



**A Qualidade do Sistema de Triagem de Manchester
na Perspetiva dos Enfermeiros**

UMinho | 2023

Luís Miguel Martins Gonçalves



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

utad
UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

Luís Miguel Martins Gonçalves

**A Qualidade do Sistema de Triagem de
Manchester na Perspetiva dos Enfermeiros**

Dezembro de 2023



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

utad

**UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO**

Luís Miguel Martins Gonçalves

A Qualidade Do Sistema De Triagem De Manchester Na Perspetiva Dos Enfermeiros

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Fátima Braga

Dezembro 2023

Direitos De Autor E Condições De Utilização Do Trabalho Por Terceiros

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

“Antes ser louco por seu próprio critério, que sábio segundo a opinião dos outros!”

Friedrich Nietzsche

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório de estágio do mestrado só foi possível com o apoio e incentivo de muitas pessoas.

Gostaria de destacar o encorajamento e disponibilidade da Professora Fátima Braga, que desde a primeira hora esteve presente de forma incondicional.

Agradeço aos colegas de mestrado pelo companheirismo e apoio demonstrados. Aos meus familiares que me incentivaram nas minhas conquistas e demonstraram tolerância nas minhas ausências, durante todo o meu percurso académico. Ao Conselho de Administração do Hospital de Braga, EPE, ao Enfermeiro chefe e ao Diretor do Serviço de Urgência, por autorizarem e permitirem a recolha de dados para a concretização deste trabalho de investigação. Aos colegas que aceitaram participar no estudo. E a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este relatório de estágio fosse possível.

A todos endereço os meus mais sinceros agradecimentos.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração. Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

RESUMO

A Qualidade do Sistema de Triagem de Manchester na Perspetiva dos Enfermeiros

O estágio em contexto é crucial para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, na aquisição de conhecimentos que lhe permita atuar em conformidade num ambiente de grande complexidade, utilizando técnicas avançadas, antecipando necessidades, prevenindo complicações tendo em vista a recuperação do indivíduo. O desenvolvimento de competências em contexto permitiu a aquisição e solidificação de conhecimentos e o desenvolvimento de capacidades e habilidades para a prestação de cuidados ao doente crítico. Da mesma forma, as competências de investigação são fundamentais para o avanço da enfermagem tendo por base a prática baseada na evidência. Assim, foi efetuado um estudo onde procuramos explorar e descrever, na perspetiva dos enfermeiros, os fatores que condicionam o erro na atribuição da prioridade do doente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa. A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas a enfermeiros de um serviço de urgência de um hospital central do norte de Portugal. A análise dos dados permitiu identificar duas áreas temáticas: fatores que condicionam o erro na realização da Triagem de Manchester e sugestões de melhoria. Segundo a perspetiva dos enfermeiros, o processo de triagem é condicionado por diversos fatores: recursos humanos e materiais, experiência profissional e características pessoais do enfermeiro da triagem, perceção que os doentes têm acerca do Sistema de Triagem de Manchester, estrutura física da sala de triagem, tempos de espera, encaminhamento dos utentes após triagem, pressão exercida por enfermeiros e médicos, layout da aplicação do Sistema de Triagem de Manchester, limitações estruturais do próprio sistema e dificuldade em objetivar as queixas dos utentes. Como sugestões de melhoria, os participantes apontam para o investimento no desenvolvimento do Sistema de Triagem de Manchester, para a formação contínua, nomeadamente na área da inteligência emocional, bem como em campanhas de sensibilização e informação dos utentes/cuidadores. Consideram necessário privilegiar políticas que reforcem a capacidade de resposta por parte dos serviços de saúde, melhorando as condições de trabalho e uma definição clara de circuitos para os utentes após triagem com ampla divulgação dos mesmos para garantir a segurança do utente até à observação médica.

Palavras-chave: Emergência; Enfermeiro; Qualidade; Triagem.

ABSTRACT

The Quality of the Manchester Triage System from the Nurses' Perspective

The internship in context is crucial for the development of competencies of the specialist nurse in nursing to the person in critical condition in the acquisition of knowledge that allows the nurse to act accordingly in an environment of great complexity, using advanced techniques, anticipating needs, preventing complications aiming the patient's recovery. The development of competences in context allowed the acquisition and solidification of knowledge and the development of skills and abilities with the dexterity and readiness necessary to care for the critically ill. Similarly, research competencies are essential for the advancement of nursing grounded on evidence-based practice. Thus, a study was carried out in which we intended to explore and describe, from the nurses' perspective, the factors that influence the error in the allocation of patient's priority, according to the Manchester Triage System. This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach. Data collection was performed through semi-structured interviews with nurses from an emergency department of a central hospital in the north of Portugal. Through data analysis, two thematic areas were identified: factors that influence the error in performing the Manchester Triage and suggestions for improvement. From the nurses' perspective, the triage process is affected by several factors: human and material resources, professional experience and personal characteristics of the triage nurse, the perception that patients present about the Manchester Triage System, the physical structure of the triage station, waiting times, referral of patients after triage, the pressure exerted by nurses and physicians, the layout of the Manchester Triage System's implementation, structural limitations of the system itself and the difficulty in objectifying patients' complaints. As suggestions for improvement, participants refer to the investment in the development of the Manchester Triage System, to continuing training, particularly in areas relation to emotional intelligence, as well as in awareness-raising and information campaigns for patients/caregivers. They consider it necessary to focus on policies that strengthen the responsiveness of health services, improving working conditions and a clear definition of patients' circuits after triage with wide dissemination to ensure patient safety until medical observation.

Keywords: Emergency; Nurse; Quality; Triage.

ÍNDICE

Agradecimentos	iv
Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
Abreviaturas, siglas e acrónimos	xiii
Introdução.....	14
Parte I – Desenvolvimento de competências em contexto de estágio.....	17
1 Competências do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica	18
1.1 <i>Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....</i>	18
1.2 <i>Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.</i>	22
1.3 <i>Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</i>	24
Parte II – Estudo de investigação	26
2 Sistemas de triagem – enquadramento teórico	27
2.1 <i>Escala Australiana – Australian Triage Scale (ATS).....</i>	30
2.2 <i>Índice de Severidade de Emergência – Emergency Severity Index (ESI).....</i>	31
2.3 <i>Escala Canadense de Triagem – Canadian Emergency Department Acuity Scale (CTAS).....</i>	31
2.4 <i>Sistema de Triagem de Manchester (STM).....</i>	31
2.4.1 Auditoria ao Sistema de Triagem de Manchester	39
3 Metodologia.....	42
3.1 <i>Tipo de estudo.....</i>	42
3.2 <i>População e amostra</i>	43
3.3 <i>Instrumento da recolha de dados.....</i>	44
3.4 <i>Tratamento dos dados</i>	45
3.5 <i>Considerações éticas</i>	47
4 Apresentação, análise e discussão dos dados	49

4.1 Área temática 1 - Fatores que condicionam o erro na realização da Triagem de Manchester	52
4.2 Área temática 2 – Sugestões de melhoria.....	81
Conclusão	91
Referências bibliográficas.....	94
ANEXOS	100
ANEXO I.....	101
Anexo II	103
Anexo III.....	107
Anexo IV	111
Anexo V.....	113
Anexo VI.....	115
Anexo VII.....	117
Anexo VIII.....	130
Anexo IX.....	136
Anexo X.....	138

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - FATORES QUE CONDICIONAM O ERRO NA REALIZAÇÃO DA TRIAGEM DE MANCHESTER – CATEGORIAS	52
FIGURA 2 - FATORES QUE CONDICIONAM O ERRO NA REALIZAÇÃO DA TRIAGEM DE MANCHESTER – SUBCATEGORIAS....	53
FIGURA 3 - FATORES RELACIONADOS COM OS RECURSOS	54
FIGURA 4 - FATORES RELACIONADOS COM O ENFERMEIRO	58
FIGURA 5 - FATORES RELACIONADOS COM O UTENTE.....	63
FIGURA 6 - FATORES RELACIONADOS COM A ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	67
FIGURA 7 - FATORES RELACIONADOS COM A ATRIBUIÇÃO DA PRIORIDADE.....	77
FIGURA 8 - SUGESTÕES DE MELHORIA.....	81
FIGURA 9 - SUGESTÕES DE MELHORIA - SUBCATEGORIAS.....	82
FIGURA 10 - FATORES RELACIONADOS COM A ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	85

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - CATEGORIAS DE PRIORIDADE DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER.....	37
QUADRO 2 - ÁREA TEMÁTICA 1, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	50
QUADRO 3 - ÁREA TEMÁTICA 2, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	51

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA - FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS	49
---	----

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ALSP - Advanced Life Support Group

ATS - Australian Triage Scale

CTAS - Canadian Emergency Department Acuity Scale

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CEICVS - Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESI - Emergency Severity Index

ex. - exemplo

DGS - Direção Geral de Saúde

GLINTT – Global Intelligent Technologies

GPT – Grupo Português de Triagem

HB – Hospital de Braga

INE - Instituto Nacional de Estatística

MCDTS – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

N - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

p. - página

PEG - Gastrostomia Endoscópica Percutânea

PTM – Protocolo de Triagem de Manchester

SE – Sala de Emergência

ST – Sistema de Triagem

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SU's - Serviços de Urgência

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TM – Triagem de Manchester

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UDC – Unidade de Decisão Clínica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

webQDA – Web qualitative data analysis

INTRODUÇÃO

O presente trabalho desenvolve-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Tendo em vista a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica e a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, foi desenvolvido um estudo de investigação e realizado um estágio no Serviço de Urgência (SU) de um hospital na zona norte do país.

O doente crítico é aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de um ou mais órgãos e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. A pessoa em situação crítica apresenta as suas funções vitais em risco, carecendo de cuidados de enfermagem altamente qualificados e prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Ao futuro enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica é requerido o desenvolvimento de competências nas diversas áreas de atendimento do doente crítico, de modo a prestar-lhe cuidados altamente qualificados que permitam a sua reabilitação total. Neste sentido, indo de encontro às competências específicas do enfermeiro especialista, foi desenvolvido um estágio em áreas passíveis de desenvolvimento do saber, do saber fazer e do saber estar, nomeadamente: trauma, urgência/emergência, via verde AVC/coronária/sépsis. A par deste desenvolvimento de competências, também são requeridas ao enfermeiro especialista capacidades e aptidões na área da investigação, pelo que foi desenvolvido um trabalho de investigação, durante o estágio, sobre o Sistema de Triagem implementado no hospital.

