI)*, sistema utilizado nos Estados Unidos da América e a *Manchester Triage System (MTS)*.

Contudo, um dos sistemas que apresenta maior acreditação e que se encontra em vigor em Portugal é o Sistema de Triagem de Manchester.

Neste seguimento, passa-se a descrever o STM, considerado um conceito chave deste trabalho.

1.1. SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

O Sistema de Triagem de Manchester surgiu em Manchester (Reino Unido) no ano 1994. Foi criado pelo Manchester Triage Group pretendendo estabelecer concordância entre enfermeiros e médicos dos SU, relativamente aos padrões de triagem (Manchester Triage Group, 2014). Apesar de ter surgido em 1994, foi em 1997 que foi implementado em Inglaterra, tendo sido adotado por outros países como Portugal, Irlanda, Espanha, Itália, Alemanha, Brasil, México, entre outros.

Em Portugal, foi em 2000 que o sistema foi implementado, tendo como Hospitais pioneiros, o Hospital Professor Fernando Fonseca, na Amadora e o Hospital de Santo António, no Porto. Posteriormente foi implementado noutras unidades hospitalares, surgindo desta forma a necessidade de formar o Grupo Português de Triagem (GPT). O GPT teve o reconhecimento do Manchester Triage Group e da British Medical Journal como entidade representante da Triagem de Manchester em Portugal. O controlo da formação, da implementação, da manutenção do sistema, da uniformização dos registos, da preparação de formadores e dos auditores, são algumas das missões associadas ao Grupo Português de Triagem (Grupo Português de Triagem, 2010).

Em maio de 2001, em parceria com o Ministério da Saúde, surgiu um acordo que possibilitava que as instituições hospitalares que, voluntariamente, desejassem implementar o Protocolo de Triagem de Manchester (PTM), o fizessem, integrando o GPT. Para tal, teriam de assinar um protocolo e uma declaração de princípios, não existindo qualquer pagamento por adesão. Foi instituído um código de conduta, para garantir a fiabilidade e a reprodutibilidade do sistema, possibilitando ao GPT, designadamente, o acesso às bases de dados das instituições, com vista à melhoria contínua do PTM. Todas as instituições aderentes são parceiras de pleno direito do GPT, criando-se, espontaneamente, um fórum de discussão e de melhoria contínua do sistema (Grupo Português de Triagem, 2017).

Em pleno funcionamento, o GPT introduz inovações no STM inicial, editando em 2003 a 2.^a edição portuguesa.

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou o Despacho nº19124/05 de 17 de agosto, que determinava a obrigatoriedade de todas as urgências hospitalares de implementar um protocolo de triagem de prioridades, com vista a garantir ao cidadão cuidados mais adequados e de maior qualidade assegurando maior prioridade aos casos mais graves e tendo como fim último salvar vidas humanas (Direção Geral da Saúde, 2005).

Em 2014, foi emitido o Despacho nº10319/14 de 11 de agosto, que determinava que todos os SU tivessem um sistema de triagem que permitisse distinguir graus de prioridade de modo que, havendo tempos de espera, fossem estabelecidos critérios de tempo até à primeira observação médica.

Posteriormente, em 2015, com o reconhecimento da pertinência do STM, foi publicado o Despacho nº 1057/15 de 2 de fevereiro, que definiu prazos para a implementação do STM e de auditorias mensais, por forma a garantir a qualidade da triagem, no âmbito do protocolo assinado entre o Ministério da Saúde e o GPT. Este despacho foi atualizado ainda no decorrer de 2015 (Norma nº 002/2015), definindo que todos os SU do país tivessem o STM implementado até 31 de dezembro de 2015 (Direção Geral da Saúde, 2015).

Até dezembro de 2016, em Portugal, aderiram ao PTM 74 Serviços de Urgência da rede pública, 2 Serviços de Urgência públicos fora da rede formal, 5 Serviços de Urgência em unidades privadas, 4 Serviços de Urgência nas regiões autónomas. Até ao final do ano de 2017, previa-se que o PTM fosse implementado em mais 3 Serviços de Urgência em unidades privadas. Mais de 8.000 profissionais de saúde estão creditados para efetuarem a triagem de doentes, cerca de 200 dos quais estão creditados como instrutores e auditores (Grupo Português de Triagem, 2017).

No contexto da Requalificação das Urgências do Sistema Nacional de Saúde, o STM é um recurso promotor da igualdade no acesso aos cuidados de saúde. Possibilita ainda, a gestão de risco clínico, tendo em vista a organização do fluxo de doentes, com segurança e, a adequação das suas necessidades aos recursos disponíveis.

1.2. METODOLOGIA DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

O STM é uma preciosa ferramenta que permite a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até à primeira observação médica, quer em situações normais de um SU, quer em situações de catástrofe ou emergência com multivítimas.

Fazer triagem segundo o Sistema de Manchester é identificar critérios de gravidade, de forma objetiva e sistematizada, definindo a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido, tendo por base os problemas identificados e não os diagnósticos.

O objetivo da triagem nos serviços de urgência consiste em estimar a gravidade da doença dos doentes e estabelecer prioridades de tratamento, adequando o tempo de espera em consonância com a sua condição clínica, reduzindo o impacto negativo no

prognóstico de um atraso prolongado antes do tratamento (Grupo Português de Triagem, 2017).

O Sistema de Triagem de Manchester, consiste em identificar a queixa inicial do doente e seguir o fluxograma mais adequado a essa queixa. Existe um total de 52 fluxogramas que abrangem todas as situações previsíveis (Tabela 1).

Tabela 1 - Fluxogramas do Sistema de Triagem de Manchester

1 – Agressão	28 - Estado de inconsciência/síncope
2 – Alergias	29 - Exposição a químicos
3 – Asma	30 - Feridas
4 - Auto-agressão	31 - Grande traumatismo
5 - Bebê que chora (P)	32 - Gravidez
6 – Cefaleia	33 - Hemorragia gastro-intestinal
7 - Comportamento estranho	34 - Hemorragia vaginal
8 – Convulsões	35 - Indisposição do adulto
9 – Corpo estranho	36 - Infecções locais e abscessos
10 - Criança com dificuldade de locomoção (P)	37 - Lesão toraco-abdominal
11 - Criança que não se sente bem (P)	38 - Mordeduras e picadas
12 - Criança irritável (P)	39 - Pais preocupados (P)
13 – Diabetes	40 - Palpitações
14 - Diarreia e/ou vômitos	41 - Problemas estomatológicos
15 – Dispneia	42 - Problemas faciais
16 - Dispneia na criança (P)	43 - Problemas nos membros
17 - Doença mental	44 - Problemas oftálmicos
18 - Doenças sexualmente transmissíveis	45 - Problemas de ouvidos
19 - Dor abdominal	46 - Problemas urinários
20 - Dor abdominal na criança (P)	47 - Queda
21 - Dor cervical	48 - Queimaduras profundas e superficiais
22 - Dor garganta	49 - Sobredosagem ou envenenamento
23 - Dor lombar	50 - TCE - Trauma crânio-encefálico
24 - Dor testicular	51 - Catástrofes - Avaliação Primária
25 - Dor torácica	52 - Catástrofes - Avaliação secundária
26 - Embriaguez aparente	
27- Erupções cutâneas	

Fonte: Grupo Português de Triagem (2010, p. 55).

Depois desta seleção, é necessário proceder à recolha e análise de informações (sinais e sintomas) que permitam determinar a prioridade real. O fluxograma apresenta discriminadores-chave (perguntas) em cada nível de prioridade, e a avaliação é feita encontrando o grau mais elevado de resposta positiva (ou que não se consegue negar) para a pergunta discriminadora. As perguntas ou discriminadores são apresentadas por ordem decrescente de prioridade, isto é, as primeiras questões correspondem a situações mais graves.

Os discriminadores possibilitam a inclusão dos doentes numa das cinco prioridades clínicas e podem ser gerais ou específicos. Os discriminadores gerais aplicam-se a todos os doentes, independentemente da queixa inicial que apresentam e, conseqüentemente, surgem repetidas vezes ao longo dos fluxogramas; em todos os casos, os mesmos discriminadores gerais remetem o profissional da triagem para a mesma prioridade clínica. Os discriminadores específicos aplicam-se somente a algumas situações clínicas. Desta forma, por exemplo, dor aguda é um discriminador geral, dor precordial e dor pleurítica são discriminadores específicos. Os discriminadores gerais surgem em muito mais fluxogramas que os específicos (Grupo Português de Triagem, 2010).

Perante a identificação do discriminador relevante, determina-se a prioridade clínica, isto é, atribui-se a respetiva cor de identificação. A utilização deste sistema classifica numa das cinco categorias, identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo para a observação médica (Tabela 2).

Tabela 2 - Categorias de urgência associadas ao nível e à cor

Nível	Categoria de Urgência	Cor	Tempo Alvo
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco urgente	Verde	120 minutos
5	Não urgente	Azul	240 minutos

Fonte: Grupo Português de Triagem (2010, p. 22)

Na realidade portuguesa, foi identificado um problema que se relacionava com a utilização indevida dos SU como porta de entrada administrativa, bem como o uso

destes serviços para a realização de atividades programadas ou não urgentes. Daqui, surgiu então a necessidade de criar a cor branca para situações como reavaliações de doentes que não apresentam situação aguda ou urgente, situação de doentes acompanhados pela autoridade policial para colheita de sangue para contraprova da deteção de álcool ou drogas, situação de doentes que são admitidos para realizar exames complementares de diagnóstico, cadáveres que necessitam de registo administrativo para dar entrada na morgue, entre outros (Grupo Português de Triagem, 2011).

A triagem é um processo dinâmico e deve ser efetuada periodicamente, em todos os doentes que se encontram a aguardar observação ou tratamento. A necessidade de monitorização não termina após a primeira triagem, pois se houver alguma alteração na situação clínica inicial, deve ser realizada nova avaliação e a prioridade pode ser alterada.

O STM apresenta uma abordagem consistente, com informação cruzada entre fluxogramas, permitindo que um determinado número de condições principais apresentadas possa conduzir a mais de um fluxograma de apresentação, não havendo prejuízo para o doente.

Ao considerarmos que os SU se destinam a atender de forma rápida todas as pessoas com situações de risco de vida, quanto mais grave for a situação clínica, mais rapidamente estas devem ser atendidas. Para isso, é importante que seja efetuada uma avaliação, que permita classificar a gravidade da situação de cada doente. Todas as tomadas de decisão devem ter uma base científica, que requer rigor na aplicação do algoritmo de triagem, devendo por isso ser efetuado por um profissional qualificado, com formação em triagem de Manchester, que no caso de Portugal é o enfermeiro (Moreno & Rego, 2010).

Várias evidências vêm apoiar a triagem de prioridades efetuada por enfermeiros, reconhecendo-os como detentores de uma linguagem clínica orientada para os sinais e sintomas e não para os diagnósticos, fomentando com os doentes uma relação de empatia, essencial para a minimização de sentimentos de insegurança.

Vários são os autores que identificam no enfermeiro triador capacidades cruciais no processo de triagem como, capacidade de comunicação, sensibilidade, paciência, compreensão e discrição, bem como a capacidade organizativa e para atuar em situações éticas.

Para Oliveira e Trindade (2010) o enfermeiro é um dos profissionais mais indicados para realizar a triagem dos doentes, pois no seu processo formativo aprende a prestar

assistência de uma forma holística, isto é, vendo o ser humano como um todo, propondo-se a atender as suas necessidades físicas, psicológicas e se necessário de ordem social.

Pelo que foi exposto anteriormente, os SU devem ser dotados de profissionais de saúde capacitados para desempenhar funções específicas desses serviços, devendo os enfermeiros apresentar raciocínio rápido, intuição, destreza manual e resolutividade dos problemas que se apresentam, considerando o vasto número de procedimentos a serem desenvolvidos, o estado de saúde do doente e a limitação do fator tempo.

A intuição desenvolve-se com experiência, sensibilidade e uso de observação, características que serão desenvolvidas ao longo dos anos, devendo por isso o enfermeiro triador ser dinâmico, procurando conhecimentos técnico-científicos para fundamentar a sua tomada de decisão (Silva, Santos, & Brasileiro, 2013).

A tomada de decisão é considerada uma das competências do enfermeiro triador, e no processo de triagem envolve cinco etapas: identificação do problema, recolha e análise de informações, avaliação das alternativas e seleção de uma delas, implementação da alternativa selecionada e monitorização e avaliação dos resultados (Grupo Português de Triagem, 2010).

O processo de triagem será tanto mais eficiente quanto maior a experiência do enfermeiro triador, refletindo-se na diminuição do tempo de espera para atendimento, bem como no tempo de permanência no serviço.

Alguns estudos demonstram que o STM, é um instrumento sensível, confiável e amplamente validado, mesmo em doentes em idade pediátrica. Outros estudos referem que, além de priorizar os cuidados dos doentes, o STM foi útil na possibilidade de prever a evolução dos doentes durante o tempo de permanência na instituição (Azeredo, Guedes, Almeida, Chianca, & Martins, 2014). Reconheceram também que o STM é um instrumento fundamental pois possibilita a identificação de doentes que necessitam de atendimento mais rápido, além de colaborar no reconhecimento de doentes com maior risco de morte, e que apresentam evolução clínica com complicações (Gonçales, Pinto, Salgado, & Chianca, 2015).

O Sistema de Triagem de Manchester, constitui-se como uma ferramenta válida, pois:

- Garante a uniformidade de critérios ao longo do tempo, bem como, entre as múltiplas equipas do SU;
- Assegura à pessoa, observação de acordo com a gravidade da sua situação clínica;

- É um método que termina com a triagem sem fundamento científico, permitindo, deste modo, uma tomada de decisão com rigor;
- Prevê a triagem individual, assim como, a triagem múltipla em caso de catástrofe;
- Não implica um investimento financeiro significativo e é rápido de executar (Neves, 2010).

Como qualquer Sistema de triagem, também o STM apresenta vantagens e desvantagens. Como pontos positivos podem-se destacar o reconhecimento internacional, o sucesso na utilização em diferentes sistemas de saúde, a existência de fluxogramas lógicos e uniformes para a tomada de decisão, realização de auditorias e a gestão adequada dos doentes com maior risco. Quanto aos pontos negativos, a rigidez na metodologia, múltiplas queixas ou limitação na classificação de doentes com sintomas pouco enquadráveis com os fluxogramas existentes, desvalorização do nível de gravidade em doentes com mais de 65 anos (Anzileiro, 2011).

Porém, o STM não garante por si só o bom funcionamento do SU. Perante o exposto, a administração do hospital ao aceitar a implementação deste sistema, assume efetuar os investimentos indispensáveis para promover e concretizar a reestruturação funcional e física necessária para que os objetivos preconizados pelos protocolos sejam cumpridos na gestão do doente, sendo necessário definir circuitos de encaminhamento após a triagem de prioridades que promovam o atendimento mais rápido e clinicamente adequado em função das necessidades do doente e das realidades clínicas, funcionais, arquitetónicas e outros aspetos conjunturais relevantes e particulares de cada hospital (Grupo Português Triagem, 2010).

O STM é um processo que está informatizado, possuindo um grande número de vantagens na sua utilização, pois diminui o tempo de triagem na medida que é facilitado o seu acesso; confere maior agilidade e segurança no processo contínuo de auditoria; evita erros impondo boa prática nos registos; permite a mensuração adequada dos tempos de triagem; é fundamental a criação de uma linguagem única e de uma rede integrada de serviços de saúde (Grupo Português Triagem, 2010). Para além das vantagens relacionadas com o próprio processo de triagem, apresenta outros benefícios, como a obtenção de dados relacionados com a gestão de recursos humanos, relativos ao desempenho dos profissionais de saúde, ao número de profissionais necessários para cada equipa e para cada sector do SU e à gestão dos recursos materiais e equipamentos necessários à prestação de cuidados de saúde.

Para além de ser considerado como uma ferramenta indispensável para o planeamento e gestão dos SU, o STM é um excelente indicador de qualidade e de gestão do risco clínico.

O facto de usar uma nomenclatura padrão, usar definições comuns, ter uma metodologia sólida para rastreio e implementar um modelo de formação completo, permite que este sistema possa ser auditado (Azeredo et al., 2014).

A aplicação do STM prevê um processo de auditoria interna e externa, que assevera se os requisitos, atividades e os resultados referentes ao sistema estão devidamente implementados e são cumpridos. A consolidação de um método seguro de auditoria é fundamental para a prossecução de qualquer metodologia padronizada, uma vez que tem de ser comprovada a existência de reprodutibilidade entre profissionais, serviços e instituições de saúde (Grupo Português Triagem, 2012).

Assim, é imprescindível que num serviço de urgência seja implementado um sistema de triagem, com uma prática de acolhimento e classificação de risco estruturada, como forma de minimizar a sobrelotação dos serviços de urgência, além de minorar o sofrimento das pessoas que os utilizam aumentando assim a satisfação com os cuidados prestados (Becker & Prado, 2015; Silva, Paiva, Faria, Ohl, & Chavaglia, 2016).

2. GRAVIDADE/SEVERIDADE CLÍNICA DO DOENTE ADMITIDO NO SU

O Sistema de Triagem de Manchester apresenta-se como um bom preditor de gravidade clínica, manifestando a sua credibilidade além de melhorar o atendimento e reduzir erros relacionados com diferenças subjetivas na avaliação do profissional responsável, sendo, ainda, uma ferramenta benéfica, para a gestão de serviços de maneira institucional e profissional.

O conceito de gravidade apesar de parecer muito intuitivo, pode apresentar definições e conceptualizações distintas, dependendo da perceção individual de cada um.