A afluência aos serviços de urgência tem vindo a aumentar, ao longo dos anos, devido a vários fatores, nomeadamente, ao envelhecimento demográfico, às características das sociedades modernas, ao agravamento da violência urbana, ao aumento do número de acidentes e à prevalência das doenças crónicas/degenerativas, bem como às suas comorbilidades. Apesar das inúmeras e complexas intervenções feitas na reorganização e distribuição dos Serviços de Urgência (SU) em Portugal, os serviços de saúde procuraram desenvolver e investir em Sistemas de Triagem (ST) para apoiar o profissional de saúde na identificação rápida dos utentes em situação de doença ou lesão urgente/emergente. Esta realidade levou à adoção de um ST que permita distinguir diferentes graus de prioridade de forma que, quando a procura dos

serviços de saúde exceda a capacidade de resposta dos mesmos, fique assegurada a observação dos utentes por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada (Despacho 1057/2015, de 2 de fevereiro, p. 3039).

O ST adotado em Portugal é o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Este ST é efetuado por enfermeiros. O enfermeiro que faz triagem de acordo com o STM tem por objetivo atribuir uma prioridade clínica correta ao utente que recorre ao SU, de acordo com a gravidade das queixas que apresenta naquele momento. O STM dispõe de uma metodologia de auditoria interna e externa que é fundamental para que exista reprodutibilidade entre os profissionais, individualmente, e os serviços onde esteja implementado o Protocolo de Triagem de Manchester (PTM).

O momento da triagem é um evento único para cada utente, limitado por um espaço de tempo muito reduzido, que coloca aos enfermeiros múltiplos constrangimentos e dificuldades. A experiência vivenciada num SU que utiliza a TM como ST permite, muitas vezes, constatar que esta temática é alvo de discussão entre os pares, na medida em que, nas auditorias efetuadas mensalmente, existem incoerências onde se encontram evidenciadas situações de erro na triagem. Após pesquisa bibliográfica, verificou-se a existência de poucos estudos científicos sobre a temática em questão. Perante esta problemática, surge a necessidade de investigar, de tentar identificar os fatores que podem condicionar o erro e a qualidade da TM e que poderão ter repercussões na segurança e qualidade dos cuidados prestados.

A investigação científica é um processo rigoroso de aquisição de conhecimentos específicos de uma disciplina, através do qual se elabora e verifica a teoria. A enfermagem, como profissão, tem como finalidade melhorar a prática dos seus profissionais, de modo a prestar os melhores cuidados de saúde à população (Fortin, 2009).

Vilelas (2017) define investigação como um sistema de atividades manuais e intelectuais concebido para obter informação capaz de contribuir (parcial ou na totalidade) para a resolução de um problema previamente identificado.

Reconhecendo a importância da aplicação dos resultados da investigação na prática, após uma reflexão sobre o exercício da enfermagem no SU e no STM, eis, então, que surge a seguinte questão de partida:

“Qual a perspetiva dos enfermeiros, relativamente aos fatores que condicionam o erro na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester?”.

Pretende-se realizar um estudo exploratório-descritivo (Fortin, 2009) para averiguar qual a perceção dos enfermeiros acerca desta temática. Neste sentido, definimos como objetivo geral explorar a perspetiva dos

enfermeiros acerca dos fatores que condicionam o erro na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester.

A realização deste relatório tem como objetivos:

- Refletir sobre o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica;
- Refletir sobre o desenvolvimento de um estudo de investigação acerca dos fatores que condicionam o erro na atribuição da prioridade ao doente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester;
- Analisar de forma crítico-reflexiva os resultados de investigação.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes:

- Na primeira parte, fazemos uma análise crítico-reflexiva sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica desenvolvidas no contexto do estágio realizado na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência/Unidade de AVC, integrada no SU do Hospital de Braga, EPE.;
- A segunda parte corresponde ao trabalho de investigação propriamente dito, onde efetuamos um enquadramento teórico, abordamos a metodologia utilizada, apresentamos e analisamos os dados obtidos.

Apresentamos de seguida a conclusão do relatório, onde refletimos sobre o desenvolvimento de competências durante o período de estágio e apresentamos as principais conclusões do estudo desenvolvido. Seguem-se as referências bibliográficas e os anexos.

A elaboração deste relatório está de acordo com as normas para formatação gráfica e depósito no RepositóriUM e com as diretrizes da American Psychological Association (7.^a edição) para as citações em texto e referências bibliográficas.

PARTE I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

1 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Inserido na unidade curricular «Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada II» do 2º ano do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica foi realizado um estágio na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência/Unidade de AVC, integrada no SU, que teve por objetivo melhorar as competências gerais e desenvolver competências específicas e diferenciadas no que à Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica diz respeito.

Este estágio permitiu, por um lado, consolidar as competências gerais enquanto Enfermeiro mas, essencialmente, foi um espaço facilitador para o desenvolvimento das competências específicas estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, competências essas que foram definidas com o objetivo de uniformizar os planos curriculares.

Assim, ao enfermeiro com o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, está implícito um conjunto de habilitações comuns e diferenciadoras dos restantes enfermeiros, de forma que a sociedade, em geral, possa ter conhecimento do que pode esperar destes enfermeiros diferenciados.

A Ordem dos Enfermeiros define 3 competências específicas:

- i) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- ii) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima da conceção à ação;
- iii) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas em tempo útil.

1.1 Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A Ordem dos Enfermeiros afirma que:

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3)

Embora já tenha experiência com o doente crítico - SU e VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação) desde 2004 - reconhece que a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica/emergente é uma área em que a gestão do tempo é crucial e que se torna fundamental uma atuação focada na antecipação da instabilidade de forma a reduzir ao máximo o risco de falência orgânica. A capacidade de tomar constantemente decisões tendencialmente assertivas e em tempo útil, a mestria de executar uma técnica de forma exemplar, especialmente no doente crítico, é uma característica fundamental no enfermeiro especialista, pois permite minimizar complicações e pode, ao mesmo tempo, ser determinante no processo de tratamento, na sobrevida imediata e no prognóstico do doente, tendo sempre em vista a sua recuperação total. Reconhecendo que a avaliação constante e monitorização contínua são questões centrais no atendimento ao doente crítico, cuidar da pessoa que está a vivenciar uma situação de doença crítica ou emergente é também uma das competências do enfermeiro especialista. Neste sentido, procurou atuar mobilizando conhecimentos teóricos adquiridos durante o curso, desenvolver competências que permitam atuar preventivamente e em tempo útil, atendendo a pessoa em todas as suas dimensões e, desta forma, visar um elevado padrão de prestação de cuidados holísticos.

A gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos foi uma das competências desenvolvidas. Este estágio permitiu familiarizar-se com o protocolo da Via Verde de AVC (administração de terapêutica – trombolítico –, vigilância, monitorização e registo de sinais vitais e do estado neurológico) que é um protocolo específico com o qual não tinha muito contacto e que, portanto, constituía uma lacuna na sua experiência profissional. O desenvolvimento desta competência torna-se fundamental para que o enfermeiro especialista seja capaz de diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação deste tipo de protocolos, na medida em que a sua aplicação está repleta de elevada complexidade e de riscos quer para o doente, quer para a segurança do enfermeiro que os coloca em prática. Portanto, torna-se fundamental que o profissional de saúde seja capaz de implementar intervenções de enfermagem apropriadas às complicações que possam surgir, monitorizando e avaliando a adequação dessas intervenções aos problemas identificados.

A dor, considerada o quinto sinal vital, é de extrema importância pelo facto de poder provocar e/ou potenciar alterações orgânicas, nomeadamente a nível circulatório e respiratório que, por sua vez, podem desencadear disfunções noutros órgãos e sistemas. Neste sentido, quanto à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, outra das competências exigidas, este estágio permitiu desenvolver a capacidade de identificar as evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, assim como demonstrar conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, exigência que culminou numa

experiência muito positiva, tendo em conta o doente tipo daquela unidade (doentes no período pós-operatório imediato de grandes cirurgias, step-down da UCIP (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente), TCE (Traumatismo Crâneo Encefálico) e que vai de encontro ao crescente interesse da temática do controle da dor e da qualidade de vida.

A identificação das evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar em si mesmas já encerram um enorme desafio, mais ainda no contexto de uma experiência de doença aguda em que existe risco de vida, muitas vezes com alteração do estado de consciência e com alteração da linguagem associada. Mas mesmo nos doentes que têm a capacidade de comunicar preservada, neste contexto adverso, torna-se difícil transmitir sensações que nunca se experienciaram e que são sempre vivenciadas de forma única por cada ser humano, o que exige uma enorme sensibilidade por parte dos enfermeiros especialistas para os mais pequenos indícios de desconforto, no sentido de, sempre que possível, prever e atuar precocemente, evitando o descontrole da dor e do estado geral do doente.

A dor, vivência difícil de objetivar, aceite como o quinto sinal vital, é uma questão que tem vindo a motivar um interesse crescente na comunidade científica em geral, e entre os enfermeiros, em particular.

Neste domínio, a atuação do enfermeiro especialista deve fazer a diferença, otimizando as medidas farmacológicas disponíveis de forma a obter um controle eficaz da dor e demonstrando conhecimentos e habilidades no âmbito das medidas não farmacológicas a adotar, evitando o escalar da mesma e o consequente efeito negativo no estado geral do doente.

O enfermeiro tem um papel muito importante na avaliação da dor através das escalas da dor disponíveis, para que possa gerir da melhor forma as medidas farmacológicas e não farmacológicas a instituir. Nestas últimas, de realçar a gestão do ambiente físico, a promoção do acompanhamento familiar, os posicionamentos antiálgicos, a demonstração de preocupação e o estabelecer de uma genuína relação empática na prestação de cuidados, procedendo à explicação do que se vai fazer, porque se vai fazer, com que objetivo e que tipo de dor pode provocar. Todos estes procedimentos tornam-se fundamentais para que a pessoa em situação crítica consiga atingir alguma estabilidade emocional, fator que é determinante nestes processos de doença aguda com elevado risco de vida.

A participação da família/cuidador no processo terapêutico da pessoa em situação crítica é, igualmente, outra competência do enfermeiro especialista, ao exigir que o enfermeiro assista a pessoa e família nas perturbações emocionais inerentes a uma situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica. O enfermeiro deve estar particularmente atento e disponível de forma a ter um papel facilitador da participação da família/cuidador. Para tal, deve demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo

vividos não só pela pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica mas, também, pelo familiar/cuidador. Na unidade onde decorreu o estágio foi possível desenvolver esta competência, dando-lhe especial atenção porque reconhece que é umas das áreas da sua prática clínica (serviço de urgência) que ainda pode melhorar significativamente.

Relativamente à demonstração de conhecimentos e habilidades facilitadores da dignificação da morte e dos processos de luto, também foi possível desenvolver esta competência, com a ajuda do orientador e dos restantes profissionais, atendendo ao facto do local de estágio proporcionar um ambiente mais controlado do que aquilo que acontece no contexto da sua prática profissional e, como tal, mais facilitador do desenvolvimento deste tipo de competências que exigem especial sensibilidade e enfoque numa escuta ativa que fomente uma relação de empatia entre os intervenientes.

Com as experiências deste estágio pode afirmar, com segurança, que é hoje um enfermeiro muito mais completo e capaz, no que à temática do fim de vida diz respeito.

Uma das competências essenciais do enfermeiro especialista é a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com o utente/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. No contexto de um ambiente inerente a uma situação crítica, o diálogo e o estabelecimento de uma relação de empatia entre os intervenientes (enfermeiro e utente/cuidador) são fundamentais à recolha de informação pertinente relativa à história clínica do doente (e não clínica como, por exemplo, suporte familiar/social...) na contextualização daquele episódio de doença. Por outro lado, e igualmente importante, é a explicação ao utente/cuidador do que está a acontecer e da estratégia terapêutica a implementar naquele doente.

Como já foi referido anteriormente, o facto de estagiar num serviço com um ambiente mais controlado, em comparação com o ambiente muito mais imprevisível que caracteriza o serviço em que desempenha funções como profissional (SU), permitiu-lhe desenvolver a capacidade de adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Técnicas, tais como, utilizar linguagem simples e perceptível, o toque, adotar de uma postura correta, transmitir segurança através da comunicação corporal e da expressão facial, entre outras, devem ser utilizadas sistematicamente tendo em conta a complexidade da situação e o contexto em que a mesma ocorreu. Assim, o enfermeiro especialista deve ser capaz de fazer uma avaliação do ambiente envolvente à pessoa em situação crítica e elaborar um plano estratégico de comunicação que facilite a criação de uma relação terapêutica com o utente/cuidador, de forma a obter informação relevante para o estado de saúde da pessoa em situação crítica. Ao fazer essa avaliação, o enfermeiro tem a percepção do tipo de relação que se está a estabelecer e, dessa forma, será

capaz de fazer uma melhor gestão da relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

Toda esta temática relacionada com a comunicação pode-se revelar crucial no processo de tratamento do doente. Deste modo, empenhou-se no desenvolvimento de competências técnicas e humanas que lhe permitem, neste momento, afirmar que está capacitado para demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante o utente/cuidador em situação crítica e estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com barreiras à comunicação, como, por exemplo: alteração do estado de consciência de diferentes causas e de doentes com patologias psiquiátricas, entre outras. Em tempos de confinamento devido à COVID19, com as restrições de visitas aos hospitais, surgiram novos desafios nesta área, desafios esses que acabaram por se transformar em oportunidades de crescimento pessoal.

O enfermeiro, detentor de uma posição privilegiada na equipa multidisciplinar, enquanto elemento que mais tempo passa com o doente, tem um papel fundamental no processo de relação de ajuda e de interligação entre a mesma, identificando necessidades das mais variadas dimensões (física, psicológica, familiar, social, espiritual, entre outras), procurando resolvê-las total ou parcialmente, mas sempre com a promoção do bem estar no horizonte, com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde. A inclusão da família em todo este processo é fundamental e está associada a níveis de stress mais reduzidos de parte a parte.

Tal como em toda a prática de enfermagem, também no processo da relação terapêutica com a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica é crucial fazer uma monitorização e avaliação constante dos casos com que se depara e aprofundar conhecimentos nesta área tão importante para a relação de empatia entre enfermeiro/utente, como é a área da comunicação.

1.2 Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

No descritivo desta competência está definido que o enfermeiro especialista “Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe multi-vítima” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4), de forma sistematizada, gerindo as equipas no sentido da eficácia e eficiência de uma resposta pronta e efetiva, fazendo prevalecer a importância que o enfermeiro especialista tem nesta área crítica e sensível.

Neste processo de elaboração de um plano de catástrofe/emergência do serviço/instituição, em articulação com o nível estratégico, o enfermeiro especialista demonstra conhecimento do Plano Distrital e Nacional de

catástrofe e emergência. Neste estágio, teve oportunidade de colaborar com o enfermeiro do serviço responsável pelo plano de catástrofe do SU, na preparação de um simulacro de catástrofe a realizar entre 28/06/2021 e 02/07/2021. Teve, igualmente, conhecimento do Plano Institucional, Distrital e Nacional para catástrofe e emergência.

No exercício das suas funções profissionais já participou em 3 simulacros deste género como elemento destacado para o momento da triagem primária. Reconhece que os simulacros são essenciais para a familiarização com procedimentos específicos para que, num contexto real, se possa estar capaz de tomar decisões assertivas nos diferentes níveis de atuação.

O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (Ministério da Administração Interna, 2013) define as situações que devem ser consideradas de catástrofe: incêndios florestais, sismos, tsunamis, ondas de calor, vagas de frio, acidentes industriais, acidentes rodoviários graves, entre outras situações.

Em relação ao Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Braga, este tem como grande objetivo fazer face à generalidade das situações de acidente grave ou catástrofe que se possam desenvolver no âmbito territorial e administrativo do distrito de Braga e onde é atribuída especial importância aos Hospitais e meios de INEM existentes no distrito (Ministério da Administração Interna, 2022).

O enfermeiro especialista também deve ser capaz de planear a resposta concreta perante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe, demonstrando conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe, identificando os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde, atribuindo graus de urgência (triagem), de forma a decidir a sequência de atuação e sistematizando as ações a desenvolver em situação de catástrofe ou emergência. Deverá, ainda, ser capaz de gerir os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe, liderar a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa, avaliar, em contínuo, a articulação e eficácia da equipa e introduzir medidas corretivas das inconformidades de atuação.

Numa catástrofe, sendo um evento raro, urge decidir e atuar de forma eficaz e eficiente, carecendo de formação frequente para estarmos preparados para uma eventual situação real. Neste caso, o treino é a única forma de nos familiarizarmos com os procedimentos e as tarefas de cada elemento do plano de catástrofe.

1.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Tendo em conta os vários focos de risco de infeção nos diferentes contextos de atuação, a complexidade dos eventos e a diferenciação dos cuidados exigidos associados ao recurso a medidas invasivas, diagnósticas e terapêuticas, para a manutenção da vida, esta competência tem uma importância fundamental para o enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O enfermeiro especialista deve ser capaz de elaborar um plano de prevenção e controlo da infeção para responder às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Quando se verifica o incumprimento das normas de controlo de infeção em todas as intervenções realizadas, estamos a expor aquele organismo a um potencial de fragilidade mais elevado em relação àquele que já tinha, condicionado pela sua situação crítica.

O enfermeiro deve demonstrar conhecimentos do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo de Infeção.

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos foi criado pelo despacho n.º 2902/2013 de 22 de Fevereiro, que se tornou um programa nacional prioritário devido ao aumento da prevalência de infeções e de resistências microbianas no nosso país.

O enfermeiro especialista deve ainda ser capaz de diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção, estabelecer as estratégias proativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção do serviço e atualizar o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção do Serviço com base na evidência.

Este estágio permitiu-lhe efetuar uma leitura mais cuidada das normas de Controlo de Infeção em vigor. Teve oportunidade de as discutir de forma crítica e construtiva com a enfermeira tutora e com a enfermeira delegada local destacada para a Comissão de Controlo de Infeção. Em plena pandemia tornou-se uma matéria ainda mais sensível e que foi o centro de algumas palestras às quais teve o privilégio de assistir.

Numa perspectiva mais ampla, o enfermeiro especialista deve liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

Todos os procedimentos da prática clínica têm risco potencial de infeção, desde a cateterização venosa

periférica e central, a cateterização arterial, a algaliação, a entubação nasogástrica, a entubação orotraqueal, a punção lombar, a colocação de drenos torácicos, entre outros. É fundamental que o enfermeiro especialista mantenha uma postura crítica/reflexiva, ética e responsável, admitindo os erros e limitações pessoais, construindo, desta forma, a base para uma melhoria constante da sua prática e dos protocolos já estabelecidos.

Nesta competência, o enfermeiro especialista deve demonstrar conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo da infeção, demonstrando segurança nas indicações que transmite e, em caso de desconhecimento ou dúvida em algum procedimento, solicitar pareceres à Comissão de Controlo de Infeção. Deve, ainda, estabelecer os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica. Neste capítulo, a estrutura física do local onde estagiou contempla um quarto de isolamento com pressões negativas, favorecendo uma prática focada na prevenção de transmissão de microrganismos.

O enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica deve fazer cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção. O facto deste estágio ter decorrido em plena pandemia COVID19, em que eram emitidas, constantemente, novas normas pela Comissão de Controlo de Infeção, veio contribuir para fomentar o espírito crítico/reflexivo também neste âmbito, quer através de conversas com a enfermeira tutora, como com os restantes colegas.

Por último, o enfermeiro especialista deve monitorizar, registar e avaliar as medidas de prevenção e controlo de infeção implementadas para que possa utilizar os dados da avaliação no enriquecimento da prática em enfermagem.

Depois de refletir sobre esta prática clínica e sobre as competências do enfermeiro especialista, pode afirmar que desenvolveu todas as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. No entanto, este estágio marca unicamente o início da caminhada. A cada intervenção que realiza deve ter presente todas estas competências para que, tendo noção das suas limitações, possa dar o seu modesto contributo à promoção do bem estar e para a maximização dos ganhos em saúde.