Assim, e de acordo com a descrição da página web significados, podemos dizer que Gravidade descreve uma situação grave, séria ou negativa. Também Costa como referido por Sousa (2013), atribuem a severidade, conceitos como, probabilidade de morte, diminuição das funções, carga de doença, integridade fisiológica ou dificuldade de repor o nível de saúde dos doentes. Ainda no estudo de Sousa (2013), encontramos um conceito de Thomas, Ashcraft e Zimmerman que refere que gravidade/severidade é definida como a probabilidade de morte ou falência de um

órgão. Existem, no entanto, autores que consideram três perspetivas diferentes de severidade, a fisiológica, a psicológica e a económica. A fisiológica classifica os doentes relativamente à probabilidade de morte. A psicológica refere-se às respostas emocionais dos doentes face à doença. Por fim, a económica, considera o consumo de recursos (Sousa, 2013).

Na perspetiva dos profissionais de saúde, gravidade encontra-se associada a mortalidade e morbilidade do doente. Pode ainda estar relacionada com a progressão de determinada doença, isto é, com alterações fisiológicas resultantes das complicações dessa doença (Costa & Lopes, 2004).

Alguns dos estudos referidos no trabalho de Sousa (2013), demonstram que a gravidade da situação do doente pode influenciar a demora média do doente no SU, e esta demora por sua vez, conduz a um consumo aumentado de recursos.

Os diferentes conceitos refletem as perspetivas das principais partes interessadas do sistema de saúde, bem como, as abordagens e a finalidade dos seus instrumentos de medição.

O STM surge como um desses instrumentos de avaliação da gravidade dos doentes, permitindo a classificação do doente e atribuição de uma cor de acordo com a gravidade da situação clínica, a que corresponde um tempo de espera recomendado, e adequado à sua condição.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA

A investigação é uma atividade cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de pesquisa e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais. É através da investigação que se reflete e problematizam as questões decorrentes da prática, que se suscita a discussão e se constroem as ideias inovadoras. Quando se fala em investigação em Ciências Sociais e Humanas, é necessário que seja científica, isto é, pautada pela sistematização e pelo rigor, e que seja adequada ao objeto de estudo (Coutinho, 2014).

A investigação em enfermagem permite gerar conhecimento que promova a sustentação científica, necessária em todas as suas áreas, sendo fulcral na maximização da qualidade dos cuidados à pessoa, família e comunidade (Gray, Grove, & Sutherland, 2017). Reconhece-se por isso a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão, contribuindo fortemente para a sua visibilidade social.

A metodologia designa os diversos meios que apoiam e/ou orientam o investigador na sua busca do conhecimento (Coutinho, 2014).

Qualquer trabalho de investigação deve seguir uma metodologia, de modo a garantir a sua viabilidade científica.

Tendo por base o anteriormente referido, ao longo deste capítulo serão abordados conteúdos relativos ao percurso metodológico do estudo, como o tipo de estudo, os objetivos e a questão de investigação, os procedimentos formais e éticos inerentes, o contexto do estudo, as fontes de informação, o procedimento de recolha de dados e o instrumento utilizado, bem como o processo de tratamento da informação.

1.1. TIPO DE ESTUDO

A pesquisa científica é o “procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos” (Nunes, Nascimento, & Luz, 2016, p. 144).

As opções metodológicas selecionadas para um estudo de investigação devem incidir, na que melhor permita compreender a natureza do fenómeno a estudar. Daí a

importância, de ser traçado um plano lógico, o desenho de investigação, com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas (Polit & Beck, 2019; Gray et al., 2017).

Tendo em conta as características da presente investigação, optou-se por utilizar a pesquisa documental dos registos informáticos relacionados com o episódio de urgência, com carácter retrospectivo e analítico.

A pesquisa documental caracteriza-se pela recolha de dados em documentos, que não sofreram tratamento analítico, isto é, que não foram analisados ou sistematizados. O pesquisador tem de seleccionar, tratar e interpretar a informação, com o objetivo de compreender a interação com a sua fonte. Este tipo de pesquisa, propõe-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenómenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos (Kripka, Scheller, & Bonotto, 2015). Segundo os mesmos autores, a escolha dos documentos consiste em delimitar o universo que será investigado. O documento escolhido para a pesquisa dependerá do problema para o qual se procura uma resposta.

Este estudo apresenta um carácter retrospectivo, pois os dados foram obtidos de registos já existentes, no decorrer do estudo (Gray et al., 2017) e é analítico pois pretende, não só, descrever as variáveis em estudo, como também, estabelecer relações entre estas.

1.2. CONTEXTO DO ESTUDO

Atendendo à especificidade do contexto do estudo, será feita uma breve apresentação de algumas particularidades que podem facilitar a compreensão da realidade onde se insere o fenómeno em análise.

O SU, onde foi efetuado o estudo, tem a classificação de urgência médico-cirúrgica, com atendimento durante vinte e quatro horas. Tem como valências médicas e cirúrgicas, as especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia e Clínica Geral. Tem ainda outras especialidades de apoio como, Oftalmologia, Otorrino e Dermatologia, no entanto estas, não garantem o atendimento das 24h, funcionando com escala própria.

O referido SU tem implementado o sistema de triagem de prioridades desde 2003, estando informatizado desde 2005. A informatização deste SU, passou por uma decisão estratégica da administração do hospital, em garantir o registo de todos os

dados, trazendo desta forma benefícios para a melhoria de atendimento no SU e para a gestão de recursos.

Em setembro de 2018, foi implementada a aplicação informática SClinico® no SU. O SClinico é um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pela SPMS (Serviços partilhados do Ministério da Saúde), que resultou da união de duas anteriores aplicações usadas por médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde, o SAM (Sistema de Apoio Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Tem evoluído para ser uma aplicação única, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e centrada no doente.

Este sistema informático, insere-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação (Serviço Nacional Saúde, s.d.).

O acesso à informação clínica do utente, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos, permite homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente, fazendo com que desempenhem melhor o seu papel na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente (Serviço Nacional Saúde, s.d.).

1.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A definição e formulação das questões da pesquisa é provavelmente uma das etapas mais importantes e complexas num estudo de investigação, uma vez que a questão fornece um indício fundamental para delinear a estratégia de pesquisa que será adotada (Freixo, 2018).

Com a elaboração da questão de investigação, pretendemos definir de forma clara e concisa o que se pretende estudar, a sua área de ação e as suas particularidades. Deve ser mensurável e realista, bem como, o tema deve ser pertinente não havendo possibilidade de ambiguidades (Pocinho, 2012).

A opção pelo tema em estudo fez emergir a seguinte questão de investigação:

“Qual a gravidade clínica das pessoas que recorrem ao SU e a prioridade atribuída pelo enfermeiro no STM?”

1.4. OBJETIVOS DO ESTUDO

Os objetivos são enunciados declarativos que precisam as variáveis-chave, a população-alvo e a orientação da investigação (Freixo, 2018).

A definição dos objetivos delimita o que o pesquisador quer atingir com a realização do trabalho de pesquisa, traçando desta forma a intenção da investigação.

Ao definir os objetivos o investigador delimita o seu estudo de forma a evitar perdas de tempo com assuntos que não se relacionam com o propósito do trabalho.

Desta forma, é importante elaborar objetivos coerentes e lógicos, especificando claramente a intenção do investigador no decurso do estudo.

Para responder à questão de investigação definida, formulou-se o seguinte objetivo geral:

- Analisar a gravidade clínica das pessoas que recorrem ao SU e a prioridade atribuída pelo enfermeiro no STM.

Com base na questão de investigação e no objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a população atendida no SU no período de janeiro a março de 2019;
- Descrever as características profissionais dos enfermeiros triadores;
- Identificar a prioridade mais atribuída pelo enfermeiro na triagem segundo o STM no período de janeiro a março de 2019;
- Analisar a associação entre a prioridade atribuída pelo STM e a gravidade da situação traduzida pelo consumo de recursos (meios complementares de diagnóstico e terapêutica injetável);
- Analisar a associação entre a prioridade atribuída pelo STM e a gravidade da situação traduzida pela readmissão até às 72h;
- Analisar a associação entre a prioridade atribuída pelo STM e a gravidade da situação traduzida pelo reencaminhamento de especialidade;
- Analisar a associação entre a prioridade atribuída pelo STM e a gravidade da situação traduzida pelo tempo de permanência no SU;
- Analisar associação entre a prioridade atribuída pelo STM e a gravidade da situação traduzida pelo desfecho clínico do episódio de urgência.

1.5. FONTES DE INFORMAÇÃO, INSTRUMENTO E PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

A tarefa de selecionar ou desenvolver métodos para reunir os dados é um dos passos importantes num processo de investigação, para se conseguirem obter informações passíveis de serem tratadas estatisticamente e se conseguirem alcançar resultados e conclusões. A informação pode ser obtida através de diversos instrumentos, consoante o tipo de pesquisa que se pretende desenvolver. Desta forma, cabe ao investigador selecionar o instrumento de colheita de dados, que mais se adequa à natureza e à finalidade da investigação.

O instrumento de recolha de dados a ser utilizado, foi construído no programa de tratamento estatístico SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 22, com base na consulta documental do SClínico® (Apêndice I).

O instrumento de recolha de dados foi organizado de forma que a informação recolhida vá de encontro aos objetivos definidos e às variáveis:

- Relacionados com a Admissão do doente no SU:
 - Data: de admissão do doente no SU;
 - Dia da semana: dia de semana ou de fim de semana;
 - Hora: de admissão do doente no SU;
 - Causa: podendo obter a classificação de doença, queda, acidente de trabalho, acidente de viação, acidente doméstico;
 - Proveniência: exterior, INEM, consulta externa, centro de saúde, SNS 24;
 - Readmissão às 72h: período de tempo considerado para que houvesse resolução ou melhoria da situação aguda do doente. Considerou-se Episódio Primário, a primeira admissão do doente no SU, tendo depois havido uma segunda admissão pela mesma situação clínica no período até às 72h; e Readmissão, como o segundo episódio de admissão pela mesma situação clínica com espaço temporal de 72h, após ter havido uma primeira entrada no SU.
- Relacionados com o doente:
 - Idade: do doente, em anos;
 - Sexo: masculino ou feminino.
- Relacionados com Triagem:
 - Hora da triagem: corresponde ao momento em que se inicia a triagem do doente;

- Fluxograma: selecionado pelo enfermeiro como o mais adequado, mediante a queixa do doente;
- Discriminador: permite a inclusão do doente numa das cinco prioridades clínicas (ex.: respiração ineficaz, alteração do estado de consciência de novo, dor moderada, problema recente, etc.);
- Prioridade Clínica: pode ser atribuída a cor vermelha para situações de emergência; a cor laranja para situações muito urgentes; a cor amarela para situações urgentes; a cor verde para situações pouco urgentes e a cor azul para situações não urgentes. Existe ainda a cor branca, que corresponde a situações de doentes recebidos por razões administrativas ou casos clínicos específicos referenciados por um médico, mas sem situação aguda, não traduzindo nenhuma prioridade de atendimento, nem nenhuma gravidade;
- Retriagem: pode ocorrer por vários motivos como, agravamento do estado do doente enquanto aguarda observação médica, lapso na triagem ou engano no encaminhamento.
- Relacionados com o Encaminhamento Médico:
 - Especialidade Médica: atribuída à condição do doente depois de efetuada a triagem. Sendo que o SU em que irá decorrer o estudo, tem a valência Médico-Cirúrgica, apresenta especialidades como Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Clínica Geral;
 - Hora de atendimento: hora em que o doente é chamado para a primeira observação médica;
 - Reencaminhamento de Especialidade Médica: situações em que após avaliação inicial pelo médico, ele reconhece necessidade de encaminhar para outra especialidade mais adequada aos achados clínicos.
- Relacionados com os Meios Complementares de Diagnóstico (MCD):
 - Análises de Sangue: podemos ter colheita de sangue para hemograma, bioquímica, coagulação, hemoculturas, classificação e gasometria;
 - Exames Imagiológicos: na instituição é possível efetuar, radiografias (RX), Tomografia axial computadorizada (TAC), AngioTac, Ecografia, Endoscopia e Colonoscopia;
 - Outros Exames: eletrocardiograma (ECG), colheitas de urina, zaragatoas, colheita de líquido ascítico, pleural.
- Relacionados com Medicação:
 - Sem administração de qualquer tipo de medicação;
 - Administração de uma Medicação Endovenosa (E.V.);

- Administração de duas ou mais Medicções E.V.;
- Sem administração de Medicação E.V.
- Relacionados com o Desfecho do Episódio de Urgência:
 - Data: da alta informática do SU;
 - Hora: da alta informática do SU;
 - Destino: o doente pode ter alta (alta para casa por melhoria da sua situação, alta com encaminhamento para o Médico assistente, alta contra parecer médico, quando o doente assume a sua alta, apesar do médico considerar que este deveria ficar em observação ou para tratamento, alta por abandono, quando o doente sai do serviço sem aviso ou justificação da sua ausência), pode ficar internado, pode ser transferido para outra unidade hospitalar, etc.

As variáveis podem ser consideradas como unidades base da investigação, definindo-se como qualidades, características, atributos ou propriedades de pessoas ou situações estudadas, que podem ser alvo de mudanças e/ou variações no tempo.

Em investigação, variável constitui um elemento central, pois é à volta dela que a investigação se estrutura. Trata-se de uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades. A sua operacionalização consiste em dar-lhes um sentido que seja observável, mensurável e que pode ser suscetível de mudança (Ribeiro, 2010).

De forma sintética, o instrumento de colheita de dados ficou composto, por dados relativos à admissão do doente no SU, relacionados com o doente, com a triagem, com o encaminhamento médico, com a realização de MCD, com a medicação E.V. administrada e com o desfecho do episódio de urgência.

Neste estudo foi efetuada uma pesquisa e posterior análise documental, dos registos dos episódios de urgência através da plataforma SClínico®.

Considerando que o SU do Hospital distrital da região centro, onde decorreu o estudo, tem um atendimento médio diário de cerca de 200 doentes, definiu-se para este estudo a consulta dos registos informáticos de dois dias por semana (um dia de semana: segunda-feira, e um dia de fim-de-semana: sábado) dos meses de janeiro a março de 2019. A escolha teve em conta o facto de a segunda-feira ser o dia da semana normalmente, com maior afluência no SU e o sábado o dia do fim de semana com as mesmas características (Infante, 2012).

A escolha do período de estudo de janeiro a março de 2019, considerou a fase de adaptação dos utilizadores ao programa, uma vez que a sua implementação e utilização datam de setembro de 2018.

Os critérios anteriormente definidos, consideraram, a impossibilidade de consultar todos os registos pelo volume de informação que se obteve e a calendarização prevista para o estudo.

Relativamente aos MCD efetuados pelos doentes durante o episódio de urgência, foram reunidos em 3 categorias: Exames laboratoriais (hemograma, bioquímica, coagulação, gasometria, classificação, etc.), exames imagiológicos (RX, TAC, AngioTAC, ecografia) e outros tipos de exames (ECG, colheitas de urina, zaragatoas, entre outros). A realização destes exames, nomeadamente a sua repetição pode sugerir a deteção de uma anomalia ou suspeita de algo que não está normal. Se forem análises diferentes ou exames imagiológicos diferentes, também pode indicar uma maior deterioração do estado do doente. Então define-se como critérios de gravidade: a realização de dois ou mais exames imagiológicos, e a realização de duas ou mais análises ao sangue.

No que concerne à medicação efetuada no atendimento do doente, também se dividiu em 3 grupos: Medicação E.V., Medicação por outras vias e Sem Medicação. A necessidade de duas ou mais medicações endovenosas também se constituiu como um critério de gravidade, como resultado de uma premência de intervenção. O doente que necessite de medicação E.V., significa que precisa de medicação de forma aguda, contrariamente aos doentes em que é administrada medicação por via oral, cuja situação pode esperar o efeito da medicação.

Considerando o tempo de permanência no SU, definiu-se como critério de gravidade, o período superior a seis horas de duração. Se atendermos a que a maioria dos casos são simples e são decididos com maior prontidão, o período de seis horas parece ser adequado mesmo para as situações que requerem intervenção de mais especialidades, ou em que existe dificuldade em tomar decisão, decorrente da complexidade/gravidade e/ou incerteza relacionada com a situação do doente. O intervalo de seis horas é referenciado como um período suficiente para a tomada de decisões, mesmo quando tal inclui o parecer de outros médicos e eventualmente a realização de alguns procedimentos (Machado, 2008).

Quanto ao desfecho do episódio de urgência, foram considerados também 4 grupos: alta, Internamento hospitalar, transferência para outra unidade hospitalar, ou óbito. Neste âmbito será critério de gravidade, o internamento do doente no hospital,

assumindo que a severidade da sua situação justifica a necessidade de cuidados médicos e de enfermagem, a transferência para outra unidade hospitalar, por necessidade de atendimento mais diferenciado e adequado à situação do doente e o óbito que está normalmente associado a situações de maior gravidade.

Também o reencaminhamento de especialidade, foi utilizado como critério de gravidade, uma vez que, pode ser um indicador da necessidade de cuidados mais diferenciados e adequados à condição do doente.

Relativamente à readmissão até às 72h, foi o período considerado para que houvesse resolução ou melhoria da situação aguda do doente. Se este volta a recorrer ao SU, pode pensar-se que houve agravamento ou deterioração da sua condição fisiológica, ou ineficácia da terapêutica instituída em ambulatório ou alguma complicação associada. Qualquer uma das situações referidas pode asseverar a gravidade da situação do doente, daí ter sido considerado um critério relevante para o estudo.

1.6. TRATAMENTO DOS DADOS

A análise dos dados é o processo pelo qual o investigador organiza e sintetiza o material obtido durante a pesquisa, com o intuito de destacar os principais resultados e padrões de relação entre eles.

Desta forma, pretende-se apresentar os dados de uma forma simples, para sistematizar e realçar a informação fornecida por estes.

Os dados colhidos foram registados em base de dados e analisados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS®, versão 22. Para o processo de análise estatística foram utilizadas técnicas de análise descritiva e de análise inferencial.