PARTE II – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

2 SISTEMAS DE TRIAGEM – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Num estudo de investigação é fundamental a elaboração de um enquadramento conceptual que permita estabelecer a ligação entre o que já é conhecimento e o que é objeto de investigação. Este enquadramento é constituído por conceitos, definições e enunciados de relações que proporcionem um quadro de raciocínio coerente e que fundamenta o problema de investigação. Permitirá, assim, reunir os conceitos pertinentes, de forma a descrever ou caraterizar o fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

A palavra triagem, relacionada com a área da saúde, foi utilizada, pela primeira vez, no século XVIII nas guerras Napoleónicas, nas quais os soldados franceses separavam os militares feridos de acordo com os ferimentos que apresentavam, para que os mais graves fossem socorridos, primeiramente. No entanto, só na segunda metade do século XX, o conceito de triagem ganha visibilidade sendo, atualmente, um termo muito usado em saúde, nomeadamente em contexto de SU, onde os profissionais avaliam os utentes à sua chegada, promovendo um atendimento com base na ordem das suas reais necessidades clínicas.

Embora ainda sem recurso ao termo triagem, Florence Nightingale, na guerra da Crimeia (1854), fez uma separação dos doentes de acordo com a sua gravidade e as respetivas necessidades de tratamento (Vargas et al. 2007).

Cronin (2003) define triagem como um procedimento sistemático e dinâmico de tomada de decisão priorizando os cuidados de saúde a prestar.

Um ST tem como objetivo primário colocar o doente certo no local correto para a observação médica, sendo, desta forma, um meio facilitador da alocação dos recursos humanos adequados para dar resposta à situação de doença/lesão que o doente apresenta (Toni & McCallum, 2007).

Medeiros et al. (2011) referem que o termo triagem tem sido utilizado para descrever a situação na qual os profissionais de saúde têm de selecionar que doentes serão atendidos em primeiro lugar, reduzindo, dessa forma, o seu risco clínico, com recurso ao critério de gravidade, ou seja, o doente que tiver o quadro clínico mais grave e que necessite de um tratamento que não possa ser protelado, deverá ter prioridade sobre os restantes e ser atendido, em primeiro lugar. Um processo de triagem eficaz e eficiente deverá comportar a gestão dos recursos (humanos e materiais), promovendo uma maior satisfação das necessidades, colocando o utente no local e momento certos de forma a receber o nível adequado de cuidados (Sheehy, 2011).

Já para Borges (2012), um ST corresponde a uma forma metódica e organizada de se realizar triagem. São vários os ST que se foram desenvolvendo, cada um deles com as suas particularidades, mas com um objetivo

transversal a todos eles: apoiar o profissional de saúde no reconhecimento rápido dos doentes com doença e/ou lesão emergente e/ou urgente.

A universalidade, generalidade, gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação parcial/total nos medicamentos estão assegurados desde 1978 e foram consagrados com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979 (Lei nº 56/79). Uma gestão eficaz e eficiente dos recursos, de modo a proporcionar uma resposta de qualidade e atenta às necessidades crescentes da população, levou à aprovação de um novo estatuto do SNS, a Lei das Bases da Saúde (Lei nº 48/90), que reorganizou os cuidados de saúde.

Esta lei visava a coordenação dos cuidados a nível regional. No entanto, e mesmo com constantes tentativas de reorganização estrutural ao longo das últimas décadas, uma resposta qualificada e atempada a situações de lesão e de doença aguda, urgentes e emergentes, só se viria a conseguir com a criação dos SU's, na década de 90. Este é um marco histórico, unanimemente reconhecido como representando a mudança recente mais importante na estrutura dos hospitais e na prestação de cuidados de saúde na Europa (Totten & Bellou, 2013).

Na tentativa de manter uma trajetória crescente na promoção da equidade, da segurança, da qualidade e da racionalização na resposta a situações clínicas urgentes, o Ministério da Saúde foi introduzindo algumas reestruturações na rede dos SU, tais como:

- i) A categorização dos SU em níveis de diferenciação progressiva;
- ii) A criação de uma rede geoestratégica de referenciação de SU;
- iii) A integração do sistema do pré-hospitalar com a rede de referenciação dos SU;
- iv) A adoção de um sistema de triagem baseado em prioridades (STM).

Apesar da elaboração e implementação de todos estes planos estratégicos, manteve-se uma crescente procura dos SU nas últimas décadas, levando à sobrelotação dos mesmos.

Analisando os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), verifica-se que, em 2019, foram realizados 8,2 milhões de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais portugueses, mais 4,1% que no ano anterior e mais 8,7% que em 2009. Estes episódios de urgência foram, na sua grande maioria, devidos a doença (82,4%), sendo de salientar que em 10,4% dos casos os atendimentos nos serviços de urgência foram motivados por lesões provocadas por acidente (INE, 2021).

Este fenómeno de procura dos serviços de urgência, acima da sua capacidade de resposta, pode afetar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes e, conseqüentemente, a sua satisfação e a sua saúde. Importa, também, esclarecer que, dentro destes 8,2 milhões de episódios, estão incluídos utentes com vários

tipos de gravidade clínica. De destacar os doentes urgentes e emergentes: urgente é o que apresenta uma situação clínica com potencial de falência das funções vitais; emergente é aquele que apresenta uma situação clínica com risco instalado, ou iminente, de falência das funções vitais (Despacho nº 5414/2008 de 28 de fevereiro de 2008). Uma resposta atempada e eficiente aos doentes considerados não urgentes, por parte dos cuidados de saúde primários, iria diminuir consideravelmente o número de episódios de urgência, originando menores tempos de espera, permitindo libertar tempo e profissionais para aumentar a eficiência e eficácia no atendimento a situações mais graves.

Separar os casos urgentes e emergentes dos pouco urgentes e não urgentes foi uma das medidas de maior equidade adotada nos últimos tempos no acesso aos SU dos hospitais portugueses.

Existem situações urgentes que impõem uma identificação precoce e o encaminhamento correto em tempo útil, cuja abordagem imediata exige protocolos de atuação e formação do pessoal que permitam, por meios objetivos, eficazes e eficientes, o apoio à decisão clínica em ambiente de urgência e a definição do papel de cada um na solução expedita de cada caso (Amaral, 2017).

Também Murrell et al. (2011) referem que a pressão a que os SU estão sujeitos, devido à sua sobrelotação, é um fator que leva à insatisfação dos utentes, agravando os tempos de espera e, por vezes, o abandono do serviço sem atendimento. Esta procura excessiva poderia ser reduzida significativamente se existisse uma rede de cuidados de saúde primários, devidamente estruturada, que desse resposta, de forma atempada, a situações de menor gravidade; nomeadamente, a patologias crónicas e a consultas de rotina, aliviando os SU, com redução dos tempos de espera, dos abandonos e, conseqüentemente com acréscimo na eficiência do atendimento a situações mais graves.

Coster et al. (2017) identificaram seis razões que estão na base da procura dos SU por parte dos utentes: i) acesso limitado ou pouca confiança nos cuidados de saúde primários; ii) conveniência; iii) influência dos amigos ou família; iv) autoavaliação da gravidade da doença; v) fatores pessoais e perceção de que o hospital dispõe de todos os meios complementares de diagnóstico; vi) terapêutica necessária para dar resposta a toda e qualquer situação de doença.

Um Sistema de Triagem deverá ser capaz de englobar, na sua conceção, destreza para realizar rápidas observações dos utentes, recolhendo toda a informação pertinente do seu estado de saúde (Gomes, 2008).

Perante este quadro de desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades dos utentes, emerge a necessidade de se estabelecerem prioridades (DGS, 2004) e de, ao mesmo tempo, se implementarem políticas de justiça equitativa (DGS, 2011). Para que a atividade num SU se desenvolva de forma eficaz, é

fundamental a existência de uma triagem inicial que, de uma forma objetiva, reproduzível e passível de auditoria, tenha em consideração a condição clínica dos doentes (GPT, 2010).

O desenvolvimento dos ST emerge da interação dos mesmos com o contexto/ambiente, que em constante mudança atribui novas necessidades aos utentes. Para que os SU respondam de forma cada vez mais adequada às necessidades dos utentes que procuram o seu atendimento, os profissionais de saúde e os gestores têm necessidade de adequar os ST às novas realidades. Como resultado do desenvolvimento dos ST e da sua adequação às diferentes realidades foram aparecendo novos ST. A implementação de ST facilita e incentiva o fluxo de encaminhamento de doentes pós triagem.

Os ST são uma realidade presente em países como Portugal, Reino Unido, Espanha, Austrália, Nova Zelândia, Estados Unidos da América e Canadá.

Entre os sistemas de triagem mais utilizados no mundo destacam-se quatro: Australian Triage Scale, Emergency Severity Index, Canadian Emergency Department Acuity Scale e o Sistema de Triagem de Manchester. Seguidamente será feita uma descrição sucinta dos três primeiros sistemas de triagem, sendo que, posteriormente, será abordado de forma mais exaustiva o Sistema de Triagem de Manchester.

2.1 Escala Australiana – Australian Triage Scale (ATS)

Em meados dos anos 70, na Austrália, desenvolveu-se uma escala de 5 níveis, baseada em 5 prioridades/cor e em tempo alvo. Na década de 90 foi modificada e, no início deste século, passou a chamar-se ATS. Está dividida em cinco categorias de urgência, cada uma está associada a uma cor que corresponde a um tempo de espera recomendado para o atendimento médico. A cada categoria corresponde uma série de descritores clínicos, desde sintomas a parâmetros clínicos e comportamentais (Coutinho et al., 2012).

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

O protocolo prevê a possibilidade de o doente ser constantemente avaliado enquanto aguarda por tratamento ou caso surjam dados relevantes que evidenciem mudança de categoria (Medeiros et al., 2011).

2.2 Índice de Severidade de Emergência – Emergency Severity Index (ESI)

Trata-se de um ST, desenvolvido nos Estados Unidos, que classifica o doente em cinco categorias usando como critérios: a estabilidade de sinais vitais, o grau de sofrimento, a necessidade de utilização de recursos e o tempo de cuidados. Utiliza um algoritmo focado na necessidade de recursos para o atendimento. Esta triagem deve ser feita por um enfermeiro com experiência comprovada em unidades de urgência (Medeiros et al., 2011). A ESI contempla um algoritmo de cinco níveis de gravidade que vai de 1 a 5, de acordo com a gravidade, sendo o 1 aquele que corresponde a maior gravidade.

2.3 Escala Canadense de Triagem – Canadian Emergency Department Acuity Scale (CTAS)

Este ST surgiu em 1997, no Canadá, e baseou-se na escala australiana. A CTAS apresenta uma descrição mais completa dos sinais e sintomas a serem averiguados em cada nível de classificação. Também prevê um tempo máximo de espera para atendimento médico em cada nível de classificação que varia de avaliação imediata, para o nível 1, até 120 minutos para aqueles que são classificados como nível 5 (Medeiros et al., 2011). Cada nível de classificação contém uma explicação e são descritas situações clínicas que poderão ser observadas. São estabelecidos alguns parâmetros a serem avaliados na triagem: queixa principal, dados subjetivos (descrição da dor, história prévia do problema) e objetivos (sinais vitais, alergias e medicação). O objetivo deste ST é garantir o acesso dos utilizadores, padronizar as informações produzidas e gerir os recursos disponíveis (Medeiros et al., 2011).

2.4 Sistema de Triagem de Manchester (STM)

O STM é um método de triagem que permite a gestão do risco clínico de forma a organizar, com segurança, o fluxo de doentes, quando a procura e as necessidades excedem os recursos disponíveis. A sua origem remonta ao ano de 1997 e ao hospital de Manchester. Desde então, este sistema tem sido implementado em diversos países na Europa, em Hong Kong, no Japão, em Angola e no Brasil.

Em Portugal, o sistema de triagem adotado foi o STM que começou a ser utilizado no ano 2000. O Grupo Português de Triagem (GPT) ficou responsável pela implementação e monitorização do STM nos SU. Quando

o primeiro Grupo de Triagem de Manchester foi constituído faziam parte dele médicos e enfermeiros de várias áreas, incluindo especialistas em emergência médica.

Com o Despacho n.19 124/2005, de 17 de agosto, o Ministério da Saúde declarou a obrigatoriedade da implementação do PTM em todos os SU do Serviço Nacional de Saúde, com vista a garantir ao utente cuidados mais adequados e de maior qualidade assegurando uma maior prioridade às situações mais graves. A TM torna-se, desta forma, um importante instrumento que prioriza o acesso dos utentes aos cuidados, de acordo com a urgência clínica de atendimento para cada caso.

Na segunda versão deste protocolo, publicada em 2006, mantêm-se intactos os princípios básicos que estão implícitos na TM - o reconhecimento da queixa que motivou a ida ao SU, a identificação do fluxograma e de um discriminador e a atribuição de uma prioridade; no entanto, foram efetuadas algumas alterações. Estas alterações resultaram de alertas que foram sendo sugeridos pelos utilizadores durante vários anos de prática (Grupo Português de Triagem (GPT), 2010). Foram retirados alguns fluxogramas, assim como alguns discriminadores e introduzidos outros. Também foram introduzidas alterações orientadas para novas práticas, como as técnicas de revascularização, para doentes que sofreram um acidente vascular cerebral ou enfarte agudo do miocárdio, dando ênfase à inclusão dos utentes nas respetivas vias verdes. Esta nova edição procura colocar a triagem no alinhamento das alterações que estão a acontecer, em muitos sistemas de cuidados de urgência, em todo o mundo (GPT, 2010).

Sendo a atribuição de uma prioridade aos utentes que recorrem ao SU uma matéria de relevância, é fundamental que seja objetivada e validada.

São vários os estudos que tentam avaliar a qualidade do STM:

1. Cooke e Jinks (1999) realizaram um dos primeiros estudos visando a aplicação do STM a doentes em estado crítico, para verificar se havia triagens abaixo do suposto nível de prioridade, concluindo que o sistema é altamente sensível na identificação deste tipo de doentes;
2. Speake et al. (2003) calcularam uma sensibilidade de 86,8% e uma especificidade de 72,4% do STM na deteção de doentes de alto risco com dor torácica. A sensibilidade é a proporção de positivos entre todos os que deveriam ser positivos, enquanto a especificidade é a proporção de negativos entre todos os que deveriam ser negativos;
3. Wright, Hogg e Mackway-Jones (2005) verificaram que o STM possui uma sensibilidade de 69,2% e uma especificidade de 92,7% no reconhecimento de dor pleurítica;

4. Van der Wulp, Schrijvers e Van Stell (2009), após um estudo retrospectivo a 34.258 doentes em quatro serviços de urgência (SU), constataram que 96,6% dos pacientes que morreram lhes tinha sido atribuída a prioridade emergente ou muito urgente;
5. Martins, Cuña e Freitas (2009) realizaram uma análise retrospectiva a uma base de dados com 321.539 registos de doentes e concluíram que, para além da sua utilidade imediata como mecanismo de priorização dos utentes, o STM é uma ferramenta poderosa para distinguir entre utentes com baixo e alto risco clínico a curto prazo, bem como aqueles que irão permanecer no hospital por pelo menos 24 horas e aqueles que terão alta naquele episódio de urgência.
6. Pinto (2010) avaliou a sensibilidade do STM para a atribuição de prioridade aos doentes com síndrome coronário agudo. O STM apresentou uma alta sensibilidade para atribuição de níveis altos de urgência a doentes realmente graves;
7. Coutinho et al. (2012), num estudo sobre avaliação da validade do STM, concluíram que este já possui produção científica que o caracteriza como válido e confiável, podendo ser usado em serviços de emergência com segurança;
8. Freitas (2014), num estudo em que analisou as dificuldades percebidas pelos enfermeiros que fazem TM nos SU e o seu grau de satisfação, concluiu que os enfermeiros, globalmente, estão satisfeitos com o seu desempenho e com as condições existentes, no desenvolvimento da sua atividade como triadores, nomeadamente em relação à oportunidade de contactar com doentes com diferentes queixas e pelo facto de serem autónomos na tomada de decisão, no momento de triagem. Este estudo demonstra, ainda, que são os enfermeiros especialistas aqueles que demonstram um maior grau de satisfação no posto de trabalho da triagem e, também, são os que identificam mais dificuldades, comparativamente com a categoria de enfermeiro;
9. Azeredo et al. (2014) referem que o STM, para além de priorizar os doentes que recorrem ao SU também possibilita prever a evolução dos doentes enquanto permanecem em observação na urgência;
10. Souza et al. (2015) reconheceram, também, que o STM é um instrumento que possibilita a identificação dos doentes que necessitam de uma observação prioritária relativamente aos demais, reconhecendo precocemente os doentes que apresentam uma evolução clínica com mais complicações e, conseqüentemente, com maior risco de morte;
11. Amaral (2017), num estudo sobre qualidade da TM e fatores que a influenciam, concluiu que a principal não conformidade é a seleção incorreta do discriminador com alteração da prioridade,

seguido da incorreta seleção do fluxograma. Os fatores que poderão influenciar a eficácia do enfermeiro na realização da TM são: a experiência profissional, a formação contínua, a prática clínica, o fluxo diário de doentes e o fluxo horário de doentes no SU;

12. Costa (2020) identifica os fatores que podem influenciar a atuação dos enfermeiros na realização da TM, nomeadamente: recursos humanos insuficientes em picos de afluência de utentes, experiência profissional (em doente crítico), estrutura física da sala de triagem, formação em TM, desinformação dos utentes/cuidadores sobre o STM, dificuldade na identificação das queixas dos utentes, realização de outras tarefas por parte do enfermeiro da triagem, pressão exercida pelos utentes/família e tempos de espera, quer para a triagem como para a consulta médica;
13. Cavaleiro (2021) estudou a prioridade atribuída pelo enfermeiro no STM aos utentes que recorrem ao SU e respetiva gravidade clínica e concluiu que, de forma global, há uma ligeira tendência de decréscimo dos indicadores de gravidade nas prioridades mais baixas, ou seja, nas prioridades com maior tempo alvo para a consulta médica.

A evidência de estudos científicos é essencial para auxiliar o enfermeiro na seleção das melhores práticas a serem materializadas nos cuidados. São o suporte que garante ao enfermeiro uma prática mais segura e ao utente a atribuição de um nível de gravidade que reflita o seu real estado de saúde. Face à problemática exposta anteriormente, torna-se pertinente investigar que fatores, na perspetiva dos enfermeiros, podem contribuir para o erro na atribuição da prioridade no STM.

A Triagem de Manchester (TM) permite ao profissional de saúde (enfermeiro ou médico), a atribuição, não de um diagnóstico, mas de uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. O seu objetivo é definir níveis de prioridade e identificar critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o correspondente tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica. Fica, assim, assegurado o funcionamento do serviço de urgência (SU), quer em situações normais, quer em situações de catástrofe (Amaral, 2017).

A prioridade clínica atribuída baseia-se em três grandes princípios: facilitar a gestão clínica do doente e do serviço, que se consegue se houver uma atribuição exata de uma prioridade clínica; nunca focar a atenção na formulação de diagnósticos; por fim, a prioridade deverá refletir um número de aspetos de uma condição particular apresentada pelo doente (sinais e sintomas, início e duração do quadro apresentado) (GPT, 2012).

As decisões, no ato da triagem, podem ser divididas da seguinte forma:

- a) Identificação do problema: baseada na recolha realizada de informação ao próprio utente/cuidador e/ou profissional de saúde (pré) hospitalar – para permitir identificar o fluxograma de apresentação relevante/mais adequado;
- b) Recolha e análise da informação: depois de selecionado o fluxograma, este facilita na avaliação rápida através da sugestão de perguntas estruturadas;
- c) Avaliação e seleção das alternativas: o fluxograma selecionado contém um quadro organizado para a estruturação do processo de raciocínio durante a triagem - os diversos fluxogramas auxiliam a tomada de decisão através da apresentação de uma estrutura;
- d) Implementação da alternativa selecionada (discriminador): a escolha selecionada está necessariamente dentro de umas das cinco categorias de triagem existentes (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) – cada uma das opções disponíveis para serem selecionadas (discriminadores) tem um nome e uma definição específica (essa definição particular está disponível para consulta). O triador seleciona a categoria (discriminador) que melhor se adapta à condição apresentada pelo doente no momento da triagem e faz o respetivo encaminhamento;
- e) Monitorização da alternativa selecionada e avaliação dos resultados: a triagem é um processo dinâmico e deverá responder às reais necessidades dos doentes, assim como às do serviço; o enfermeiro que realiza a triagem está habilitado para reconhecer como e quando chegaram ao resultado, o que facilita a reavaliação e posterior confirmação ou alteração da categoria; outro ponto muitíssimo importante é que todo o método pode ser auditado (Freitas, 2002).