Para a análise descritiva foram calculadas:

- frequências, absolutas (n) e percentuais (%);
- medidas de tendência central: média aritmética (\bar{x}), mediana (Md) e moda (Mo);
- medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão, valor máximo e valor mínimo.

Para a análise inferencial foi utilizado o teste do qui-quadrado (χ^2). Foi fixado o valor de 0,05 como valor máximo da probabilidade do erro tipo I, ou seja, como valor abaixo do qual se considerou que as associações ou as diferenças em estudo eram estatisticamente significativas (Assis, Sousa, & Linhares, 2020).

Por sua vez, os resultados obtidos serão apresentados sob a forma de tabelas de modo a facilitar a sua leitura e interpretação.

1.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

As investigações no domínio da Saúde que envolvam seres humanos, devem ter em consideração aspetos éticos e morais, para que não sejam causadoras de danos aos direitos e liberdade das pessoas envolvidas na investigação.

Neste estudo foram garantidas as normas de conduta próprias de uma investigação, com o objetivo de salvaguardar os direitos e os princípios éticos das pessoas.

Uma vez que a colheita de dados foi realizada através de pesquisa documental, isto é, com recurso a uma análise dos registos informáticos, não envolvendo diretamente a participação de seres humanos, não houve a necessidade de efetuar nenhum termo de consentimento livre e esclarecido.

De acordo, com a natureza dos dados relativos aos enfermeiros triadores, e por ser a forma mais rápida, acessível e económica, optámos pelo contato direto via email institucional, onde foram informados acerca das características do estudo e as informações que lhes eram pedidas e para que fins seriam utilizadas. A resposta voluntária ao email, pelos enfermeiros devidamente informados e que aceitaram participar no estudo foi considerado o seu consentimento informado.

Contudo, e por forma a cumprir os pressupostos formais e éticos inerentes à realização do estudo, foi efetuado um pedido de autorização formal, acompanhado do respetivo projeto de investigação, dirigido ao Presidente do Conselho de Administração da instituição de saúde envolvida (Apêndice II), e um pedido de parecer à Comissão de ética da mesma instituição (Apêndice III). O comprovativo de parecer favorável é apresentado no Anexo (I e II).

Foi sempre uma preocupação da investigadora e atendendo ao que foi referido anteriormente, garantir a confidencialidade dos resultados, não permitindo a sua utilização por terceiros, mantendo o anonimato dos participantes.

PARTE III – ESTUDO EMPÍRICO

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os dados e resultados obtidos ao longo do processo de investigação, tendo por base os objetivos delineados, a metodologia previamente definida, a informação recolhida do sistema S Clínico® e a aplicação das técnicas de estatística descritiva aplicadas. A informação será apresentada sob a forma de tabelas, por forma a sistematizar e salientar os dados mais relevantes, procedendo-se à análise descritiva da mesma.

Este capítulo subdivide-se em duas partes, inicialmente faz-se uma análise descritiva dos resultados, à qual se segue uma análise inferencial.

Análise descritiva

O estudo foi desenvolvido numa unidade hospitalar da região centro, que está integrada na rede de prestadores de cuidados de saúde do SNS, servindo uma população cerca de 112 mil habitantes (dados fornecidos pelo serviço de informática da instituição do estudo – atualização de 2019). Esta instituição hospitalar teve no ano de 2019, um total de 72919 episódios de urgência (site SNS), sendo também referência, para trabalhadores da indústria local e da população em época balnear.

O SU tem implementado o STM desde o ano 2003 aplicado por enfermeiros, utilizando atualmente um protocolo informatizado.

Dos 28 enfermeiros que produziram dados que integraram o estudo em questão (Tabela 3), constatamos que 71,4% dos enfermeiros eram licenciados. Em igual percentagem temos enfermeiros com “pós-Licenciatura” e “mestrado”, com 14,3%.

No que respeita ao número de anos de exercício profissional, a grande maioria tem “mais de 10 anos” (78,6%), seguido do grupo de “5-10 anos” (14,3%) e por fim com “menos de 5 anos” (7,1%).

Relativamente ao n.º de anos de exercício profissional em SU, agrupamos os elementos em dois grupos, um que integra os enfermeiros com “menos de 5 anos” e o outro que integra enfermeiros com “5 ou mais anos”, de acordo com Benner (2005), que refere que os enfermeiros peritos devem ter pelo menos 5 anos de experiência. Verifica-se que a maioria tem “5 ou mais anos” (82,1%). O grupo com “menos de 5

anos” representa 17,9%. A média de anos de exercício profissional em SU situa-se nos 14,04 anos.

Para que o enfermeiro possa realizar Triagem de Manchester tem de ter, obrigatoriamente, formação específica. Desta forma, todos estes enfermeiros fizeram um curso de triagem prévio ao início desta atividade.

Verifica-se, portanto, que 71,4% faz triagem há “mais de 10 anos”, seguido do grupo de enfermeiros com “menos de 5 anos” com 17,9% e por fim o grupo entre “5 e 10 anos” com 10,7%, conforme tabela 3.

Tabela 3 - Caraterização académica e profissional dos enfermeiros do SU

Grau Académico	n	%
Licenciatura	20	71,4
Pós-Licenciatura	4	14,3
Mestrado	4	14,3
Total	28	100,0
N.º anos Exercício Profissional	n	%
< 5 anos	2	7,1
5 – 10 anos	4	14,3
> 10 anos	22	78,6
Total	28	100,0
N.º anos Exercício Profissional SU	n	%
< 5 anos	5	17,9
≥ 5 anos	23	82,1
Total	28	100,0
N.º anos Triagem Manchester	n	%
< 5 anos	5	17,9
5 – 10 anos	3	10,7
> 10 anos	20	71,4
Total	28	100,0

Para este estudo foram consultados os registos clínicos de 4011 doentes, que recorreram ao serviço de urgência, em todas as segundas-feiras e sábados dos três primeiros meses do ano de 2019. Foram excluídos 313 registos correspondentes a episódios de urgência pediátrica observados por outras especialidades do SU, que não Pediatria. Referimo-nos às Especialidades de Cirurgia e Ortopedia que durante o dia também atendem doentes com idade inferior a 18 anos, e a Clínica Geral que

durante o período noturno atende crianças com idade superior a 6 meses, excetuando os triados com a prioridade “Emergente” e “Muito Urgente”.

Desta forma, a amostra do estudo considerou 3698 registos de episódios de urgência correspondentes apenas a adultos.

Relativamente à caracterização dos doentes cujos episódios foram alvo de estudo, verificou-se que o “sexo feminino” foi o mais prevalente (Tabela 4), correspondendo a 54,6% dos episódios.

Tabela 4 - Distribuição dos episódios urgência por sexo

Sexo	n	%
Masculino	1678	45.4
Feminino	2020	54.6
Total	3698	100,0

A média de idades dos doentes que recorreram ao SU situa-se nos 57,8 anos, sendo o desvio padrão de 20,7 anos. A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 100 anos.

No sentido de facilitar a análise dos resultados, definiram-se três grupos etários: “18 aos 39 anos (jovem adulto)”, “40 aos 64 anos (adulto)” e “≥ 65 anos (idoso)”. Assim, pode-se verificar que os doentes que mais recorreram ao SU são “idosos” com 41,3%, seguido dos “adultos” com 36,3% e “jovens adultos” com 22,4% (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos episódios urgência por faixa etária

Faixa etária	n	%
Jovem Adulto (18-39 A)	827	22,4
Adulto (40-64 A)	1343	36,3
Idoso (≥ 65 anos)	1528	41,3
Total	3698	100,0

No que respeita à distribuição do número de episódios de urgência segundo o mês de admissão no SU, verificamos uma uniformidade ao longo dos meses estudados, no entanto, o “mês de março” apresenta uma maior afluência com 34,7%, seguido do “mês de janeiro” com 33,3% e por fim o “mês de fevereiro” com 32%.

Verificamos ainda de acordo com a Tabela 6, que relativamente aos dias estudados, a “segunda-feira” foi o dia com maior afluência com 52,1%, conforme se pode verificar na tabela 6.

Podemos ainda verificar, que o turno com maior número de admissões no SU, foi o “turno da Manhã” com 53,1%, seguido do “turno da Tarde” com 36,1% e do “turno da Noite” com 10,8%.

Tabela 6 - Distribuição dos episódios urgência por mês, dia e turno de admissão no SU

Mês	n	%
Janeiro	1232	33,3
Fevereiro	1184	32,0
Março	1282	34,7
Total	3698	100,0
Dia da Semana	n	%
Segunda-feira	1927	52,1
Sábado	1771	47,9
Total	3698	100,0
Turno	n	%
Noite	398	10,8
Manhã	1964	53,1
Tarde	1336	36,1
Total	3698	100,0

A causa pelo qual os doentes recorreram ao SU, foi maioritariamente por “doença” com 87,9%, seguido das “quedas” com 5,3%, dos “acidentes de trabalho” com 2,8% e dos “acidentes domésticos” com 2,0% (Tabela 7). Foram agrupadas em “outras causas”, situações como, acidente de viação, agressão, intoxicação, acidente pessoal, entre outros, que por apresentarem percentagens mínimas inferior a 2%, não foram apresentados separadamente.

Tabela 7 - Distribuição dos episódios urgência por causa de admissão

Causa	n	%
Doença	3249	87,9
Queda	195	5,3
Acidente Trabalho	103	2,8
Acidente Doméstico	74	2,0
Outras	77	2,1
Total	3698	100,0

Verificou-se que a proveniência da grande maioria dos doentes admitidos no SU, foi do “exterior” com 73,1%, trazidos por meios do “INEM” com 19,4%, vindos do “Centro de Saúde” com 4,1% e após contato com o serviço da “SNS 24” com 2,1%, conforme se pode observar na tabela 8. A proveniência “outros” abrange doentes que vieram da consulta externa, de clínicas privadas, do hospital dia e ainda de transferências inter-hospitalares.

Tabela 8 - Distribuição dos episódios urgência por proveniência

Proveniência	n	%
Exterior	2705	73,1
INEM	719	19,4
Centro Saúde	153	4,1
SNS 24	77	2,1
Outros	44	1,2
Total	3698	100,0

Pela análise dos dados relativos à readmissão dos doentes (Tabela 9), verificamos que do número de episódios de urgência estudados, a maioria não teve nenhuma readmissão (92,4%) de acordo com os critérios previamente definidos que seriam as 72h. Relativamente aos que correspondiam a “readmissão” (7,6%), foram primeiros episódios que resultaram numa readmissão em menos de 72h, 3,4%, enquanto 4,2% constituíram readmissões propriamente ditas.

Tabela 9 - Distribuição dos episódios urgência quanto à readmissão até 72h

Readmissão até 72h	n	%
Sem Readmissão	3417	92,4
Episódio primário	125	3,4
Readmissão	156	4,2
Total	3698	100,0

Relativamente à prioridade atribuída na triagem pelo STM (Tabela 10), verificamos que a prioridade “Urgente” é a que mais se evidencia com 65,5%, seguindo-se a prioridade “Pouco Urgente” com 23% e a prioridade “Muito Urgente” com 8,9%.

Tabela 10 - Prioridade atribuída na triagem pelo STM

Prioridade STM	n	%
Emergente	18	0,5
Muito urgente	330	8,9
Urgente	2421	65,5
Pouco urgente	853	23,1
Não urgente	6	0,2
Branco	70	1,9
Total	3698	100,0

Será relevante referir que, apesar da cor branco ser considerada pelo STM apenas para doentes que não apresentam situações compatíveis com o serviço de urgência, 1,9% dos doentes recorreram por motivos como reavaliação médica, por virem transferidos de outras instituições hospitalares, para terem alta ou ficarem internados no hospital da área de residência, por terem sido convocados pelos serviços administrativos, por indicação médica, por alterações analíticas, e ainda por virem encaminhados para algum médico específico.

Da análise dos episódios de urgência quanto ao fluxograma mais utilizado (Tabela 11), verificamos que os fluxogramas que mais se destacam são os “Problemas nos membros” com 14,8%, a “Dispneia” com 12,6%, a “Dor torácica” com 7,9%, a “Dor abdominal” com 7,0%, a “Indisposição do adulto” com 6,7% e a “Dor lombar” com 6,5%. Nos restantes fluxogramas evidenciam-se a “Cefaleia” com 4,2%, a “Dor garganta” com 4,1%, as “Feridas” com 4,1%, os “Problemas urinários” com 3,6%, as “Infeções locais e abscessos” com 3,5% e a “Diarreia e/ou vômitos” com 3,1%.

O fluxograma “Outros casos (Branco)”, diz respeito a situações a que foi atribuída a cor branco, totalizando 1,9% dos casos.

Na tabela encontra-se ainda “Outros Fluxogramas”, que representa todos os outros fluxogramas encontrados na colheita de dados, mas que por apresentarem percentagens mínimas (inferior a 2%), não se encontram descritos em separado.

Tabela 11 - Distribuição dos episódios urgência por fluxograma

Fluxograma	n	%
Cefaleia	155	4,2
Diarreia e/ou Vômitos	114	3,1
Dispneia	466	12,6
Dor Abdominal	258	7,0
Dor Garganta	152	4,1
Dor Lombar	242	6,5
Dor Torácica	292	7,9
Feridas	151	4,1
Indisposição do Adulto	247	6,7
Infeções locais e Abscessos	130	3,5
Problemas nos Membros	546	14,8
Problemas Urinários	134	3,6
Outros casos (Branco)	70	1,9
Outros Fluxogramas	741	20,0
Total	3698	100,0

No que se refere ao discriminador mais selecionado na triagem (Tabela 12), destaca-se a “Dor moderada” com 35,6%, seguido da “Dor ligeira < 7 dias” com 12,7%, da “Dor pleurítica com 7,3% e da SaO2 baixa com 3,2%.

Os “Outros Discriminadores”, engloba discriminadores com percentagens pouco significativas (inferior a 2%).

Tabela 12 - Distribuição dos episódios urgência por discriminador

Discriminador	n	%
SaO2 muito baixa	83	2,2
Dor pleurítica	269	7,3
Adulto quente	94	2,5
Instalação súbita	101	2,7
Dor moderada	1317	35,6
Dor ligeira < 7 dias	469	12,7
SaO2 baixa	119	3,2
Não tem	70	1,9
Outros Discriminadores	1176	31,9
Total	3698	100,0

No que diz respeito à especialidade de encaminhamento atribuída na triagem pelo enfermeiro (Tabela 13), constata-se que houve um maior número de doentes encaminhados para a “Clínica Geral” com 48,6%, seguido da “Medicina Interna” com 23,9%, da “Cirurgia Geral” com 14,1% e da “Ortopedia” com 13,4%.

Tabela 13 - Distribuição dos episódios urgência por especialidade de encaminhamento

Especialidade encaminhamento	n	%
Medicina Interna	884	23,9
Cirurgia Geral	522	14,1
Ortopedia	496	13,4
Clínica Geral	1796	48,6
Total	3698	100,0

Após a primeira observação médica, 6,9% dos doentes foram reencaminhados para outras especialidades (Tabela 14). Os restantes 93,1% dos doentes apenas foram observados pela especialidade de encaminhamento inicial.

Tabela 14 - Distribuição dos episódios urgência por reencaminhamento de especialidade

Reencaminhamento especialidade	n	%
Não	3441	93,1
Sim	257	6,9
Total	3698	100,0

De acordo com a Tabela 15, podemos verificar que na maioria dos casos (65,8%) não foi efetuada nenhuma análise de sangue. Em cerca de 20,6% dos casos foram efetuados “2 tipos de análises” (ex.: Hemograma e bioquímica ou Hemograma e coagulação), e em 10,9% foram efetuadas “3 tipos de análises”, como hemograma, bioquímica e coagulação ou hemograma, bioquímica e classificação.

Tabela 15 - Total de análises de sangue

N.º Total Análises Sangue	n	%
0	2432	65,8
1	57	1,5
2	762	20,6
3	403	10,9
4	44	1,2
Total	3698	100,0

Relativamente aos exames de imagiologia (Tabela 16), verificamos também que a maioria dos doentes (55,5%) não efetuou nenhum exame de imagem. Cerca de 39,9% efetuaram apenas “1 exame” como RX ou TAC ou Ecografia ou AngioTAC.

Tabela 16 - Total de exames de imagiologia

N.º Total Exames Imagiologia	n	%
0	2051	55,5
1	1477	39,9
2	145	3,9
3	24	0,6
4	1	0,0
Total	3698	100,0

Para além dos exames anteriormente descritos foram considerados outros exames, como ECG, análise à urina, teste rápido de urina, zaragatoa para pesquisa de influenza, holter 24 h, entre outros. Como pudemos verificar também a maioria dos doentes (76,6%) não efetuaram nenhum exame (Tabela 17). De salientar ainda as situações em que os doentes apenas fizeram 1 destes exames (21,4%).

Tabela 17 - Total de outros exames

N.º Total Outros Exames	n	%
0	2831	76,6
1	793	21,4
2	70	1,9
3	4	0,1
Total	3698	100,0

Relativamente aos medicamentos prescritos por episódio de urgência, constatou-se que a 45,6% dos doentes não foi prescrito qualquer tipo de medicação. No entanto 26,7% dos doentes fizeram “2 ou mais de 2 medicações E.V.”, e 16,5% dos doentes fizeram “menos de 2 medicações E.V.”. 11,2% dos doentes fizeram medicação por outras vias como oral, intramuscular e subcutânea (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição dos episódios urgência por medicação endovenosa

Medicação	n	%
Sem medicação	1685	45,6
Endovenosa: < 2	612	16,5
Endovenosa: ≥ 2	988	26,7
Sem medicação Endovenosa	413	11,2
Total	3698	100,0

Em média os utentes permaneceram 240,25 minutos no SU, com um desvio padrão de 379 minutos. O episódio mais célere teve cerca de 10 minutos de duração, sendo que o mais longo decorreu ao longo de 4642 minutos.