Este ST seleciona os doentes com maior prioridade para reduzir o risco clínico e funciona sem fazer qualquer intenção de estabelecer um diagnóstico médico (Freitas, 2002).

O STM é composto por cinquenta e dois fluxogramas que abrangem os diferentes problemas apresentados pelos utentes, sete dos quais são específicos para crianças e dois dedicados a catástrofes.

Em 2006 foi publicada uma versão melhorada da primeira edição (1997). As principais alterações estão relacionadas com alterações a nível dos fluxogramas e dos discriminadores, que passam a ser 195, em vez de 186. O déficit neurológico agudo é um dos discriminadores introduzidos nesta nova versão. A dor leve passa a ser denominada de dor recente e é incluída a régua da dor pediátrica. São, ainda, definidas as regras para efetuar a auditoria à TM (GPT, 2010).

As etapas do processo de triagem do STM incluem a verificação dos critérios de gravidade implícitos na queixa do utente. Desta forma, é necessário identificar a queixa principal do utente, selecionar o fluxograma

que melhor se adequa à queixa apresentada e, entre os discriminadores disponíveis para o fluxograma selecionado, escolher aquele que não se consegue negar, ou seja, perante as questões que são colocadas e dispostas por ordem decrescente de gravidade clínica (decrescente de prioridade de atendimento) e numa cadeia vertical, no sentido de cima para baixo, selecionar a primeira com resposta positiva. Assim entende-se que as primeiras questões correspondem a categorias de urgência mais elevada e que as seguintes correspondam a situações progressivamente menos graves, sendo desta forma, identificado o critério de gravidade do utente.

Cada fluxograma é composto por um conjunto de questões a ser colocado, constituindo os denominados discriminadores que permitem escalonar os doentes numa das cinco prioridades clínicas. Os discriminadores são classificados como gerais e específicos, sendo que os gerais são aplicáveis a todos os utentes, independentemente da situação apresentada e, como tal, estão presentes em todos os fluxogramas. Os discriminadores gerais são: o risco de vida, a dor, a hemorragia, o estado de consciência, a temperatura e início ou agravamento das queixas apresentadas. Os discriminadores específicos aplicam-se aos casos individuais ou a alguns tipos de apresentações e tendem a estar relacionados com características chave de condições específicas - exemplo: a dor aguda é um discriminador geral e a dor pleurítica é um discriminador específico (GPT, 2010).

A dor, instituída como 5º sinal vital pela DGS (DGS, 2003), é um parâmetro essencial no STM e deve ser sempre avaliado quanto à sua intensidade, localização, irradiação, periodicidade (tempo de evolução) e quanto à interferência nas atividades de vida diária do utente.

A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que motivam a procura dos utentes aos cuidados de saúde e que contempla aspetos subjetivos e complexos que envolvem tanto o doente como o profissional de saúde da triagem. A sua natureza multidimensional torna-a difícil de se avaliar e objetivar, sendo que as escalas de avaliação da dor são uma ferramenta que facilita ao enfermeiro triador a sua quantificação, respeitando a subjetividade da pessoa, pois só ela é capaz de descrever e avaliar com exatidão a sua própria dor (Carvalho, 2016). É fundamental que seja objetivamente mensurada para que a atribuição da prioridade ao utente seja correta, ou seja, respeite o risco clínico correspondente à dor apresentada na queixa.

A escala da dor da TM é numérica e visual e vai do zero (sem dor), ao dez (a pior dor de sempre). A cada número da escala corresponde uma classificação de dor e uma prioridade.

- Prioridade azul: dor ligeira e não recente, com início há mais de 7 dias – intensidade de um a quatro;
- Prioridade verde: dor ligeira e recente, com início até sete dias – intensidade de um a quatro;

- Prioridade amarela: dor moderada, independentemente do início da dor. Inclui a dor que interfere de forma evidente na realização das atividades de vida diária – intensidade cinco, seis ou sete;
- Prioridade laranja: dor severa – intensidade de oito a dez.

No caso específico da pediatria, o STM utiliza a escala numérica adaptada que incluiu um conjunto de imagens estilizadas do ursinho panda, de modo a permitir uma avaliação objetiva da dor nas crianças (GPT, 2010).

No entanto, o STM contempla algumas exceções. É o caso da dor precordial e da dor epigástrica que, independentemente da sua intensidade, é sempre classificada como muito urgente (cor laranja) e a dor pleurítica que, no mínimo, é classificada como urgente (amarela) (GPT 2010).

Está preconizado que a triagem seja efetuada num período de dois a cinco minutos. A prioridade clínica é decidida quando encontramos um discriminador cujo conteúdo é confirmado pela queixa apresentada pelo utente ou quando não podemos negar o que é afirmado nesse mesmo discriminador. (Silva, 2009).

O STM, tal como referimos anteriormente, é uma escala que contempla 5 níveis de prioridade/gravidade, desenvolvida por um grupo de especialistas de várias áreas em que a cada categoria é atribuído um número, um nome, uma cor e um tempo alvo para a primeira observação médica.

Quadro 1 - Categorias de prioridade do Sistema de Triagem de Manchester

	Grau de urgência	Cor	Tempo alvo em minutos
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240
6	-	Branco	-

Fonte: Adaptado de GPT (2010, p. 38)

No quadro 1, para além dos cinco níveis de prioridade de atendimento previstas no STM, colocamos uma sexta linha que faz referência à cor branca. Em Portugal verifica-se que os SU são, por vezes, uma porta de entrada administrativa de alguns doentes para a realização de atividades programadas, o que vem a agravar ainda mais a pressão sobre os SU. A cor branca corresponde a de situações clínicas, tais como:

- Doentes de outros hospitais que vêm realizar exames complementares de diagnóstico que não existem no hospital de origem;
- Doente chamado para terapêutica não programada (por exemplo, a administração de imunoglobulinas e corticoides);
- Doente admitido para o internamento (por exemplo a implantação de pacemaker definitivo) e que utiliza o posto administrativo da urgência para admissão (sendo que depois de dada entrada administrativa como episódio de urgência tem de ser triado);
- Doente referenciado pelo médico (por exemplo para reavaliação de uma observação anterior, remoção ou renovação de imobilizações) (Machado, 2008).

O GPT propôs ao Advanced Life Support Group (ALSP) uma cor que identificasse esses casos - cor branca. A cor branca não é classificável em termos de prioridade, nem tem previsto qualquer tempo alvo para o primeiro atendimento médico (GPT, 2010).

A atribuição da cor branca ao doente que recorre ao sistema de saúde através do SU permite identificar a dimensão do problema em cada serviço de forma a serem desenvolvidas e implementadas estratégias que promovam um acesso responsável aos recursos disponíveis. O GPT estabeleceu, em 2010, que a percentagem dos doentes triados como “branco” fosse menos que 5% da totalidade dos episódios de urgência (GPT, 2010).

O STM utiliza um método análogo através de uma abordagem algorítmica e é usado para estabelecer a prioridade clínica dos doentes tendo em conta a principal queixa que é apresentada pelo utente. Esta estrutura e a sua orientação para a tomada de decisão é um fator facilitador para os enfermeiros menos experientes que realizam triagem quando são confrontados com situações menos vulgares e em momentos mais stressantes (GPT, 2012).

Os quatro ST a que fazemos referência, no decorrer deste relatório de estágio, têm algumas características em comum, nomeadamente:

- Identificar e separar, de forma rápida e segura, o doente crítico que necessita de atendimento imediato, dos que podem aguardar com segurança o atendimento médico;
- Cinco níveis de urgência;
- Atribuição de níveis de urgência que vão do um (mais urgente) ao cinco (menos urgente);
- A dor como importante critério para avaliar a urgência de atendimento;
- Certificação da reavaliação periódica dos utentes;
- Cooperação com informações que ajudem a definir a complexidade do serviço e dos fluxos internos,

- Determinação do local mais adequado para o atendimento conforme a prioridade;
- A triagem realizada pelo enfermeiro (Coutinho et al., 2012).

A tomada de decisão é um componente essencial na prática de enfermagem, podendo dizer-se que assenta numa série de etapas para chegar a uma conclusão. Uma consistente avaliação clínica de um doente exige tanto de raciocínio como de intuição e estes deverão basear-se nas aptidões e conhecimentos profissionais (Amaral, 2017).

O enfermeiro, na triagem, deve estar capacitado para tomar decisões num ambiente adverso, como é o posto de triagem dos serviços de urgência, com restrições no acesso à informação relativa ao doente que está a triar. O rigor na tomada de decisão no processo de triagem reflete a qualidade dos serviços de urgência, o que foi impulsionando o desenvolvimento de sistemas de suporte à decisão do triador, contribuindo para a redução da incidência de erros, sendo recomendado a nível internacional a utilização de sistemas de triagem estruturados, sistemáticos e validados, como o STM (Costa, 2020). Como já mencionado anteriormente, foram vários os estudos que demonstraram a validade, a sensibilidade, a especificidade e a reprodutibilidade do PTM nos serviços de urgência.

A segurança do STM está diretamente relacionada com a aplicação disciplinada do algoritmo, segundo as indicações recomendadas pelo Grupo de Triagem de Manchester (GPT, 2012), de forma a garantir que, mesmo que seja escolhido um fluxograma alternativo, a decisão na atribuição da prioridade corresponda ao mesmo tempo alvo para observação. Também para garantir uniformização na utilização dos conceitos, entre os diversos técnicos, estes foram definidos de forma clara e precisa e estão disponíveis para consulta, quer na aplicação informática, quer no manual em formato de papel. Como refere o GPT, a TM contempla a possibilidade de retriagem do doente quando se verifica um agravamento do seu estado clínico, durante o tempo em que aguarda pela observação médica, devendo nestas situações ser retriado para uma prioridade superior à previamente atribuída.

2.4.1 Auditoria ao Sistema de Triagem de Manchester

A implementação de um Sistema de Triagem de Prioridades (STP) implica, muitas vezes, investimentos inerentes à reestruturação física e funcional dos respetivos SU, de forma a definir circuitos de gestão de doentes para que se possam cumprir os objetivos preconizados pelos protocolos neste domínio. Este método de STP, por si só, não garante o bom funcionamento dos serviços. Sem o referido investimento, os doentes nada beneficiarão com a implementação deste sistema (Silva, 2009).