Quanto ao tempo de permanência no SU (Tabela 19), pode-se verificar que apenas 15,1% dos doentes permaneceram durante um “período > 6h”, desde a admissão até ao desfecho final do episódio de urgência.

Tabela 19 - Distribuição dos episódios urgência por tempo de permanência no SU

Tempo Permanência SU	n	%
≤ 6 horas	3138	84,9
> 6 horas	560	15,1
Total	3698	100,0

Da análise do desfecho dos episódios de urgência (Tabela 20), verificamos que 60,6% dos doentes tiveram alta e foram encaminhados para o exterior sem nenhuma referência, 26,9% tiveram alta e foram referenciados para o Centro de Saúde, Consulta Externa, Serviço Domiciliário, Hospital Dia e Unidade de Cuidados Continuados. É de destacar que 7,8% dos doentes tiveram necessidade de internamento, 2,9% foram transferidos para outro hospital por necessidade de tratamento adequado à sua situação ou necessidade de MCD não existentes na instituição e 0,3% dos doentes faleceram.

Tabela 20 - Distribuição dos episódios urgência por desfecho episódio urgência

Desfecho episódio urgência		n	%
Alta	Exterior sem referência	2241	60,6
	Exterior com referência	993	26,9
	Serviço Internamento	288	7,8
	Outro Hospital SNS	106	2,9
	Não respondeu à chamada	26	0,7
	Abandono	33	0,9
	Falecido	11	0,3
	Total	3698	100,0

Análise inferencial

Seguidamente procedeu-se à análise e apresentação dos dados do estudo para analisar a associação entre a prioridade atribuída na triagem e a gravidade da situação traduzida pelo consumo de recursos (MCD e medicação E.V.), pela readmissão até às 72h, pelo reencaminhamento de especialidade, pelo tempo de permanência no SU e pelo desfecho clínico do episódio de urgência.

Atendendo à natureza qualitativa da variável central, optou-se pela aplicação do teste do Qui-quadrado como teste de independência.

Quando analisamos a prioridade atribuída pelo STM em relação ao número de análises de sangue efetuadas (Tabela 21), constatamos maiores valores percentuais nas prioridades mais elevadas (“Emergente” e “Muito Urgente”), com 1,1% e 22,1% respetivamente, no que respeita à categoria superior ou igual a 2 análises, em comparação com a outra categoria. A partir da prioridade “Urgente” no sentido das prioridades menos urgentes verifica-se superioridade na categoria inferior a 2 análises, sendo que nesta também estão contemplados os doentes que não efetuaram nenhuma análise.

Ao compararmos a prioridade atribuída pelo STM e o total de exames de imagiologia requisitados (Tabela 21), pudemos verificar percentagens mais elevadas no que se refere à realização de 2 ou mais exames de imagiologia quando comparados com a realização de menos de 2 exames, nas prioridades “Emergente”, “Muito Urgente” e “Urgente”. Nas prioridades menos urgentes verifica-se um aumento percentual na realização de menos de 2 exames. De referir que os doentes que não fizeram nenhum exame, estão englobados nesta categoria.

Relativamente à prioridade atribuída pelo STM em relação ao número de medicações endovenosas efetuadas (Tabela 21), nota-se que a administração de 2 ou mais medicações E.V., apresentam uma tendência semelhante à dos exames imagiológicos, com maior relevo em termos percentuais nas prioridades mais urgentes, quando comparado com a administração de menos de 2 medicações E.V. Contrariamente, é nas prioridades menos urgentes que se verificam maiores valores percentuais com menos de 2 medicações E.V. prescritas.

Os resultados obtidos através do teste do Qui-Quadrado, permitem-nos demonstrar a existência de associação estatisticamente significativa ($p=0,000$) entre a prioridade atribuída na triagem e o número de meios complementares de diagnóstico e terapêutica E.V. realizados durante o episódio de urgência.

Tabela 21 - Tabela cruzada entre a prioridade atribuída pelo STM e o número de MCDT

VARIÁVEIS	TRIAGEM MANCHESTER											
	Emergente		Muito Urgente		Urgente		Pouco Urgente		Não Urgente		Branco	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Análises	$\chi^2= 500,580$; $p=0,000$											
< 2 Análises	5	0,2	63	2,5	1633	65,6	734	29,5	6	0,2	48	1,9
≥ 2 Análises	13	1,1	267	22,1	788	65,2	119	9,8	0	0,0	22	1,8
Ex. imagiologia	$\chi^2= 70,985$; $p=0,000$											
< 2 Exames	13	0,4	294	8,3	2307	65,4	839	23,8	6	0,2	69	2,0
≥ 2 Exames	5	2,9	36	21,2	114	67,1	14	8,2	0	0,0	1	0,6
Medicação E.V.	$\chi^2= 198,623$; $p=0,000$											
E.V. < 2	8	0,3	163	6,0	1731	63,9	737	27,2	6	0,2	65	2,4
E.V. ≥ 2	10	1,0	167	16,9	690	69,8	116	11,7	0	0,0	5	0,5

Legenda: Ex. imagiologia – Exames de imagiologia

Atendendo à prioridade atribuída pelo STM em função da readmissão dos doentes até às 72h (Tabela 22), constatamos que na amostra predomina a prioridade “Urgente”. Verifica-se que nas prioridades “Emergente” e “Pouco Urgente”, se salientou a não readmissão de doentes até às 72h ao passo que na prioridade “Muito Urgente” se destacam os episódios primários. Nas prioridades “Urgente” e “Não Urgente”, maior destaque para as situações de readmissão propriamente ditas.

Analisando a associação entre a prioridade atribuída pelo STM e a readmissão do doente no SU até às 72h, recorrendo ao teste de Qui-Quadrado, verificamos que não existe associação estatisticamente significativa ($p=0,631$) entre as variáveis.

Tabela 22 - Tabela cruzada entre a prioridade atribuída pelo STM e a readmissão até às 72h

VARIÁVEIS	TRIAGEM MANCHESTER											
	Emergente		Muito Urgente		Urgente		Pouco Urgente		Não Urgente		Branco	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Readmissão 72h												$\chi^2= 50,806$; $p=0,631$
Não	18	0,5	299	8,8	2222	65,0	814	23,8	4	0,1	60	1,8
Ep. Primário	0	0,0	15	12,0	86	68,8	24	19,2	0	0,0	0	0,0
Readmissão	0	0,0	16	10,3	113	72,4	15	9,6	2	1,3	10	6,4

Legenda: Ep. Primário – Episódio Primário

Relativamente à prioridade atribuída pelo STM de acordo com o reencaminhamento de especialidade (Tabela 23), por necessidade de observação mais diferenciada ou para encaminhamento de acordo com a situação clínica do doente, verificamos que os doentes a quem foi atribuído prioridades mais urgentes, não necessitaram de reencaminhamento de especialidade. Dos que foram reencaminhados, nota-se uma maior incidência nos doentes triados com prioridades menos urgentes como a prioridade “Pouco Urgente” e “Não Urgente”, com 27,2% e 0,4% respetivamente.

Para avaliar a associação entre a prioridade atribuída na triagem e o reencaminhamento do doente para observação por outra especialidade, usou-se o teste de Qui-Quadrado, que demonstrou não haver associação estatisticamente significativa ($p= 0,142$), o que significa que não há associação entre as variáveis em estudo.

Tabela 23 - Tabela cruzada entre a prioridade atribuída pelo STM e o reencaminhamento de especialidade

VARIÁVEIS	TRIAGEM MANCHESTER											
	Emergente		Muito Urgente		Urgente		Pouco Urgente		Não Urgente		Branco	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Reencaminhamento Especialidade												$\chi^2= 4,944$; $p=0,142$
Não	17	0,5	313	9,1	2257	65,6	783	22,8	5	0,1	66	1,9
Sim	1	0,4	17	6,6	164	63,8	70	27,2	1	0,4	4	1,6

Considerando o tempo de permanência no SU em relação à prioridade atribuída pelo STM (Tabela 24), verificamos que nas prioridades mais elevadas o “tempo de permanência > 6h”, é mais significativo. Nota-se um aumento percentual do “tempo de permanência > 6h”, nas prioridades “Emergente” e “Muito Urgente”. Inversamente se

constata que o “tempo de permanência ≤ 6h” predominou nas prioridades “Urgente” e “Pouco Urgente”. Observa-se também um ligeiro aumento do “tempo de permanência > 6h” na cor “Branco”.

Analisando a associação entre a prioridade atribuída pelo STM e o tempo de permanência no SU, podemos considerar a existência de associação estatisticamente significativa ($p=0,000$). O teste de Qui-Quadrado permite-nos confirmar a associação entre as variáveis em estudo.

Tabela 24 - Tabela cruzada entre a prioridade atribuída pelo STM e o tempo de permanência no SU

VARIÁVEIS	TRIAGEM MANCHESTER											
	Emergente		Muito Urgente		Urgente		Pouco Urgente		Não Urgente		Branco	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tempo Permanência												$\chi^2= 87,790$; $p=0,000$
≤ 6 horas	12	0,4	225	7,2	2081	66,3	756	24,1	5	0,2	59	1,9
> 6 horas	6	1,1	105	18,8	340	60,7	97	17,3	1	0,2	11	2,0

Comparando a prioridade atribuída pelo STM e o desfecho do episódio de urgência (Tabela 25), verificamos que na prioridade “Emergente”, os desfechos com maior destaque são os óbitos (27,3%), seguidos das transferências para outras unidades hospitalares (3,8%) e os internamentos (2,4%). A prioridade “Muito Urgente” foi onde se apurou maior número de óbitos (45,5%), seguido do “internamento” com 37,1% e da “transferência” para outro hospital do SNS (21,7%). Relativamente à alta, nota-se prevalência na “alta com referenciação”, com 12,7%. Na prioridade “Urgente” a maioria dos doentes teve alta, 68% teve “alta sem referenciação” e 66,6% teve com “alta com referenciação” para outros serviços. De referir ainda, que 54,5% dos doentes foram “internados”, 55,7% dos doentes foram “transferidos” para outras unidades hospitalares e 27,3% dos doentes “faleceram”. Na prioridade “Pouco Urgente”, à semelhança da anterior prioridade, verifica-se que 27,8% dos doentes tiveram “alta sem referenciação” e 16,2% foram referenciados. De referir que nesta prioridade, de baixa gravidade 17,9% dos doentes foram transferidos. O “Abandono” e “Não Respondeu”, foram mais evidentes nas prioridades “Pouco Urgente” com 60,6% e 65,4% e “Não Urgente” com 3,0% e 3,8% respetivamente. De salientar que relativamente ao “Abandono”, o tempo médio de espera entre a hora da triagem e a hora de atendimento médico foi de 120,05m e na situação “Não Respondeu”, o tempo

médio de espera entre a hora da triagem e a hora de atendimento médico foi de 120,41m.

De acordo com o teste de Qui-Quadrado, podemos concluir haver associação estatisticamente significativa ($p=0,000$) entre a prioridade atribuída na triagem e o desfecho do episódio de urgência.

Tabela 25 - Tabela cruzada entre a prioridade atribuída pelo STM e o desfecho do episódio de urgência

VARIÁVEIS	TRIAGEM MANCHESTER											
	Emergente		Muito Urgente		Urgente		Pouco Urgente		Não Urgente		Branco	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Desfecho Episódio	$\chi^2= 823,121; p=0,000$											
Alta s/ Referenciação	2	0,1	73	3,3	1523	68,0	624	27,8	3	0,1	16	0,7
Alta c/ Referenciação	2	0,2	126	12,7	661	66,6	161	16,2	1	0,1	42	4,2
Internamento	7	2,4	102	37,1	157	54,5	12	4,2	0	0,0	10	3,5
Outro Hospital SNS	4	3,8	23	21,7	59	55,7	19	17,9	0	0,0	1	0,9
Falecido	3	27,3	5	45,5	3	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Respondeu	0	0,0	0	0,0	8	30,8	17	65,4	1	3,8	0	0,0
Abandono	0	0,0	1	3,0	10	30,3	20	60,6	1	3,0	1	3,0

Legenda: s/ - sem; c/ - com

Em conclusão, pode-se verificar na Tabela 26, que a maioria dos doentes triados com a prioridade “Urgente” foram os que mais recursos consumiram ao nível de exames complementares de diagnóstico e de administração de medicação E.V. Foram também os doentes com maior necessidade de reencaminhamento de especialidade diferente, com necessidade de internamento, com necessidade de serem transferidos para outras unidades de saúde e com readmissão até às 72h.

Em todos os critérios se verifica uma prevalência maior na prioridade “Urgente”, seguida da prioridade “Muito Urgente” e “Pouco Urgente”, com exceção do critério “Reencaminhamento de Especialidade”.

Tabela 26 - Tabela cruzada entre a prioridade atribuída pelo STM e os critérios de gravidade

VARIÁVEIS	TRIAGEM MANCHESTER											
	Emergente		Muito Urgente		Urgente		Pouco Urgente		Não Urgente		Branco	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Critérios Gravidade												
≥ 2 Análises	13	1,1	267	22,1	788	65,2	119	9,8	0	0,0	22	1,8
≥ 2 Ex. Imagiol.	5	2,9	36	21,2	114	67,1	14	8,2	0	0,0	1	0,6
Medic. E.V. ≥ 2	10	1,0	167	16,9	690	69,8	116	11,7	0	0,0	5	0,5
Readmissão 72h	0	0,0	16	10,3	113	72,4	15	9,6	2	1,3	10	6,4
Reencam. Espec	1	0,4	17	6,6	164	63,8	70	27,2	1	0,4	4	1,6
T. Perm. > 6 h	6	1,1	105	18,8	340	60,7	97	17,3	1	0,2	11	2,0
Internamento	7	2,4	102	37,1	157	54,5	12	4,2	0	0,0	10	3,5
Outro Hosp. SNS	4	3,8	23	21,7	59	55,7	19	17,9	0	0,0	1	0,9
Falecido	3	27,3	5	45,5	3	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Legenda: Ex. Imagiol. – Exames de imagiologia; Medic. – Medicação; Reencam. Espec – Reencaminhamento de Especialidade; T. Perm. – Tempo de Permanência; Outro Hosp. SNS – Outro Hospital do SNS

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos dados, torna-se fundamental fazer a sua discussão de modo a daí retirar as principais conclusões, permitindo desta forma compreender os dados recolhidos no estudo.

Neste capítulo pretende-se, portanto, elaborar uma síntese e apreciação crítica dos principais resultados encontrados, procurando relacioná-los com a literatura científica existente na área e confrontando-os com os estudos nacionais e internacionais já desenvolvidos neste domínio. Serão enumeradas as limitações do estudo, salientado os seus pontos fracos e propondo estratégias de melhoria para futuras investigações e serão evidenciados os pontos fortes e os ganhos alcançados com a evidência científica gerada pelo estudo desenvolvido.

Desta forma, durante o presente capítulo, serão abordadas questões relacionadas com a amostra e suas características, bem como, individualizadamente e de forma sequencial, se procederá à discussão dos resultados.

A triagem é uma parte fundamental da gestão do risco clínico, quando a carga assistencial ultrapassa a disponibilidade dos serviços. Também o enfermeiro tem um papel elementar na triagem, na correta atribuição de prioridade aos doentes. Ele tem de se tornar excelente na avaliação rápida, o que pressupõe uma rápida tomada de decisão e uma capacidade adequada para uma boa gestão dos serviços.

No nosso estudo, dos 28 enfermeiros encontrados nos registos informáticos como triadores, 71,4% eram licenciados, 78,6% trabalhavam há mais de 10 anos como enfermeiros, 82,1% trabalhavam há mais de 5 anos no SU e 71,4% realizavam triagem há mais de 10 anos, o que pode indicar a existência de uma equipa experiente, de acordo com Silva et al. (2013). Segundo estes autores, quanto mais tempo e experiência se adquire, maior uso se faz da sensibilidade e intuição, estabelecendo-se de forma mais eficaz as pontes com o referencial teórico que sustenta o fazer.

Acosta, Duro e Lima (2012) consideram que a atuação do enfermeiro na triagem vai muito além dos conhecimentos técnicos científicos. Exige ainda uma boa capacidade de liderança, e habilidades para avaliar, ordenar e cuidar.

Por esta razão, em Portugal, é exigido que o enfermeiro para fazer triagem tenha experiência profissional, de pelo menos 6 meses em cuidados de urgência e tenha frequentado o curso de Triagem de Manchester (Grupo Português de Triagem, 2015).

A preparação específica para a triagem aumenta a solidez das decisões dos enfermeiros para a priorização, e o conhecimento teórico é importante para a tomada de decisão.

A experiência profissional tem sido apontada na literatura como fator que influencia a tomada de decisão do enfermeiro na triagem. Os enfermeiros utilizam o conhecimento e experiências anteriores para fazer inferências e triar novos casos. A correta atribuição da prioridade em função das queixas do doente, depende do treino e da experiência do enfermeiro na aplicação do STM (Souza, Chianca, Cordeiro Júnior, Rausch, & Nascimento, 2018). Os mesmos autores defendem ainda que o julgamento intuitivo e reflexivo, componentes que envolvem a tomada de decisão na triagem, é fortemente influenciado pela sua experiência profissional.

Dos registos consultados, verificou-se que a maioria de admissões no SU no período em estudo correspondeu ao sexo feminino (54,6%), facto este, que vai de encontro à distribuição da população portuguesa no ano 2019. Segundo o Instituto Nacional de Estatística - INE (2019), no ano de 2019, 52,8% da população residente em Portugal pertencia ao sexo feminino. Também nos estudos de Santos, Freitas e Martins (2014), Gonçalves et al., (2015), Guedes, Araújo, Pinto Júnior, Martins e Chianca (2017) e Costa, Nicolaidis, Gonçalves, Souza e Blatt (2020), o sexo feminino foi o que mais recorreu ao SU, com respetivamente 56,1%, 55,9%, 56,5% e 52,2%.

Alguns autores reforçam a ideia de que o homem apenas procura o serviço de saúde em situações de emergência. O estereótipo do ser masculino e a cultura de invulnerabilidade ainda criam resistência à adoção de práticas de autocuidado, uma vez que a procura pelo serviço de saúde ainda está ligada à ideia de fraqueza e insegurança (Lemos, Ribeiro, Fernandes, Bernardes, & Fernandes, 2017). Outro fator bastante significativo é a importância que o trabalho ocupa na vida dos homens, sendo considerada por eles como atividade prioritária nas suas vidas. A atividade profissional é um dos seus pilares, pois é de onde vem a sustentação financeira para si e eventualmente para outros membros da família. Contudo, o trabalho acaba por ser priorizado pelos homens mesmo em caso de adoecimento, sendo negligenciada a busca por serviços de saúde até ao desenvolvimento de sintomas que impossibilitem a realização de atividade laborais (Garcia, Cardoso, & Bernardi, 2019). Os motivos

apresentados parecem justificar o facto de, no nosso estudo, a população que recorre ao SU, seja maioritariamente feminina.

A idade média dos doentes que recorreram ao SU no período do estudo foi de 57,8 anos, resultados que se aproximam dos dados publicados por alguns autores, em que a idade média dos doentes admitidos foi 58,7 anos, no estudo de Guedes, Martins, & Chianca (2015a) e de 54,5 anos no estudo de Dixe et al. (2018). No entanto, na literatura encontramos outros estudos que fazem referência a idades médias mais baixas.

A faixa etária com maior prevalência foi a acima dos 65 anos, que pode estar relacionada com a tendência de envelhecimento demográfico em Portugal, evidenciando um decréscimo da população jovem e o aumento da população idosa, verificando-se um aumento da idade média (45,5 anos) da população residente de cerca de 4 anos na última década (INE, 2019). Segundo a mesma fonte, o envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se, tendo o índice de envelhecimento, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingido o valor de 163,2 idosos por cada 100 jovens em 2019. Em Portugal, a esperança média de vida à nascença encontra-se em linha com os valores registados no período anterior, situando-se agora nos 80,93 anos (2017-2019) para o total da população, sendo de 77,95 anos para os homens e 83,51 anos para as mulheres. Estes dados podem indicar o envelhecimento geral da população e a previsão de que um número cada vez maior de idosos recorrerá aos serviços de saúde e representará o principal consumidor de recursos, com impacto para o aumento da expectativa de vida e necessidade de alargamento de políticas voltadas para o envelhecimento da população, com adequação dos serviços de urgência e emergência.

Relativamente ao turno, dia da semana e mês de admissão no SU, verificamos que a maior afluência ao SU, aconteceu no turno da manhã, com 53,1% das admissões. A segunda-feira foi o dia com maior procura do serviço, com 52,1%, comparativamente ao sábado com 47,9%. Apesar de se verificar uniformidade da amostra relativamente à sua distribuição por mês, março apresentou uma maior admissão de doentes (34,7%) e o mês de fevereiro, o que teve menor número de admissões (32,0%).

Existem evidências de que a maior procura dos serviços de urgência têm ocorrido no período diurno, conforme encontrado nos estudos de Silva et al. (2019), em que ao fazer a caracterização dos atendimentos de um pronto-socorro público segundo o STM, verificou predomínio dos atendimentos no turno manhã (37,3%), seguido do turno da

tarde (25,2%) e turno da noite (7,3%). Estes dados assemelham-se ao presente estudo, corroborando os dados obtidos. Também no estudo de Dixe et al. (2018) se apurou que a maioria dos doentes não urgentes procurou o SU durante o período diurno, sobretudo os doentes do sexo feminino. Rabello, Lima, Garcia, Fioroti e Andrade (2018), destacam no seu estudo que a maioria dos atendimentos ocorreu o período da manhã e da tarde (69,6%).

A frequência de atendimentos nos turnos da manhã e tarde podem sugerir a preferência dos doentes pelo atendimento hospitalar, mantendo a ideia do modelo hospitalocêntrico, uma vez que em princípio as unidades de cuidados de saúde primários estariam abertas e deveriam ser o primeiro contacto dos doentes (Diniz Silva, Souza, & Chianca, 2014; Rabello et al., 2018). A opção pelos serviços de urgência é muitas vezes justificada pela possibilidade de atendimento sem marcação, com recurso a tecnologias modernas e de alta qualidade, com horário de funcionamento alargado. A distorção da percepção do seu estado de saúde, aliada à possibilidade de realização de exames complementares no mesmo dia e o facto de serem observados por especialistas, é também um fator que contribui para a procura dos SU.

Muitos dos estudos encontrados apontam os dias da semana como os eleitos para a procura dos SU. O facto de a segunda-feira ser o dia de maior procura, corrobora os dados obtidos nos estudos de Gomes (2013), que verificou que a maior afluência é durante a semana (79%) e durante o dia (71,75%) e ainda de Silva et al. (2019) cujos dias com maior afluxo foram a segunda e terça-feira. Uma possível explicação para a maior procura à segunda-feira relativamente ao sábado poderá estar relacionada com a indisponibilidade de recursos durante o fim de semana, nomeadamente, algumas especialidades médicas que dão apoio ao SU, bem como alguns exames complementares de diagnóstico.

Analisando a afluência ao SU de acordo com os meses estudados, não foram registadas grandes diferenças na afluência, sendo que a diferença entre o mês com menos episódios, fevereiro com 32% e os restantes meses (janeiro – 33,3% e março – 34,7%) foi pouco significativa. Esta diferença pode estar relacionada com o facto de fevereiro ter apenas 28 dias e os outros dois meses, terem 31 dias.

No que diz respeito à proveniência dos doentes, verificou-se que 73,1% vinham do exterior, 19,4% trazidos por meios do INEM e 4,1% vindos do Centro de Saúde. Os resultados obtidos estão em consonância com o estudo de Dixe et al. (2018), em que a maioria dos doentes decidiu ir ao SU por iniciativa própria (61,8%) e apenas 18,3%

procuraram primeiro os cuidados de saúde primários. Também no estudo de Rabello et al. (2018) se verificou que 80,5% dos doentes procuraram o hospital como primeira opção ao passo que apenas 19,5% foram referenciados a partir de outros serviços. No nosso estudo, a pequena percentagem de doentes referenciados (6,6%) a partir de outros serviços mostra mais uma vez que os serviços hospitalares de urgência e emergência funcionam com um grande afluxo de doentes que recorrem de forma espontânea, o que pode conduzir à sua sobrelotação. Esta situação pode ser justificada pela cultura de resolução rápida de problemas, acesso a exames e outras tecnologias, além do consumo de medicamentos, realização de procedimentos, entre outros (Oliveira et al., 2016; Dixe et al., 2018). Estes dados levam-nos a pensar que ainda há um longo percurso a percorrer na consciencialização da população para o uso adequado dos recursos disponíveis.

As readmissões no SU até 72h depois de uma primeira visita constituem um indicador comumente utilizado para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. No entanto, este assunto não é consensual entre investigadores, nem tão pouco o espaço temporal das 72h. No nosso estudo foi usado como indicador de gravidade tendo em conta, que se o doente regressa ao SU, pode pensar-se que houve agravamento ou deterioração da sua condição fisiológica, ou ineficácia da terapêutica instituída em ambulatório ou alguma complicação associada. Desta forma verificámos que das 7,6% de readmissões até às 72h, 3,4% foram primeiros episódios que resultaram numa readmissão posterior pela mesma situação clínica, em menos de 72h e 4,2% consistiram em readmissões propriamente ditas. Resultados semelhantes foram obtidos num estudo efetuado por Oliveira (2015) no SU do Centro Hospitalar de Cova de Beira, com 4,9% de primeiros episódios que originaram segunda vinda ao SU em 72h e 5,3% de readmissões. As taxas de readmissão podem refletir problemas não resolvidos durante a consulta ou no atendimento imediato, após a alta hospitalar, mas também podem refletir uma população com doenças crónicas, problemas sociais ou económicos ou uma combinação destes fatores (Barroso, 2018). Além disto, o facto de em Portugal a população ter o hábito de utilizar os SU para problemas não urgentes faz com que indivíduos que não sentem melhoria do seu estado num curto espaço de tempo recorram ao SU novamente sem completarem o tempo de tratamento adequado, como se de uma unidade de cuidados de saúde primários se tratasse. Torna-se por isso fundamental apostar em estratégias que visem a diminuição das taxas de readmissão hospitalar, pois esta diminuição vai ter reflexos na diminuição dos recursos hospitalares e na evolução favorável da qualidade dos tratamentos fornecidos.

Relativamente à prioridade atribuída pelo STM, verificámos que a prioridade “Urgente” foi a que mais se evidenciou com 65,5%. Os doentes caracterizados com atendimento prioritário correspondeu a 74,9%, dos quais 8,9% eram “Muito Urgente” e 0,5% eram “Emergente”. Os doentes agrupados nas prioridades “Pouco Urgente” (23,1%), “Não Urgente” (0,2%) e “Branco” (1,9%), correspondem a doentes que deveriam ser atendidos em unidades de saúde de menor complexidade, totalizando 25,2% dos atendimentos neste SU. Estes resultados parecem espelhar o retrato de outros estudos, demonstrando que os SU, um pouco por todo o mundo, têm atendido, desde casos prioritários com risco de morte até atendimentos de menor complexidade. No estudo de Gonçalves et al. (2015), que investigaram a relação entre a estratificação de risco, mortalidade e tempo de permanência de um serviço de saúde, verificaram também que à maioria dos doentes atendidos, foi-lhe atribuída a prioridade “Urgente” (47,4%), seguida da prioridade “Pouco Urgente” com 36,5% e da prioridade “Muito Urgente” com 14,2%. As prioridades “Emergente” e “Não Urgente” foram as menos atribuídas com, 0,6% e 1,3% respetivamente. Guedes et al. (2017), no estudo em que avaliaram os resultados de doentes classificados através do STM em unidades de emergência no Brasil e em Portugal, obtiveram resultados semelhantes na população portuguesa estudada, verificando-se que a 71,1% da amostra foi atribuído prioridades mais altas (“Emergente” – 0,8%, “Muito Urgente” – 15,1% e “Urgente” – 55,2%) e a 29% da amostra foi atribuído prioridades mais baixas (“Pouco urgente” – 22,3%, “Não Urgente” – 4,0 e “Branco” – 2,7%). Também o estudo de Silva et al. (2019), evidenciou maior frequência das prioridades “Urgente” (45,6%), seguido pela prioridade “Pouco Urgente” (33,4%).

Os doentes a quem foram atribuídas as prioridades “Pouco Urgente”, “Não Urgente” e “Branco”, como já foi referido, fazem parte de um grupo de doentes com queixas que possivelmente poderiam ser solucionadas nos serviços de cuidados de saúde primários. Esta situação evidencia a necessidade de investimento permanente de consciencialização e orientação da população que ainda mantém uma procura de cuidados de saúde baseado no modelo curativo em vez do preventivo. Deve-se por isso apostar na implementação de estratégias eficazes focadas na redução do número de admissões nas urgências. Estas estratégias devem implicar campanhas de educação dos cidadãos que incidam sobre a boa utilização dos serviços de saúde, promoção da Linha SNS 24, melhor aproveitamento dos hospitais de dia, possibilidade de os médicos do Centro de Saúde poderem ver os doentes em menos de 12h, vagas para urgências nas consultas hospitalares, programas de gestão integrada dos doentes high-users da urgência e outras (Grupo de Trabalho – SU, 2019).

No nosso estudo, verificou-se que em 1,9% da amostra foi atribuído a cor “Branco” que correspondeu a doentes que recorreram ao SU por razões administrativas, vindo de outras instituições para continuidade do tratamento ou chamados por alterações analíticas com necessidade de intervenção, por razões clínicas, vindo referenciados por médico sem situação aguda ou de urgência, por exemplo para reavaliação clínica ou exame complementar de diagnóstico, e ainda por outras razões como por exemplo colheita de sangue para contra prova (acompanhados pela polícia). De notar que este valor se sobrepõe ao total de doentes “Emergentes” (0,5%) e “Não Urgentes” (0,2%).

No que respeita ao atendimento nos SU referente à classificação do doente na prioridade Branco, esse atendimento não deve ultrapassar os 2% do atendimento global desses serviços a partir do ano de 2017. Este objetivo foi integrado, no processo de contratualização de cuidados de saúde que se encontra implementado no SNS, ficando associados à aplicação de penalizações no âmbito dos contratos-programa estabelecidos anualmente entre as Administrações Regionais de Saúde e as instituições hospitalares (Despacho n.º 4835-A/2016).

Relativamente ao fluxograma selecionado pelo enfermeiro na triagem, verificamos que os que mais se destacaram foram os problemas nos membros com 14,8%, a dispneia com 12,6%, a dor torácica com 7,9%, a dor abdominal com 7,0%, a indisposição do adulto com 6,7% e a dor lombar com 6,5%. Identifica-se uma grande variedade de queixas apresentadas pelos doentes no momento da triagem. As queixas dos doentes ou os sintomas apresentados por estes, são importantes para a triagem, pois constituem informação que norteia a conduta do enfermeiro para aplicação do protocolo. Estes dados assemelham-se aos encontrados noutros estudos, como o de Chianca et al. (2016), que obtiveram 28,1% no fluxograma problemas nos membros, Rabello et al. (2018) no mesmo fluxograma obteve 17,2%, e Silva et al. (2019) que similarmente obtiveram maior utilização do fluxograma problemas nos membros em 31,4% dos atendimentos. Rinaldi (2019) no seu estudo, verificou que a queixa mais prevalente que motivou a procura do SU pelos doentes triados foi o fluxograma problemas dos membros (17%), seguido pela dor abdominal (12,5%) e dor lombar (9,5%).

Salientamos ainda que 31,1% das causas que levaram os doentes a recorrer ao SU no estudo, estavam relacionados com dor (cefaleias – 4,2%, dor abdominal – 7%, dor cervical – 1,2%, dor garganta – 4,1%, dor lombar – 6,5%, dor testicular – 0,2% e dor torácica – 7,9%), causas estas, que foram corroboradas pelos resultados do estudo de Guedes, Souza, Lima, Martins, & Chianca (2015b), que referem que a dor em diferentes partes do corpo esteve presente em 22,8% das queixas dos doentes triados

nas cores vermelha, laranja, amarela e verde, e também Carvalho (2016), faz referência a que 27,8% dos doentes apresentaram dor em alguma localização corporal como queixa principal. A avaliação da dor na urgência é uma tarefa difícil, já que os doentes se sentem pressionados a valorizar a dor que sentem, para justificar a procura pelo serviço.

Atendendo a que o fluxograma selecionado corresponde à queixa principal do doente, é necessário capacitar os enfermeiros que fazem triagem, de forma que a avaliação do doente seja a mais adequada às suas queixas, minimizando os erros decorrentes de uma má escolha do fluxograma (Grupo Português de Triagem, 2011). Depois da seleção do fluxograma, é essencial continuar com a recolha e análise de informações que permitam determinar a prioridade real. A avaliação é feita encontrando o grau mais elevado de resposta positiva (ou que não se consegue negar) para a pergunta discriminadora (Grupo Português de Triagem, 2011).

Os discriminadores mais utilizados no estudo foram, a dor moderada com 35,6%, a dor ligeira < 7 dias com 12,7% e a dor pleurítica com 7,3%, resultados que se assemelham aos encontrados nos estudos de Guedes et al. (2015b), em que 22,8% dos atendimentos corresponderam a discriminadores relacionados com dor, sendo que na prioridade “Urgente”, salientou-se a dor moderada com 35,2% e na prioridade “Pouco Urgente” a dor ligeira < 7 dias com 36,6%. Rinaldi (2019), menciona como queixa mais prevalente a dor moderada. Segundo Oliveira et al. (2017), dor é uma queixa subjetiva que causa divergências entre doentes e profissionais da saúde, principalmente entre os enfermeiros que atuam na triagem, que podem, de acordo com o protocolo, designar prioridades diferentes conforme a avaliação da história colhida. A subjetividade associada à dor é algo incontornável. O enfermeiro desempenha um papel muito relevante na avaliação da dor em contexto de triagem. A sua experiência, sensibilidade e perspicácia no momento da avaliação podem interferir na quantificação da mesma. A sensibilização e formação profissional dos enfermeiros pode contribuir para uma melhor caracterização da dor, quer a nível de intensidade, localização, tipo, início e duração, que poderão ser úteis no posterior tratamento. Atendendo ao número de atendimentos por motivos de dor, mais uma vez se chama a atenção para que a maioria destas situações poderia ser resolvida em Unidades de Cuidados de Saúde Primários.

No que se refere à especialidade da primeira observação, verificámos que a maioria dos doentes atendidos no SU foram encaminhados para a Clínica Geral (48,6%), seguido da Medicina Interna (23,9%) e para as especialidades cirúrgicas (Cirurgia Geral – 14,1% e Ortopedia – 13,4%). Estes resultados são corroborados por Anzileiro,

Dal Soler, Silva, & Beghetto (2016), que concluíram que mais de metade dos atendimentos foram realizados pela especialidade clínica. Também Oliveira et al. (2016) destacaram a especialidade médica com 36,8% e as especialidades cirúrgicas (ortopedia – 16,8% e cirurgia – 13,2%) com 30,0%. No entanto estes resultados não são consensuais entre os vários estudos, verificando-se que uns apresentam maior número de encaminhamentos para especialidades médicas e outros para especialidades cirúrgicas.

O encaminhamento apesar de não fazer parte do PTM, normalmente encontra-se definido pelas instituições com base nas especialidades clínicas que têm disponíveis. O facto de no nosso estudo, a maioria dos doentes ter sido observado pela especialidade de Clínica Geral demonstra bem que estes doentes na sua globalidade não precisavam de maior diferenciação dos cuidados podendo ter sido vistos noutra nível de cuidados. De referir ainda que apenas 6,9% dos doentes necessitaram de após a primeira observação por uma especialidade, ser reencaminhados para outras especialidades. Os motivos encontrados para este reencaminhamento relacionavam-se principalmente com a necessidade de uma observação mais adequada à situação dos doentes, mas também com a necessidade de orientação pelo Serviço Social, e ainda por, no decorrer da primeira consulta, apresentarem outras queixas mais direccionadas a outras especialidades.