No sentido de complementar a orientação e observação dos doentes no SU, o STM incluiu a possibilidade de encaminhamento dos doentes, com critérios positivos, para as técnicas de revascularização, no caso de acidente vascular cerebral ou no enfarte agudo do miocárdio, através das vias verdes.

A adoção do STM implica a realização de auditorias internas e externas, que conferem se os requisitos, atividades e os resultados referentes ao sistema estão implementados e são cumpridos. O STM é sujeito a auditorias internas e externas com regularidade - auditorias internas mensais, auditorias externas anuais. Estas ferramentas de avaliação são fundamentais para que seja validada a reprodutibilidade desde método de triagem entre os profissionais, individualmente, e nos serviços onde se encontra implementado (GPT, 2012).

As auditorias externas têm como objetivo verificar se a aplicação do STM está de acordo com o estipulado no contrato de implementação do ST, celebrado entre o GPT e a instituição de saúde, de forma a garantir a fiabilidade e reprodutibilidade do ST (GPT, 2012).

A auditoria interna é uma atividade independente, de garantia e de consultoria, destinada a acrescentar valor e a melhorar as operações de uma organização (GPT, 2012). O GPT define auditoria interna do STM como uma análise metódica e independente, realizada por auditores internos, com o objetivo de examinar se as atividades e resultados relativos ao Protocolo de Manchester cumprem os requisitos antecipadamente deliberados e se estes estão efetivamente implementados (GPT, 2012). A realização da auditoria interna avalia a qualidade da triagem (Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro).

O auditor interno, segundo o GPT, deve ser detentor do seguinte perfil:

- Possuir conhecimentos sobre o STM, tendo tido aproveitamento no curso de TM (GPT, 2012);
- Possuir formação específica em auditoria e ter frequentado, com aproveitamento, o Curso de Formação de Formadores e Auditores do STM;
- Possuir competências de comunicação e de relacionamento;
- Possuir habilidade de análise, síntese e tomada de decisão;
- Ser reconhecido como profissional competente e idóneo.

Com as auditorias internas o GPT pretende:

- Averiguar o cumprimento dos requisitos do STM;
- Cooperar para a garantia da qualidade dos cuidados prestados nos SU;
- Induzir a tomada de decisão visando o melhoramento do funcionamento da triagem;
- Transmitir credibilidade aos indicadores produzidos pelo sistema;
- Cumprir o protocolo tipo estabelecido entre o GPT e os hospitais aderentes ao sistema (GPT, 2012).

Na auditoria individual à TM o GPT recomenda que, mensalmente, sejam selecionados aleatoriamente cinco episódios de urgência por cada triador que são avaliados segundo os seguintes parâmetros:

- Documentação legível e registo apropriado;
- Seleção do fluxograma;
- Seleção do discriminador;
- Atribuição da prioridade.

Na auditoria interna, o pressuposto é obter uma avaliação individual dos elementos envolvidos, ou seja, dos enfermeiros triadores e, conseqüentemente, uma auditoria global do STM do SU que demonstre uma aferição igual ou superior a 80%. O erro em relação ao preconizado pode estar relacionado com documentação legível e registo apropriado, seleção do fluxograma, seleção do discriminador e atribuição da prioridade. Quando relacionado com a atribuição de prioridade ao doente, não deve ser atribuído uma categoria de prioridade inferior aquela que deveria ter, se corretamente triado (GPT, 2012).

As auditorias permitem classificar o STM naquela unidade. Assim, o atingimento de 80% de conformidade na auditoria é considerado bom, superior a 90 % é classificado como muito bom e superior a 95% excelente (GPT, 2012).

As auditorias internas efetuadas ao STM no HB revelaram que a taxa de conformidade em 2020 foi de 92% (HB, 2021), sendo o objetivo a atingir para este serviço de 95% de conformidade. Estas auditorias permitem identificar erros na atribuição da prioridade. Deste modo, importa perceber que fatores podem condicionar o erro.

3 METODOLOGIA

A elaboração de um plano ou desenho de investigação constitui uma estratégia e orientação geral do trabalho de forma a responder às questões levantadas pela problemática da investigação, direcionando o investigador para uma abordagem quantitativa ou qualitativa do seu estudo.

Segundo Fortin (2009), o desenho de investigação consiste num plano elaborado pelo investigador que lhe permita obter respostas válidas às questões de investigação ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, de forma a minimizar as fontes potenciais de erro que poderão influenciar os resultados do estudo.

Para Vilelas (2017), a metodologia de investigação está diretamente ligada à lógica interna do processo de investigação científica. Tem como finalidade determinar as regras de investigação e a prova das verdades científicas. Compreende o estudo dos meios através dos quais se entendem os fenómenos e se ordenam os conhecimentos.

3.1 Tipo de estudo

Os doentes iniciam o seu percurso no SU através da aplicação do STM, sendo classificados segundo o risco clínico inerente à sua condição de saúde. Como se trata de um processo dinâmico entre enfermeiro e utente/cuidador/profissionais de saúde, a sua realização pode ser influenciada pelas características dos diversos atores e das suas experiências, pela afluência a estes serviços de saúde e respetiva capacidade de resposta, bem como, pelo ambiente em que a triagem se realiza.

O presente estudo visa a investigação de uma área em que existem ainda poucos estudos sobre o fenómeno, na tentativa de obter um maior conhecimento sobre o mesmo.

A seleção do método de investigação para aplicar na realização de um estudo é um momento fundamental e decisivo para que sejam atingidos os objetivos estabelecidos e para obter respostas às questões colocadas (Fortin, 2009). Assim, trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, na medida em que se pretende explorar e descrever, na perspetiva dos enfermeiros, os fatores que condicionam o erro na atribuição da prioridade do doente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester.

Na abordagem qualitativa de um fenómeno, o investigador observa, descreve e interpreta o fenómeno e o meio em que ele está inserido, no seu estado natural, sem intenção de interferir ou de o controlar. Ele centra a sua ação na compreensão absoluta e amplamente abrangente do fenómeno em estudo, priorizando a descrição e a interpretação. As intenções e situações são o objeto de estudo numa investigação qualitativa, isto é, procurar significados nas ações individuais e nas interações sociais com base na interpretação dos participantes face a um determinado fenómeno (Fortin, 2009).

A interpretação de um fenómeno e a tentativa de atribuição de significados são, segundo Vilelas (2017), princípios essenciais nos estudos qualitativos. Este género de investigação centra-se no modo como as pessoas interpretam as suas experiências e o mundo que as rodeia.

Os estudos que têm como objetivo geral explorar, visam uma maior familiarização com o problema identificando-o e, por conseguinte, tornando-o mais concreto e preciso. Já os estudos descritivos procuram conhecer as características de uma população/fenómeno específica(o) para aumentar os conhecimentos relativos ao problema identificado. Para tal, o investigador deve ser detentor de algum conhecimento prévio da(s) variável/variáveis que influenciam o problema. Um estudo descritivo permite que o investigador estude uma realidade tal como ela se apresenta no meio natural, com a finalidade de perceber fenómenos ainda mal explanados ou conceitos pouco estudados (Vilelas, 2017). Deste modo, definimos como objetivo geral:

- Explorar a perspetiva dos enfermeiros acerca dos fatores que condicionam o erro na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester.

Para o desenvolvimento do estudo traçamos também os seguintes objetivos específicos:

- Descrever quais são, na perspetiva dos enfermeiros, os fatores que condicionam o erro na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester;
- Identificar as principais dificuldades dos triadores na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester;
- Identificar quais são, na perspetiva dos enfermeiros, as possibilidades de melhoria na aplicação do STM.

3.2 População e amostra

A população é um conjunto de todos os elementos, ou seja, um todo que possui propriedades que se pretendem investigar, com características comuns num determinado espaço (Vilelas, 2017).

Neste estudo, a população corresponde a todos os enfermeiros em execução de funções que fazem TM, no serviço de urgência de um hospital.

A amostra é uma parte da população que representa a generalidade. Vilelas (2017) define-a como uma porção relativamente reduzida de unidades que obtém conclusões semelhantes àquelas que se obteriam se, eventualmente, fosse estudada a totalidade da população, ou seja, quando as unidades selecionadas para a amostra refletem o que ocorre na população.

Neste estudo, o método de amostragem é por conveniência; portanto, a amostra é acidental, comumente utilizada em estudos exploratórios, resultando as unidades escolhidas de circunstâncias ocasionais (Vilelas, 2017). Desta forma, a amostra deste estudo é constituída por enfermeiros em execução de funções no SU do Hospital de Braga (Entidade Pública Empresarial) que fazem TM.

Definimos como critérios de inclusão:

1. Enfermeiros com experiência profissional no serviço de urgência superior a três anos;
2. Enfermeiros com experiência em Triagem de Manchester superior a 1 ano;
3. Auditorias com aproveitamento igual ou superior a 80%, nos últimos 12 meses e de forma consecutiva.

Sendo o presente estudo do tipo qualitativo e, tratando-se de uma amostra não probabilística por conveniência, o tamanho da amostra foi determinado pela saturação dos dados recolhidos e foi alcançado ao fim de 12 entrevistas. Vilelas (2017) refere que a saturação dos dados recolhidos, geralmente, se obtém ao fim de 15 entrevistas, mas que isso depende, fundamentalmente, da isonomia da amostra. Durante o decorrer das entrevistas pode-se constatar que os enfermeiros entrevistados formavam um grupo muito homogéneo, o que explica ter-se alcançado a saturação de dados com 12 entrevistas.

3.3 Instrumento da recolha de dados

Uma escolha assertiva do(s) instrumento(s) de recolha de dados define a qualidade da direção da investigação e, por conseguinte, os seus resultados. Os recursos utilizados pelo investigador no processo de investigação, no sentido de conhecer os fenómenos e extrair deles informações, são os instrumentos de recolha de dados (Vilelas, 2017).

Para Fortin (2009), a escolha do método de colheita de dados mais adequado deve ser feita tendo em conta a questão de investigação, os objetivos e o tipo de estudo.

Tendo em conta que se optou por um estudo de abordagem qualitativa, a entrevista semiestruturada é o método mais adequado, dado ser uma forma específica de interação social. A principal vantagem da entrevista centra-se no facto de serem os próprios atores sociais quem proporciona os dados relativos às atitudes, expectativas, opiniões e desejos, os quais são impossíveis de serem observados de fora, pela sua natureza (Vilelas, 2017). Este tipo de instrumento de colheita de dados permite, no decorrer da interação entre o investigador e o entrevistado, esclarecer dúvidas e promove a possibilidade de incluir novos dados no decorrer da entrevista (Fortin, 1999).