Os exames de diagnóstico desempenham um papel importante nos SU, pois ajudam no diagnóstico médico. No nosso estudo os mais solicitados foram os exames imagiológicos com 44,5%, de seguida os exames laboratoriais com 34,2% e por fim outros exames (ECG, análises urina, entre outros), com 23,4%. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Rebimbas (2013), com 52,8% de exames de imagem, 34,1% de exames de sangue e 5% de outros exames. Também Oliveira et al. (2016) referem no estudo correlação entre a classificação em categorias de risco e aspetos clínicos e resultados, que foram efetuados 40,4% de exames de imagem e 30,7% de exames laboratoriais.

Os exames de diagnóstico funcionam como importantes ferramentas na definição dos diagnósticos e tratamento dos doentes, no entanto, a espera pelos resultados, pode contribuir para o aumento do tempo de permanência nos serviços, conduzindo a sobrelotação dos mesmos. De salientar que, apesar da maioria dos doentes ter tido uma prioridade Urgente no momento da admissão, 65,8% da população analisada, não efetuou exames laboratoriais, e 55,5% da população não fez exames de imagiologia. Consideramos estes dados relativamente positivos, uma vez que se assiste frequentemente a um excesso de pedidos de MCD, cujos resultados muitas

vezes nada acrescentam ao diagnóstico, constituindo-se apenas como agravantes dos gastos institucionais.

A literatura é vastamente omissa no que diz respeito à administração de medicação nos SU. No entanto a sua utilização é uma das preocupações no âmbito dos consumos em saúde. Silva (2017), refere que em 2015, 50% dos consumos da urgência geral correspondia a gastos com medicamentos.

No nosso estudo verificamos que 54,4% dos doentes fizeram medicação no SU. Dessa medicação, em 43,1% foi usada a via E.V. (16,5% foi administrado menos de 2 medicações E.V. e 26,7% foram administrados 2 ou mais medicações E.V.). Nos restantes 11,2% foi administrado medicação por outras vias, nomeadamente a oral, intramuscular e subcutânea. Num estudo desenvolvido por Pereira, Barbosa e Dixe (2017), sobre os cuidados paliativos para doentes em fim de vida num SUB, verificaram que na administração de terapêutica houve maior prevalência no uso de soro e medicação endovenosa com 98,8%. Machado (2008), no estudo relação entre a triagem de prioridades no SU e a gravidade dos doentes, obteve que 58,6% dos doentes efetuaram 2 ou mais medicações E.V.

A intervenção medicamentosa é uma aliada no processo de recuperação da saúde, sobretudo no setor de urgência e emergência. Os SU recebem cada vez mais doentes e, para que a sua sobrevivência não seja posta em causa, importa reduzir custos, mas ao mesmo tempo assegurar a qualidade dos cuidados.

Relativamente ao tempo de permanência no SU, os doentes permaneceram em média no SU 240,25 minutos, desde o momento da admissão até ao desfecho final do episódio de urgência, com um tempo mínimo de 10 minutos e um tempo máximo de 4642 minutos. Este indicador pode apresentar falhas, uma vez que alguns episódios de urgência acabam por mostrar tempos de permanência mais elevados do que na realidade. Na maioria das vezes correspondem a situações em que não foi dado alta médica informaticamente, acabando por acontecer posteriormente a alta administrativa. Por exemplo, doentes que foram observados pela especialidade de oftalmologia, em que a consulta ocorre noutra espaço físico fora do SU, acontece muitas vezes ser o médico que encaminhou o doente, a dar a alta informática, o que pode acontecer muito tempo depois da sua saída da instituição.

Embora haja poucos estudos sobre esta matéria, os resultados que encontramos assemelham-se aos nossos. No estudo de Brouns et al. (2015), o tempo médio entre a chegada ao SU e a alta foi de 208 minutos. Carvalho (2016), obteve um tempo de

permanência no SU de 236,42 minutos, com um tempo mínimo de 6 minutos e um tempo máximo de 1202 minutos.

No nosso estudo, obtivemos ainda, que 15,1% dos doentes permaneceram por um período superior a 6h, valor bastante diferente do obtido no estudo de Machado (2018) com 74,9% dos doentes com tempo de permanência no SU superior a 6h. Brouns et al., (2015), no estudo que efetuaram para avaliar se os fatores organizacionais induzem o tempo de permanência prolongado no departamento de urgência em doentes idosos, apuraram que 16,3% dos doentes idosos e 11,2% dos doentes com idade inferior a 65 anos permaneceram um tempo superior a 4h no SU.

A redução do tempo de permanência nos SU tem sido uma preocupação das gestões hospitalares, estando essencialmente relacionada com a satisfação das pessoas. No entanto, o facto de o envelhecimento da população ser uma realidade, pode pensar-se na necessidade de os doentes serem vistos por mais do que um médico, e precisarem de fazer mais exames complementares de diagnóstico, situação esta, que favorece o aumento do tempo de permanência nos SU.

Em relação ao desfecho do episódio de urgência, verificámos que 87,5% dos doentes tiveram alta: 60,6% teve alta sem referenciação e 26,9% teve alta com referenciação (Centro de saúde, consultas externas, hospital dia, entre outros). Para além disso, 7,8% necessitaram de internamento, 2,9% foram transferidos para outras unidades hospitalares, 1,6% abandonaram o SU ou não responderam à chamada do médico e 0,3% faleceram. Resultados semelhantes foram obtidos por Dixe et al. (2018) que descrevem no seu estudo que a maioria dos doentes (87,9%) teve alta clínica (para o domicílio, médico de família ou consulta externa) e os restantes 12,1% distribuíram-se por internamento (7,3%), transferência (2,2%) e alta contra parecer médico e abandono (2,6%). Silva et al. (2019) também evidenciaram maior proporção de altas hospitalares (88,4%), sendo o internamento e o óbito menos frequentes com 11,4% e 0,2% respetivamente. Costa et al. (2020) concluíram na sua investigação que em relação aos desfechos no SU prevaleceu a alta (60%), seguido de transferências (37%) e óbito (3,0%).

Estes resultados sugerem mais uma vez, o uso inapropriado do SU, considerando que grande parte dos doentes poderiam ter sido atendidos em serviços de menor diferenciação. O facto de a maioria dos doentes ter tido alta após o atendimento médico está provavelmente relacionado com a baixa complexidade das suas situações clínicas. De salientar no nosso estudo, que 1,6% dos doentes abandonaram o serviço ou não responderam quando chamados pelo médico, o que mais uma vez pode

evidenciar a dificuldade da população com condições pouco urgentes em aguardar a conclusão do atendimento. Este comportamento pode favorecer os retornos constantes ao serviço, além do risco de agravamento do estado de saúde dos mesmos.

A facilidade de acesso, a resolução dos pequenos problemas de saúde e o atendimento de queixas clínicas com medicação favorecem a procura do SU, descaracterizando sua finalidade.

Da análise efetuada no nosso estudo, verificámos haver associação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo enfermeiro na triagem e o número de análises efetuadas ao sangue. Destacamos a realização de 2 ou mais análises laboratoriais nas prioridades mais elevadas (“Emergente” e “Muito Urgente”), situação que é corroborada por Oliveira et al. (2016), em que identificaram maior percentual de exames laboratoriais nas categorias vermelho, laranja ou amarelo e por Santos et al. (2014), em que a maior proporção de análises laboratoriais ocorreu na prioridade laranja do STM, concluindo haver uma associação consistente entre a utilização de análises laboratoriais e a prioridade do STM.

Entre a prioridade atribuída pelo STM e o número de exames de imagiologia requisitados, apuramos haver associação estatisticamente significativa, tendo sido solicitados 2 ou mais exames de imagiologia nas prioridades mais elevadas (“Emergente” e “Muito Urgente”) e na prioridade “Urgente”, o que vai de encontro ao estudo de Machado (2008) em que se verificou existir associação de maiores percentagens de doentes com mais do que dois exames de imagem realizados nas prioridades mais elevadas. O mesmo autor assume que, quer seja para realizar um diagnóstico de exclusão, ou para um diagnóstico positivo, os exames de imagem têm uma forte relação com a prioridade.

Alguns autores associam a utilização de recursos no SU a duas grandes problemáticas atuais: a sobrelotação e o financiamento. Assumem que a realização de exames de diagnóstico, contribui para o aumento do tempo de permanência dos doentes nas instituições, promovendo a sobrelotação dos serviços e o aumento dos gastos em saúde.

Analisando a associação entre a prioridade atribuída pelo enfermeiro triador e a prescrição de duas ou mais medicações E.V., verificamos a existência de associação estatisticamente significativa. A realização de 2 ou mais medicações E.V. é mais significativa nas prioridades de maior gravidade (“Emergente” e “Muito Urgente”) e na prioridade “Urgente”. Estes resultados assemelham-se aos obtidos por Machado

(2008), no estudo em que analisou a relação entre a Triage de Prioridades no SU e a gravidade dos doentes, que concluiu que a instituição de medicações E.V. parece acompanhar as prioridades, com exceção da prioridade emergente que não acompanha esta tendência. Também Silva (2017), evidenciou um decréscimo da prescrição de medicamentos por prioridade a partir da prioridade “Muito Urgente” até à prioridade “Não Urgente”. No nosso estudo não se verificou a exceção apresentada pelos autores relativamente à prioridade “Emergente”, no entanto a justificação encontrada poderá estar associada com o facto destes doentes permanecerem mais tempo em vigilância no SU, até estarem estabilizados para depois internar ou transferir para outra instituição hospitalar. Esta situação é condicionada por limitações institucionais em que a equipa médica de urgência dá apoio às enfermarias a partir de determinado horário.

O aumento de consumo de medicamentos por atendimento nos SU é um dos problemas identificados nas unidades hospitalares e que merece especial atenção. Tem se verificado um aumento progressivo deste consumo nos últimos anos. Não existe qualquer restrição à prescrição/consumo na urgência, e muitos doentes são medicados para situações que poderiam receber apenas orientação terapêutica para o domicílio. Mesmo em relação aos doentes triados com prioridades baixas, os perfis de prescrição e de consumos assemelham-se aos restantes doentes, não existindo uma prescrição exclusivamente dependente da gravidade da situação do doente. No nosso estudo destacamos ainda a prescrição de duas ou mais medicações E.V. na prioridade “Urgente”, que pode estar relacionada com o facto de ser a categoria que apresenta percentualmente maior número de doentes, mas por outro lado ser a prioridade que reúne mais sinais e sintomas atípicos, que condiz com maior necessidade de MCDT.

Entre a prioridade atribuída pelo enfermeiro triador e a readmissão até às 72h, não se verificou existir associação estatisticamente significativa. Constatamos que a maior percentagem de doentes com readmissão, foi triada com a prioridade “Urgente”, situação que reflete o perfil destes doentes, em que a incerteza de diagnóstico pode estar aliada à possibilidade de maior readmissão. De notar ainda, a inexistência de readmissão de doentes triados com a prioridade “Emergente”, o que é consistente com a prática clínica, isto é, a gravidade destes doentes é tal, que é pouco provável que tenham alta no próprio dia, que motive uma readmissão num período de 72h. O facto de percentualmente existir menor número de readmissões na prioridade “Muito Urgente”, pode justificar-se pela avaliação mais pormenorizada destes doentes, com maior necessidade de internamento e cuidados por parte da equipa médica, e nas prioridades “Pouco Urgente”, explica-se por corresponder a situações de menor

gravidade, em que os doentes são instruídos a recorrer ao médico de família caso a situação não melhore. De salientar na cor “Branco” a percentagem de doentes readmitidos às 72h pela mesma queixa, que poderá ser justificada pelas reavaliações de situações pouco graves em contexto de urgência. Como forma de diminuir a ocorrência destes casos, a instituição hospitalar criou a Consulta de Agudos no SU. Resultados semelhantes obteve Oliveira (2015), que no estudo efetuado num SU do Centro Hospitalar de Cova da Beira, identificou a triagem “Urgente” (amarelo) como estando associada a maior probabilidade de readmissão, e as triagens de “Não Urgente” (azul), “Pouco Urgente” (verde) ou “Muito Urgente” (laranja) associadas a menor probabilidade de vir a ter uma readmissão.

No que respeita à pesquisa relativa à associação entre a prioridade atribuída pelo STM e a possibilidade de reencaminhamento de especialidade, averiguamos a não existência de associação estatisticamente significativa entre as variáveis. Constata-se que os doentes triados com prioridades menos urgentes, como a prioridade “Pouco Urgente” e “Não Urgente” foram os mais reencaminhados de especialidade. Esta situação pode ser justificada pelo facto de os doentes mais graves terem sido logo bem alocados por especialidade de acordo com a sua gravidade. Outra situação que pode ser explicada é o facto de 48,6% dos doentes terem sido encaminhados para a Clínica Geral, que é uma especialidade com baixa resolução de situações potencialmente complicadas, podendo haver necessidade de uma segunda opinião acerca do diagnóstico dos doentes. Resultados divergentes foram obtidos por Machado (2008) e Cordeiro Júnior (2014), que afirmam que à medida que a prioridade vai baixando a percentagem de doentes que poderá precisar de observação por mais de um médico também baixa e que a variável “necessidade de segunda opinião médica” se associa a situações mais graves e/ou complexas.

Considerando a existência de associação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o tempo de permanência no SU, constatamos que os doentes triados com prioridades mais elevadas como a “Emergente” e a “Muito Urgente” permaneceram mais tempo no SU (Tempo Permanência > 6h), o que reflete a maior complexidade de procedimentos com consecutivo aumento da duração do episódio de urgência. De salientar ainda, que na cor “Branco”, se observa também um ligeiro aumento do “tempo de permanência > 6h”, provavelmente porque estes doentes na maioria das vezes recorrem ao SU para reavaliação, havendo necessidade de realização de exames para complementar o seu diagnóstico ou retornam à instituição da área de residência para continuidade dos cuidados, ou vigilância do seu estado, justificando o aumento do período de permanência destes no SU. Nos doentes

a quem foi atribuído a prioridade “Pouco Urgente”, permaneceram em percentagem, menos tempo no SU. Estes dados denotam a celeridade de decisão relativamente ao encaminhamento destes doentes, que por apresentarem condições clínicas simples e de pouca gravidade, são mais rapidamente orientados. Mais uma vez, se destaca a prioridade “Urgente” que apresenta superioridade relativamente às demais prioridades no que respeita ao número de doentes, no entanto, de referir que também nesta existe maior prevalência no tempo de permanência $\leq 6h$. Cordeiro Júnior (2014) menciona no seu estudo que relativamente à variável “tempo do episódio” se observa um valor mais alto para os doentes com risco mais elevado (vermelho e laranja) e uma semelhança entre as outras prioridades (amarelo, verde e azul). De igual forma, Costa et al. (2020), afirmam que em relação ao tempo de permanência, os doentes de alta urgência permaneceram em média um tempo superior aos doentes de baixa urgência.

Entre a prioridade atribuída pelo enfermeiro triador e o desfecho do episódio de urgência, verificamos que existe associação estatisticamente significativa entre as variáveis. Apuramos que desfechos com maior gravidade, como sejam, o internamento a transferência para outra unidade hospitalar do SNS e o óbito apresentaram maior relevo percentual nas prioridades mais altas (“Emergente” e “Muito Urgente”). A alta com ou sem referenciação apresentaram maior destaque na prioridade “Urgente”, tal como no estudo de Guedes et al. (2015a), que concluíram que relativamente à análise do valor de predição do STM em relação aos desfechos em doentes adultos, a alta foi o principal desfecho (83,5%), com predomínio da categoria amarela (40,3%), seguido de óbito (12,3%), com maior representatividade da categoria laranja (4,8%). No nosso estudo, não foi o óbito que teve maior relevo a seguir à alta, no entanto de referir que também foi na prioridade “Muito Urgente” (laranja) que se verificou maior número de óbitos. Chamamos a atenção para a percentagem de doentes com prioridade “Pouco Urgente”, “transferidos” (17,9%) que pode ser justificada, na sua grande maioria por doentes com problemas oftalmológicos, com pouca gravidade, mas com necessidade de observação pela especialidade adequada, com conseqüente transferência pela inexistência da mesma na instituição. De acordo com Costa et al. (2020), o STM demonstrou ser um bom preditor dos desfechos avaliados, evidenciando que 65,9% dos doentes de Baixa Urgência evoluem para alta e 3,8% dos doentes de Alta Urgência evoluem para óbito.

Observa-se que, existe consenso, na grande maioria dos estudos, relativamente ao destino mais frequente dos doentes ser a alta, o que evidencia a inexistência de gravidade das situações.

O STM não tendo sido concebido para a organização dos SU propriamente dita, apresenta uma grande importância como indicador de controlo de qualidade dos cuidados de saúde. Conseguir uma ferramenta que se mostre efetiva na classificação de doentes no SU, que permita um atendimento mais ágil, confere maior segurança no atendimento prestado (Mendes, 2017).

Desta forma, o STM tem-se mostrado um instrumento válido para determinar o grau de prioridade de doentes nos SU, mas também na possibilidade de prever de forma eficaz as necessidades de cuidados no atendimento, direcionando a organização dos cuidados e a gestão de recursos.

O presente estudo tem como pontos fortes o facto de poder contribuir com dados que permitam caracterizar o serviço de urgência em estudo e a população que mais frequentemente lá recorre, possibilitando a organização do local e dos fluxos de atendimento, permitindo garantir um serviço mais eficaz aos doentes. Saliento ainda, a possibilidade de desenvolver estratégias de melhoria na execução da triagem, bem como no funcionamento do serviço com base nos resultados obtidos. A avaliação efetuada neste estudo, apesar de ser simples, consideramos importante para a análise da evolução dos cuidados de saúde na instituição.

Apesar das contribuições referidas, o estudo apresenta algumas limitações, principalmente relacionadas com a análise dos resultados, pelo que exigiu grande prudência na sua interpretação e generalização. O facto de o estudo englobar apenas dados referentes a entradas de doentes no SU em apenas dois dias da semana, condiciona a discussão dos resultados, uma vez que os dias escolhidos podem não ser representativos dos outros dias da semana.

Outra limitação diz respeito ao tempo condicionado do investigador, aliado à sua inexperiência em contexto de investigação. Ainda assim, foram considerados todos os procedimentos metodológicos, sem nunca descurar o rigor científico.

CONCLUSÃO FINAL

Os serviços de urgência são utilizados pela população como uma das principais entradas no sistema de saúde público. Mundialmente, o número de doentes tem vindo a aumentar, apresentando uma grande variedade de condições clínicas. O crescimento contínuo desses atendimentos associado às dificuldades de organização dos serviços contribui para a constante sobrelotação dos serviços de urgência. Este fenómeno afeta diretamente os doentes, ao poder gerar iniquidade dos que apresentam maior risco clínico, mas também, os serviços e os sistemas de saúde, ao interferir diretamente na ocorrência de eventos adversos e na deterioração das condições de trabalho.

Entre os motivos da procura pelos SU, encontramos descrição de facilidade de acesso, perspectiva de consulta médica sem necessidade de agendamento, a realização rápida de exames de diagnóstico e a administração de medicação, estimulando a população a traçar o seu próprio roteiro em relação aos cuidados de saúde. As facilidades referidas proporcionam uma sensação de maior segurança aos utilizadores, no entanto distorce completamente a finalidade dos serviços, sobrecarregando-os com o atendimento de situações que poderiam ser atendidas noutra nível de cuidados.

Diante deste cenário, a reorganização do atendimento, nos serviços de urgência, que permita organizar o fluxo de entradas dos doentes com base na sua situação, tornou-se fundamental. Como estratégia clínica e organizacional, surge a triagem de prioridades, como forma de reduzir os riscos e danos provenientes das assimetrias geradas pelo acesso aos cuidados, e pela sobrelotação dos serviços de urgência.

O STM assenta na determinação da prioridade de atendimento de acordo com a condição clínica do doente. O enfermeiro tem sido o profissional mais indicado, estando ele habilitado legalmente para fazer triagem, principalmente por conseguir identificar as queixas sem fazer diagnósticos. Atribuir uma prioridade ao doente é um processo complexo de tomada de decisão. Para isso é utilizado um raciocínio clínico que envolve um pensamento ordenado e intencional, baseado em conhecimentos teóricos e práticos e na experiência pessoal e profissional. A tomada de decisão na triagem é influenciada por sistemas de apoio ao julgamento clínico, como sejam o uso de escalas ou protocolos de triagem, pelo julgamento intuitivo e reflexivo, fortemente

influenciados pelo tempo de experiência profissional do enfermeiro e pelo uso das experiências anteriores para julgar novos casos e tomar decisões. Desta forma, a tomada de decisão do enfermeiro na triagem deve ser orientada por um sistema de apoio confiável, capaz de mensurar com precisão o grau de prioridade dos doentes.

Os resultados obtidos no nosso estudo demonstraram, que os doentes atendidos no SU são majoritariamente do sexo feminino e com mais de 65 anos; uma grande percentagem recorreu por iniciativa própria e por motivos de doença. A maioria dos doentes foram triados com prioridade urgente e o fluxograma mais utilizado pelos enfermeiros de triagem (a maioria com mais de 10 anos de experiência em Triagem de Manchester) foi “problemas nos membros” e destes, 93,1% não foi reencaminhado de especialidade. A maioria dos doentes não efetuou nenhum exame (laboratorial, imagiológico ou outro), nem qualquer tipo de medicação e permaneceram em média cerca de 240,25 minutos no serviço. No que diz respeito ao desfecho do episódio de urgência a grande maioria dos doentes teve alta do serviço. Apesar do STM ter sido desenvolvido para priorizar o atendimento nos SU, demonstrou possuir boa capacidade de prever a necessidade de recursos, mostrando associação especialmente, nas prioridades de maior risco (“Emergente”, “Muito Urgente” e “Urgente”), onde foi percentualmente relevante a realização de dois ou mais exames laboratoriais e de imagem, para além de serem as prioridades em que houve maior destaque na administração de duas ou mais medicações por via E.V. O recurso a MCDT mostrou-se bastante vantajosa quer em situações de maior gravidade (prioridade “Emergente” e “Muito Urgente”), quer em situações de maior incerteza de diagnóstico (prioridade “Urgente”). Os doentes que permaneceram mais tempo (permanência superior a 6h) no SU foram os doentes de risco mais elevado (“Emergente” e “Muito Urgente”), o que pode refletir uma maior complexidade das situações, sendo que também foram estes que apresentaram maior destaque na percentagem de internamento, transferência e número de óbitos. A readmissão até às 72h não foi consistente com as prioridades de maior gravidade, mostrando-se mais evidente na prioridade “Urgente”. Da mesma forma, também o reencaminhamento de especialidade não mostrou associação com a gravidade das prioridades atribuídas, verificando-se mais relevante nas prioridades de menor risco. Os resultados desta investigação levam-nos a concluir que no geral parece haver um decréscimo percentual dos indicadores de gravidade nas prioridades mais baixas, deixando, no entanto, perceber, que a influência dos vários indicadores é diferente entre eles, enquanto uns permitem prever uma determinada tendência, os outros não parecem ser tão previsíveis.

Após a realização deste estudo torna-se pertinente fazer uma reflexão e avaliação da pesquisa desenvolvida, de modo a apresentar as conclusões mais relevantes e ainda expor algumas sugestões para futuras investigações.

O presente estudo poderá constituir uma ferramenta de trabalho relevante junto dos órgãos de decisão, no sentido de melhorar a gestão organizacional, contribuindo assim para uma melhor previsão de recursos físicos, humanos e materiais, que promovam uma melhor gestão do serviço, e que possibilitem uma priorização dos doentes de acordo com a sua gravidade, trazendo qualidade e segurança ao atendimento prestado.

Futuramente deve-se apostar no desenvolvimento do STM, de modo a torná-lo mais competente e sensível a identificar rapidamente situações que requerem uma resposta mais rápida. Para isso deve ser uma prioridade das instituições, organizar e planear a execução de programas educacionais de capacitação contínua dos profissionais envolvidos, valorizando a sua perícia na triagem e melhorando a sua segurança no uso do protocolo. Melhorar a articulação das instituições hospitalares com os cuidados de saúde primários deve ser também uma preocupação, no sentido de uma melhor rentabilização dos recursos existentes e respetivo fluxo de doentes. Consideramos pertinente o desenvolvimento e implementação de ações de sensibilização dirigidas à população, com o objetivo de contribuir para um acesso racionalizado das pessoas aos serviços de urgência, evitando episódios de sobrelotação destes serviços.

Diante do exposto, podemos sugerir, um estudo com a mesma linha de pensamento do atual, no entanto com uma maior especificação dos critérios de gravidade, uma vez que uns se revelaram mais indicativos de gravidade, e outros poderão ser associados a maiores incertezas para chegar ao diagnóstico ou decisão clínica.

Concluído, fica a crença de que foram atingidos os objetivos inicialmente propostos, tendo consciência de que há muito a fazer e a investigar neste domínio. Fica a convicção de que a realização deste estudo gerou evidência científica importante sobre o STM no SU.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, A., Duro, C., & Lima, M. (2012). Atividades do enfermeiro no sistema de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 181-190. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso
- Amaral, P. M. F. (2017). *Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Anziliero, F. (2011). *Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na Estratificação de risco: revisão de literatura* (Trabalho de bacharelato). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37506/000822814.pdf?sequence=1>
- Anziliero, F., Dal Soler, B., Silva, B., & Beghetto, M. (2016). Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), 64753. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>.
- Assis, J., Sousa, R., & Linhares, P. (2020). *Testes de hipóteses estatísticas*. Recuperado de <https://livraria.ufersa.edu.br/wp-content/uploads/sites/165/2020/08/testes-de-hipoteses-estatisticas-edufersa.pdf>
- Azeredo, T., Guedes, H., Almeida, R., Chianca, T. & Martins, J. (2014). Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *International Emergency Nursing*, 23(2), 47-52. doi: 10.1016/j.ienj.2014.06.001
- Barroso, J. (2018). *Modelo preditivo para o risco de readmissão hospitalar* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/25092/1/Documento.pdf>
- Becker, D., & Prado, S. (2015). Acolhimento com classificação de risco: revisão da literatura. *Revista Iniciação Científica*, 13 (1), 32-40. Recuperado de <http://periodicos.unesc.net/iniciacaocientifica/article/view/2685>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

- Brouns, S., Stassen, P., Lambooi, S., Dieleman, J., Vanderfeesten, I., & Haak H. (2015). Organisational factors induce prolonged emergency department length of stay in elderly patients – A retrospective cohort study. *PLoS ONE*, 10(8), 1-15. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135066>
- Carvalho, M. (2016). *O Sistema de Triagem de Manchester e a avaliação da pessoa com dor* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://web.esenfc.pt/?url=7WkX9uxf>
- Chianca, T., Costa, R., Vidigal, M., Silva, L., Diniz, G., Araújo, J., & Souza, C. (2016). Tempos de espera para atendimento usando Sistema de Triagem de Manchester em um hospital de urgência. *REME – Rev Min Enferm.*, 20, 1-8. doi: 10.5935/1415-2762.20160058
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: relatório CRRNEU*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crneu-pdf.aspx>
- Cordeiro Júnior, W. (2014). *Correlação entre o sistema de classificação de risco de Manchester e o uso de recursos assistenciais nos serviços de urgência em um hospital regional no Estado de Minas Gerais* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDOA97JVY/1/tese_vers_o_final_1_.pdf
- Costa, C., & Lopes, S. (2004). Produção hospitalar: a importância da complexidade e da gravidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 35-50. Recuperado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/16742/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202004%20-%20V.%20Tematico%20n4%20a04%20-%20p.35-50.pdf>
- Costa, A., Preto, L., Barreira, I., Mendes, L., Araújo, F., & Novo, A. (2020). Triagem e ativação da via verde do acidente vascular cerebral: dificuldades sentidas pelos enfermeiros. *Revista portuguesa de enfermagem de reabilitação*, 3(2), 96-101. doi: 10.33194/rper.2020.v3.n2.14.5829
- Costa, J., Nicolaidis, R., Gonçalves, A., Souza, & Blatt, C. (2020). Acurácia do Sistema de Triagem de Manchester em um serviço de emergência. *Rev Gaúcha Enferm.*, 41, 1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190327>
- Coutinho, A., Cecílio, L., & Mota, J. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev Med Minas Gerais*, 22(2), 188-198. Recuperado de <http://rmmg.org/artigo/detalhes/101>

- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática* (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Almedina.
- Despacho nº 11/2002 de 6 de março. *Diário da República nº 55/2002 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto. *Diário da República nº 153/2014 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 4835-A/2016 de 8 de abril. *Diário da República nº 69/2016 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Direcção Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. Direcção de Serviços de Planeamento*. Lisboa, Portugal: DGS. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Direcção-Geral da Saúde. (2005). *Sistemas de Informação – urgências hospitalares*. Circular Normativa nº1/2005 IGIF/DSI. Lisboa, Portugal: DGS. Recuperado de <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circulares/CircularNormativa012005.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). *Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referenciação interna imediata*. Norma nº 002/2015. Lisboa, Portugal: DGS. Recuperado de <http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/DGScircularnormativa152015triagemreferenciacaointernanoSU.pdf>
- Diniz, A., Silva, A., Souza, C. & Chianca, T. (2014). Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o Protocolo de Manchester. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(2), 312-20, 2014. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i2.21700>
- Dixe, M., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C., Lourenço G., & Sousa, P. (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 41-52. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV17095>
- Freixo, M. (2018). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. (5ª ed.) Lisboa, Portugal: Edições Piaget.
- Garcia, L., Cardoso, N., & Bernardi, C. (2019). Autocuidado e adoecimento dos homens: uma revisão integrativa nacional. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(3), 19-33. doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i3.933>

- Gomes, M. (2013). *O perfil do utilizador abusivo dos serviços de urgência portugueses: um estudo no hospital de São João* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/4546>
- Gonçales, P., Pinto, D., Salgado, P., & Chianca, T. (2015). Relationship between risk stratification in emergency medical services, mortality and hospital length of stay. *Invest Educ Enferm.*, 33(3), 424-431. doi: 10.17533/udea.iee.v33n3a05.
- Gray, J., Grove, S., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's The practice of nursing research* (8ª ed.). Elsevier.
- Grupo Português de Triage. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: BMJ Publishing Group.
- Grupo Português de Triage. (2011). *CrITÉrios para a atribuição da cor branca na Triagem*. Reunião GPT.
- Grupo Português de Triage. (2012). *Manual de Auditorias – ao Sistema de Triagem de Manchester*.
- Grupo Português de Triage. (2015). *Sistema de Triagem de Manchester*. Recuperado de: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- Grupo Português de Triage. (2017). *Triagem no Serviço de Urgência - Protocolo de Triagem de Manchester*. Amadora: Grupo Português de Triage.
- Grupo Trabalho Serviços de Urgência. (2019). *Relatório do grupo de trabalho- serviços de urgência*. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%AAncias.pdf>
- Guedes, H., Martins, J., & Chianca, T. (2015a). Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 45–51. doi:10.1590/0034-7167.2015680107p
- Guedes, H., Souza, K., Lima, P., Martins, J., & Chianca, T. (2015b). *Relationship between complaints presented by emergency patients and the final outcome*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 587–594. doi:10.1590/0104-1169.0227.2592
- Guedes, H., Araújo, F., Pinto Júnior, D., Martins, J., & Chianca, T. (2017). Outcome assessment of patients classified through the Manchester Triage System in

- emergency units in Brazil and Portugal. *Invest. Educ. Enferm.*, 35(2), 174-181. doi: 10.17533/udea.iee.v35n2a06
- Infante, J. (2012). *A dotação de enfermeiros no serviço de urgência geral do CHCB: a segurança dos cuidados na sazonalidade* (dissertação de mestrado). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14750/1/ESSTFC460.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas demográficas – 2019*. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOES_pub_boui=358632586&PUBLICACOESmodo=2
- Kripta, R., Scheller, M., & Bonotto, D. (2015). Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de investigaciones UNAD*, 14(2), 55-73. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/322589335.pdf>
- Lemos, A., Ribeiro, C., Fernandes, J., Bernardes, K., & Fernandes, R., (2017). Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. *Revista de Enfermagem UFPF on line.*, 11, 4546-4553. doi: 10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201714
- Machado, H. (2008). *Relação entre a triagem de prioridades no serviço de urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1370/1/Machado-H.pdf>
- Manchester Triage Group. (2014). *Emergency triage* (3ª ed.). UK: Wiley Blackwell.
- Mendes, T. (2017). *Avaliação de um protocolo de acolhimento com classificação de risco em relação à capacidade de prever o desfecho clínico* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde11082017193016/publico/TATIANEDEJESUSMARTINSMENDES.pdf>
- Ministério da Saúde. (2019). *Relatório anual: acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas*. Lisboa, Portugal: SNS.
- Moreno, C., & Rego, G. (2010). Triagem de Manchester - Caracterização do Sistema. IN G. Rego, & R. Nunes, *Gestão da Saude*. Lisboa, Portugal: Prata & Rodrigues.
- Neves, L. M. (2010). Triagem de Manchester-Enquadramento conceptual. IN G. Rego, & R. Nunes, *Gestão da Saúde*. Lisboa, Portugal: Prata & Rodrigues.

- Nunes, G., Nascimento, M. C., & Luz, M. A. (2016). Pesquisa Científica: conceitos básicos. *Id on Line Revista de Psicologia*, 10(29), 144-151. Recuperado de <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/390/0>
- Oliveira, M., Trindade, M. (2010). Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. *Revista Hórus*, 5(2), 160-171. Recuperado de <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/revistahorus/article/viewFile/3978/1825>
- Oliveira, P. (2015). *Readmissões em 72 horas no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Cova da Beira: Uma análise retrospectiva* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5197/1/4062_7851.pdf
- Oliveira, G., Vancini-Campanharo, C., Lopes, M. C., Barbosa, D., Okuno, M., & Batista, R. (2016). Correlation between classification in risk categories and clinical aspects and outcomes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24, 1-9. doi:10.1590/1518-8345.1284.2842
- Oliveira, J., Gatti, A., Barreto, M., Bellucci Junior, J., Góes, H., & Matsuda, L. (2017). User embracement with risk classification: perceptions of the service users of an emergency care unit. *Texto Contexto Enferm*, 26(1), 1-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>
- Pereira, M., Barbosa, A., & Dixe, M.A. (2017). Palliative care for end-of-life patients in a basic emergency service. *Revista escandinava de ciências do cuidado*, 32(3), 1056-1063. doi: 10.1111/scs.12551
- Pocinho, M. (2012). Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico. Lisboa: Lidel.
- Polit, D., & Beck, C. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (9ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Rabello, A., Lima, R., Garcia, A., Fioroti, C., & Andrade, M. (2018). Acolhimento e a classificação de risco: possibilidades e desafios para a acessibilidade em um serviço de urgência. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 20(1), 49-58. Recuperado de <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/20608/13853>
- Rebimbas, C. T. (2013). *Avaliação do sistema de triagem de Manchester* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/35176/1/Tese%20Catarina%20Rebimbas.pdf>

- Regulamento nº 124/2011 de 18 fevereiro. *Diário da República nº35/2011 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento1242011competenciaspecifenfessoasituacaocritica.pdf>
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Placebo Editora LDA.
- Rinaldi, M. (2019). *Análise da conformidade dos atendimentos segundo Protocolo de Manchester em um Serviço de Urgência e Emergência*. Recuperado de https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde22102019192817/publico/MARILI_ALELERINALDI.pdf
- Santos, A., Freitas, P., & Martins, H. (2014). Manchester triage system version II and resource utilisation in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 31(2) 148–152. doi:10.1136/emered-2012-201782
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *SClínico*. Recuperado de <https://spms.min-saude.pt/product/sclinicohospitalar/>
- Silva, A., Santos, B., & Brasileiro, M. (2013). Impacto da utilização de métodos de triagem no atendimento em urgência e emergência. *Revista Eletrónica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*, 4(4). Recuperado de <http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>
- Silva, P. L., Paiva, L., Faria, V. B., Ohl, R. I., & Chavaglia, S. R. (2016). Triage em um serviço de emergência de adultos: satisfação do paciente. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 50(5), 427-432. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400008>
- Silva, S. (2017). *Eficiência operacional no serviço de urgência do Hospital de Cascais* (Caso Pedagógico). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10071/16274>
- Silva, A., Chianca, T., Pádua, D., Guimarães, G., Manzo, B., & Correa, A. (2019). Caracterização dos atendimentos de um pronto-socorro público segundo o Sistema de Triage de Manchester. *REME – Rev Min Enferm.* 23, 1-8. doi: 10.5935/1415-2762.20190026
- Site Significados (s.d.). *Significado de gravidade?* Recuperado de <https://www.significados.com.br/gravidade/>
- Sousa, E. (2013). *Demora média e variabilidade* (Trabalho de Especialização). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10362/17106>

- Souza, C., Araújo, F., & Chianca, T. (2015). Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 144-151. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100019>
- Souza, C., Chianca, T., Cordeiro Junior W., Rausch, M., & Nascimento, G. (2018). Reliability analysis of the Manchester Triage System: inter-observer and intra-observer agreement. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26, 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2205.3005>.
- Tonetto, L., Brust-Renck, P., & Stein, L. (2014). Perspectivas metodológicas na pesquisa sobre o comportamento do consumidor. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(1), 180-195. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552005000200002>
- Vieira, A., Bertencello, K., Girondi, J., Nascimento, E., Hammerschmidt, K., & Zeferinho, M. (2016). Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica. *Texto Contexto Enferm*, 25(1), 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001830014>

ANEXOS

ANEXO I

Autorização da unidade hospitalar para o desenvolvimento da investigação



Catarina Cavaleiro <catarinaasc@gmail.com>

Pedido apresentado para realização de estudo na área da triagem

1 mensagem

27 de maio de 2019 às 15:28

Para: Catarina Alexandra Sousa Cavaleiro <[REDACTED]>

[REDACTED]

Exma. Senhora,

Enfermeira Catarina Cavaleiro,

Encarrega-me o [REDACTED], Presidente do Conselho de Administração de informar que o pedido apresentado para realização de estudo na área da triagem com o tema "A relação entre gravidade clínica das pessoas que recorram ao Serviço de Urgência e a prioridade atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester", está autorizado pelo Conselho de Administração.

Com os meus cumprimentos,

[REDACTED]

Secretariado do Conselho de Administração



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



[REDACTED]

[REDACTED]

Tlf: 233 40 20 51; Fax: 233 431 268

PENSE ANTES DE IMPRIMIR.



ANEXO II

Parecer da Comissão de Ética do Hospital onde foi efetuado o estudo

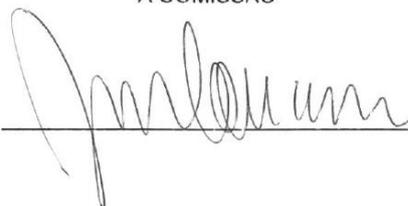
(Reservado à COMISSÃO DE ÉTICA)

PARECER EMITIDO NA REUNIÃO DE 14/5/20015

Cumpra o requisito de admissão
sem nome a opa



A COMISSÃO



APÊNDICES

APÊNDICE I

Instrumento de colheita de dados

Instrumento de colheita de dados

*base dados.sav [Conjunto_de_dados1] - IBM SPSS Statistics Editor de dados

Arquivo Editar Visualizar Dados Transformar Analisar Marketing direto Gráficos Utilitários Janela Ajuda

11: Readmissão_72h 1 Visível: 52 de 52 variáveis

	Episódio_Urgência	Data	Dia_Semana	Hora_Admissão	Causa	Proveniênci	Readmis	Idade	Sexo	Hora_Triage	Fluxogra	Discrimi	Prioridad	FC	SatO2	Temp	Glicémia	Dor	ECG	Retriage	Especialid	Hora_Aten	Reenca	Diagnóstic
							são_72h			m	ma	nador	e							m	ade_Enca	dimento	minha	_Final
1		05-Jan-20...	Sábado	14:35	Doe...	INEM	Não	88	Ma...	14:38	Comp...	Respir...	Verme...	N...	Não ...	Nã...	Nã...	N...	Se...	Não	Medicina	14:45	Não	Muito Gr.
2		05-Jan-20...	Sábado	1:03	Doe...	INEM	Não	90	Fe...	1:07	Dispneia	SaO2 ...	Laranja	N...	< 90...	Nã...	Nã...	N...	Se...	Não	Medicina	1:28	Não	Muito Gr.
3		05-Jan-20...	Sábado	1:44	Doe...	Exterior	Não	39	Ma...	1:47	Dor Lo...	Dor se...	Laranja	N...	Não ...	35 ...	Nã...	8...	Se...	Não	Medicina	2:06	Não	Grav
4		05-Jan-20...	Sábado	6:39	Doe...	Exterior	Não	58	Ma...	6:46	Dor Lo...	Dor ab...	Laranja	N...	Não ...	35 ...	Nã...	N...	Se...	Não	Medicina	6:51	Não	Grav
5		05-Jan-20...	Sábado	10:37	Doe...	INEM	Não	79	Fe...	10:42	Estad...	Pulso ...	Laranja	<...	Não ...	Nã...	55 ...	N...	Se...	Não	Medicina	10:49	Não	Muito Gr.

*base dados.sav [Conjunto_de_dados1] - IBM SPSS Statistics Editor de dados

Arquivo Editar Visualizar Dados Transformar Analisar Marketing direto Gráficos Utilitários Janela Ajuda

1: Mês 1

	Análises_Sangue	Exames_I	Outros_	Medicação	Data_Desfec	Hora_Desfe	Destino_	Tempo_	Tempo_	Tempo_	Grau_Ac	Total_a	Total_	Total_	Mês	Turno	Tempo_	Class	Tempo_
		gológicos	Exames		ho_Episódio	cho_Episód	Alta	_Triage	_Profissã	_Urgência	adêmico	nálises	Exam	Outro			_Triage	es_Id	_Perm
					o_Urgência	o_Urgência		m	o				es...	s...			m ...	ade	anê...
1	H+B+C...	Sem exames	ECG	Endovenos...	05-Jan-2019	18:30	ARS/CS	12	13	6	Licenc...	3 an...	Se...	1 E...	jan...	Ma...	3:52	81-...	3:55
2	H+B	Sem exames	Sem o...	Endovenos...	05-Jan-2019	3:35	ARS/CS	2	4	2	Licenc...	2 an...	Se...	Se...	jan...	Noite	2:28	81-...	2:32
3	Bioquím...	Sem exames	Anális...	Endovenos...	05-Jan-2019	3:18	ARS/CS	2	4	2	Licenc...	1 an...	Se...	1 E...	jan...	Noite	1:31	31-...	1:34
4	Bioquím...	Ecografia	Anális...	Endovenos...	05-Jan-2019	12:28	Exteri...	15	32	15	Licenc...	1 an...	1 E...	1 E...	jan...	Noite	5:42	51-...	5:49
5	H+B+C...	TAC	ECG	Endovenos...	05-Jan-2019	16:36	ARS/CS	12	13	6	Licenc...	3 an...	1 E...	1 E...	jan...	Ma...	5:54	71-...	5:59

APÊNDICE II

Pedido de Autorização ao Conselho de Administração para aplicação
do Estudo

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
HDFE, EPE
Dr. Manuel Teixeira Marques Veríssimo

Assunto: Pedido de autorização para realizar um estudo de investigação

Eu, Catarina Alexandra de Sousa Cavaleiro, Enfermeira do Serviço de Urgência do HDFE, encontro-me a frequentar o IX Curso Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra com o nº de aluno 21716022, e neste âmbito a realizar um projeto de investigação sob a orientação da Professora Verónica Coutinho (Professora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).

Neste sentido, venho por este meio, pedir autorização para a realização de um estudo na área da Triagem, com o tema: “Relação entre gravidade clínica das pessoas que recorrem ao SU e a prioridade atribuída pelo STM?”, e também que me seja autorizado a colheita de dados no Sistema SClinico que permitirão elaborar a minha Dissertação de Mestrado.

E desde já me comprometo a respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho deste tipo, bem como garantir o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos.

Acrescento ainda que me encontro disponível para qualquer esclarecimento.

Os meus respeitosos cumprimentos

Pede deferimento,

Março de 2019

APÊNDICE III

Pedido de parecer à Comissão de Ética do Hospital

onde foi efetuado o estudo



COMISSÃO DE ÉTICA DO H.D.F.F.,EPE
PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO PARA A SAÚDE
(Preencher apenas os campos aplicáveis no caso concreto)

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

a) Nome do Investigador principal

Catarina Alexandra de Sousa Cavaleiro

b) Título do Projeto:

Relação entre gravidade clínica das pessoas que recorrem ao Serviço de Urgência e a prioridade atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester.

c) Serviço hospitalar / Instituto ou Laboratório onde o projecto será executado:

Serviço de Urgência do H.D.F.F. E.P.E para consulta dos processos clínicos nos programas S:Clínico@.

d) Existem outros centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação será feita?

Sim

Não

Em caso afirmativo indique-os:

e) Descreva sucintamente os objetivos da investigação:

- Avaliar a eficácia e a efetividade do Sistema de Triagem de Manchester perante a gravidade dos doentes que recorrem ao SU;
- Identificar a gravidade traduzida pelo diagnóstico médico, pelo consumo de exames de diagnóstico, pela administração de terapêutica, pelo desfecho clínico, pelo tempo de permanência no SU e pela readmissão até às 72 horas;
- Analisar se a Triagem de Manchester consegue priorizar situações complexas de doença ou traumatismo.

f) A Investigação proposta envolve:

- a) Exames complementares – indique o tipo, frequência a natureza da amostra. Especifique se estes exames são feitos especialmente para esta investigação ou se serão executados no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar aos doentes:

Não.

g) Questionários

- A quem são feitos? Não serão utilizados questionários.
- Como será mantida a confidencialidade?

(Nota: Junte 1 exemplar do questionário que será utilizado)

2. ENSAIOS CLÍNICOS DE NOVOS FÁRMACOS

a) Tipo de Ensaio:

Fase III Fase IV Marketing

b) Tipo de Fármaco:

- Nome(s) Genérico(s)
- Grupo farmacológico ou terapêutico
- Aprovação noutros países
- Aprovação pelo INFARMED
 - Fármaco: Aprovado Não Aprovado
 - Forma Medicamentosa: Aprovada Não Aprovada
 - Indicação terapêutica contemplada na investigação:
Aprovada Não Aprovada
- Posologia contemplada na investigação:

Aprovada Não Aprovada

- Via de administração contemplada na investigação:

Aprovada Não Aprovada

- Tipo de Ensaio
 - Comparação com placebo
 - Comparação com fármaco padrão
 - Ensaio com dupla ocultação randomizado
 - Ensaio aberto
 - Outro tipo (especifique)

(Nota: 1 – No caso de medicamentos já aprovados oficialmente junte a bula oficial do produto comercializado.

- 2 - No caso de medicamentos ainda não aprovados, junte documento do fabricante, certificando a segurança do produto no qual conste a posologia e vias de administração recomendadas, bem como as indicações terapêuticas.)

3. JUSTIFICAÇÃO CIENTÍFICA DA INVESTIGAÇÃO - descreva sucintamente os fundamentos científicos da investigação. Indique, em particular, se a investigação já foi feita anteriormente com seres humanos, se o problema foi devidamente estudado a nível experimental de modo a otimizar os aspetos analíticos e técnicos e a avaliar os possíveis efeitos adversos.

Os serviços de urgência recebem diariamente um número considerável de doentes o conduz a uma sobrelotação dos serviços, refletindo o desequilíbrio entre a oferta e a procura de serviços. Esta situação poderá ter um impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados aos doentes com situações mais urgentes. Desta forma, surge a necessidade de se implementar uma estratégia de trabalho que permita a resolução dos problemas, capacitando as equipas e reorganizando o fluxo de doentes, garantindo uma maior qualidade do atendimento nestes serviços.

Por ser da responsabilidade do enfermeiro a realização da triagem, em Portugal, o enfermeiro assume cada vez mais um papel importante e decisivo, na identificação das necessidades dos doentes que procuram os serviços de saúde. Daí a importância de

estes estarem cientes da eficácia na sua concretização, de modo a que os cuidados prestados aos doentes sejam de qualidade, desde o momento da triagem.

Atendendo ao contexto de trabalho da investigadora, a escolha do tema alicerçou-se na importância da efetividade do sistema de triagem e as suas repercussões na evolução clínica do doente.

O estudo não terá o envolvimento direto de seres humanos, pois vai basear-se em registos clínicos.

DOENTES ABRANGIDOS NA INVESTIGAÇÃO

- . Número:
- . As mulheres grávidas são excluídas? Sim Não
- . Indique como se processará o recrutamento dos doentes:

4. CONTROLES

- . Número:
- . Indique como serão escolhidos:

5. DESCRIÇÃO RESUMIDA DO PLANO DA INVESTIGAÇÃO

Para este estudo optou-se por utilizar uma pesquisa documental dos registos relacionados com o episódio de urgência, com caráter exploratório, descritivo e transversal.

O instrumento de recolha de dados a ser utilizado, foi construído no programa Microsoft Excel®, com base em informações que se pretendem recolher a partir da consulta dos registos clínicos eletrónicos, obtidos através do programa informático para a gestão hospitalar SClínico®, e posteriormente serão exportados para o programa de tratamento estatístico SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 22. Para o processo de análise estatística irão ser utilizados procedimentos de análise descritiva e de análise inferencial.

Para a análise descritiva serão utilizadas distribuições das frequências absolutas e relativas, utilizadas medidas de tendência central e medidas de dispersão ou variabilidade adequadas.

Com este trabalho espera-se mostrar, que o STM é um bom preditor da gravidade do doente, permitindo um reconhecimento rápido de situações de maior risco e o tratamento em tempo adequado à sua condição. Esta análise e avaliação do STM pretende contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde.

6. ENUMERAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS, EXAMES OU SUBSTÂNCIAS QUE IRÃO SER ADMINISTRADAS AOS DOENTES (dietas especiais, medicamentos, radioisótopos, etc.)

Nenhuns.

7. RISCO/BENEFÍCIO

a) **Que riscos ou incómodos podem ser causados aos doentes pelo estudo?**

Nenhum.

b) **Que benefícios imediatos poderão advir para os doentes pela sua anuência em participar no estudo?**

Não há participação direta de doentes no estudo.

c) **Considera que os meios utilizados no estudo podem violar a privacidade do doente?**

Sim Não

Em caso afirmativo, indique que medidas serão tomadas para assegurar a confidencialidade.

d) **Os doentes que não aceitarem participar no estudo ficarão, por esse facto, prejudicados em termos de assistência médica, relativamente aos participantes?**

Sim Não

8. CONSENTIMENTO

a) A expressão do consentimento informado terá forma escrita, conforme a Lei.

Junta-se cópia do seu texto, a ser assinado pelo doente ou pelo seu representante legal.

Uma vez que a colheita de dados irá ser realizada com recurso a uma análise dos registos informáticos, não envolvendo diretamente a participação de seres humanos, não haverá necessidade de efetuar nenhum termo de consentimento informado.

b) Descreva resumidamente o conteúdo da informação a transmitir.

c) A investigação ou estudo envolve:

- . Menores de 14 anos Sim Não
- . Inimputáveis Sim Não

Em caso afirmativo que medidas estão previstas para respeitar os seus direitos e obter o seu consentimento esclarecido ou dos seus representantes legais?

9. RELATIVAMENTE AO ESTUDO

a) Data prevista do início: 01/04/2019

Data prevista da conclusão: 01/02/2020

b) Pagamento aos doentes:

- . Pelas deslocações Sim Não
- . Pelas faltas ao Serviço Sim Não
- . Por danos resultantes da sua participação no estudo Sim Não

Em caso afirmativo especifique a identidade que assume a responsabilidade das indemnizações:

Outros pagamentos (especifique):

Nenhuns

c) Do estudo (que espécie de benefícios, financeiros ou outros resultarão para o investigador e/ou instituição)? Especifique em caso afirmativo.

Pretende-se com este estudo mostrar que os enfermeiros conseguem utilizar o Sistema de Triagem de Manchester para diferenciar as situações de maior gravidade, permitindo um atendimento mais rápido e eficiente nas situações de maior risco para a saúde. Mostrar que o Sistema de Triagem de Manchester poderá mostrar-se eficaz na previsão do tempo de internamento, bem como, no consumo de recursos e no desfecho do episódio de urgência, traduzido pela eficácia e eficiência do sistema.

Com os resultados obtidos, espero contribuir para o processo de melhoria contínua nesta área de intervenção, desenvolvendo-se estratégias de melhoria na execução da triagem, salientando as competências necessárias para a atribuição de prioridades e ainda fortalecer conhecimentos baseados na reflexão sobre a prática, contribuindo para a melhoria do desempenho profissional.

d) Os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva da companhia farmacêutica ou outra entidade?

Sim Não Que entidade? _____

10. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Data do pedido de aprovação 20/03/2019

Eu abaixo assinado, Catarina Alexandra de Sousa Cavaleiro

Na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia II e da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos.