Foi elaborado um guião de entrevista (Anexo II) para servir de orientação durante o decorrer da mesma, para que fossem abordados todos os temas que o investigador havia previsto de forma a obter os dados necessários para que os objetivos delineados fossem atingidos.

3.4 Tratamento dos dados

Atingida a saturação de dados, foi dado início à transcrição integral das entrevistas para a plataforma webQDA.

Com o objetivo de melhorar a eficácia e a eficiência na organização e tratamento dos dados, foi utilizada a ferramenta de análise de conteúdo suportada pelo software webQDA. Contudo, todo o processo de análise dos dados, propriamente dito, foi efetuado manualmente, ainda que se tivesse tratado de um processo mais moroso.

O tratamento e análise de dados na abordagem qualitativa incide, sobretudo, sobre a dinâmica social e holística, sem que haja controlo por parte do investigador, embora seja necessário uma especial sensibilidade, experiência e conhecimento. A análise de conteúdo para Bardin (2018) é “utilizada como um instrumento de diagnóstico, de modo que se possam levar a cabo inferências específicas ou interpretações” (Bardin, 2018, p.140). Já Vilelas (2017) afirma que a análise de conteúdo é o método mais utilizado no tratamento de dados nas investigações de abordagem qualitativa e implica o uso de técnicas de interpretação da comunicação com o objetivo de descrever o conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção destas mesmas mensagens.

A análise de conteúdo é um processo sistemático que obedece a um conjunto de quatro etapas cronológicas que Bardin define como: a organização da análise, a codificação (exploração do material), a categorização e a inferência (Bardin, 2018). Resumidamente, define-se cada uma das quatro etapas:

- i) A pré-análise centra-se em três pilares - a pré-análise propriamente dita, que corresponde à organização dos dados, a exploração do material com aplicação sistemática de operações de codificação, decomposição ou enumeração e, por fim, o tratamento dos resultados obtidos e respetiva interpretação.
- ii) A codificação, ou exploração do material, consiste na transformação dos dados em bruto e na sua agregação em unidades, subcategorias e categorias, permitindo uma representação do conteúdo e possibilitando uma descrição exata das características pertinentes desse conteúdo.
- iii) A categorização, considerada a fase mais problemática de todo o processo, mas ao mesmo tempo a mais criativa, corresponde a uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (Bardin, 2018, p. 145).
- iv) A inferência corresponde à dedução, de uma forma lógica, de conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio. Pela inferência pretende-se, de uma forma pragmática, explícita e controlada, passar da fase da descrição à fase da interpretação.

Seguindo esta linha de pensamento e asseguradas as premissas enumeradas, passamos para o tratamento do material recolhido, codificando-o, para desta forma permitir ao investigador “uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto” (Bardin, 2018 p. 129). Na concretização do processo de codificação baseamo-nos nos objetivos definidos para este estudo e que serviram de orientação na exploração do material recolhido.

O processo de codificação dos dados recolhidos, em categorias e subcategorias, deve respeitar seis princípios de qualidade, princípios esses que foram respeitados na íntegra na elaboração das mesmas, que passamos a enunciar e descrever em seguida: exclusão mútua, o conteúdo definido para cada categoria não se sobrepõe ao conteúdo definido para nenhuma das restantes; homogeneidade, usar o mesmo critério durante todo o processo de classificação e de categorização; pertinência, cada categoria justifica-se e adapta-se face ao material empírico e aos objetivos da investigação; objetividade e fidelidade, cada categoria deve traduzir o verdadeiro sentido dos dados recolhidos e ser definida da mesma forma por analistas diferentes; produtividade, cada categoria é passível de produzir resultados repletos em índices de inferências, em hipóteses novas e dados exatos (Bardin, 2018).

No capítulo seguinte, dedicado à análise e discussão dos resultados obtidos, estão discriminadas as áreas temáticas, as categorias e subcategorias que definimos para este estudo, bem como as respetivas unidades de significação.

3.5 Considerações éticas

Uma vez que a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, é fundamental que as considerações éticas estejam presentes desde o início do processo de investigação para que sejam preservados uma série de direitos e liberdades da pessoa, nomeadamente, os direitos à autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade, proteção contra o desconforto e o prejuízo bem como ao tratamento justo e equitativo (Vilelas, 2017). Segundo Fortin, “quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa” (Fortin, 2009, p.180).

Neste sentido, e de forma a garantir a proteção dos direitos humanos, seguiu-se o princípio legal fundamental do consentimento informado livre e esclarecido dos entrevistados. Foi efetuado o pedido de autorização à Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho, assim como ao Presidente do Conselho de Administração da instituição onde decorreu a pesquisa, à respetiva Comissão de Ética, Comissão de Proteção de Dados e à Direção do serviço em questão.

Os participantes deram o seu consentimento livre e esclarecido através da assinatura de um folheto informativo/declaração de consentimento informado, sendo, também, informados da possibilidade de se retirarem do estudo, em qualquer fase da realização do mesmo, se assim o entendessem.

Ainda neste âmbito ficou salvaguardado o anonimato dos enfermeiros envolvidos no estudo e o caráter confidencial das informações recolhidas. Estas são confidenciais e não serão utilizadas por terceiros. Para tal, foi criada uma matriz de correspondência (algarismo/entrevistado), cuja segurança de armazenamento foi da inteira responsabilidade do investigador.

A conservação e segurança dos dados é da responsabilidade do investigador. As entrevistas gravadas foram transcritas em 24 horas e apagadas em seguida. A sua leitura foi proporcionada aos entrevistados de forma a ser confirmada e validada a transcrição. Para se manterem os princípios mencionados anteriormente, especialmente o da confidencialidade, as entrevistas foram encriptadas de E1 a E12.

Os restantes dados pessoais recolhidos no âmbito deste estudo serão conservados até à publicação final dos seus resultados, não devendo ultrapassar o prazo de um ano:

- Os consentimentos informados (suporte de papel) serão destruídos por uma máquina de triturar papel.
- Os dados guardados em formato digital (matriz de correspondência e entrevista transcrita) serão eliminados, de forma definitiva, no prazo máximo de um ano.

O investigador compromete-se ainda a divulgar junto dos participantes os resultados obtidos no estudo, aquando da sua conclusão.

Concluimos, assim, que a postura do investigador foi pautada pelo respeito pela inclusão de informantes livres e esclarecidos, a proteção dos dados e a confidencialidade das informações pessoais prestadas, sendo respeitados todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo contempla a caracterização da nossa amostra. Assim, a amostra é constituída por doze enfermeiros do SU daquele hospital, sendo o género masculino representativo da maioria (n=8), tal como se pode constatar na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da amostra - fatores sociodemográficos

VARIÁVEIS	
Género	N
Masculino	8
Feminino	4
Idade (Anos)	
30-39	7
40-49	3
50-59	2
Formação Académica	
Licenciatura	12
Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica	12
Experiência Profissional (Anos)	
2-10	5
11-20	4
21-30	3
Experiência no SU (Anos)	
2-10	7
11-20	3
21-30	2
Experiência em Triagem de Manchester (Anos)	
2-10	6
11-20	4
21-30	2

Relativamente à idade, a maioria dos elementos que participou neste estudo tem idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos (n=7). Três elementos têm entre 40 e 49 anos e os restantes dois participantes têm entre 50 e 59 anos de idade.

No que concerne à formação académica, constata-se que todos os participantes neste estudo têm o grau académico de Licenciatura em Enfermagem e, ao mesmo tempo, detêm o título de especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No que diz respeito à experiência profissional, podemos verificar que quatro participantes têm entre 2 e 10 anos de experiência, cinco elementos têm entre 11 e 20 anos e os restantes três têm entre 21 e 30 anos de experiência profissional.

Relativamente à experiência naquele serviço de urgência, constatamos que sete dos participantes tem uma experiência profissional entre 2 e 10 anos, três elementos têm entre 11 e 20 anos de experiência e dois elementos têm entre 21 e 30.

Em relação à experiência em TM, metade dos elementos que participou no nosso estudo faz TM há mais de 11 anos. Os restantes têm entre 2 e 10 anos de experiência.

A análise dos dados obtidos através das entrevistas realizadas permitiu-nos identificar duas áreas temáticas distintas: fatores que condicionam o erro na realização da Triagem de Manchester (quadro 2) e sugestões de melhoria (quadro 3). De forma a facilitar a interpretação e a leitura da matriz de análise, foram elaborados dois quadros onde representamos as referidas áreas temáticas, assim como as respetivas categorias e subcategorias que emergiram da leitura atenta e da análise minuciosa dos dados recolhidos, de acordo com os pressupostos de Bardin (2018).

Quadro 2 - Área temática 1, categorias e subcategorias

ÁREA TEMÁTICA 1 - FATORES QUE CONDICIONAM O ERRO NA REALIZAÇÃO DA TRIAGEM DE MANCHESTER	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Fatores relacionados com os recursos	Recursos humanos
	Recursos materiais
Fatores relacionados com o enfermeiro	Experiência profissional/triagem
	Caraterísticas pessoais
Fatores relacionadas com o utente	Informação sobre STM/limitações na informação
	Stress provocado pelo utente/cuidador

Fatores relacionados com a organização e gestão do serviço	Tempos de espera
	Tarefas administrativas
	Encaminhamento após triagem
	Estrutura física da sala de triagem
	Ruídos durante o processo de triagem
	Pressões externas à triagem
Fatores relacionados com a atribuição da prioridade	Limitações do STM
	Condicionamentos do layout da aplicação do STM
	Dificuldade em objetivar as queixas dos utentes

Quadro 3 - Área temática 2, categorias e subcategorias

ÁREA TEMÁTICA 2 - SUGESTÕES DE MELHORIA	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Fatores relacionados com upgrades do STM	
Fatores relacionados com a formação contínua em TM	
Fatores relacionados com a organização e gestão do serviço	Recursos humanos e materiais
	Estrutura física da sala de triagem
	Circuitos alternativos

A apresentação, descrição, análise e discussão dos resultados foi efetuada por áreas temáticas, categorias e subcategorias que se encontram representadas/esquematizadas em quadros.

4.1 Área temática 1 - Fatores que condicionam o erro na realização da Triagem de Manchester

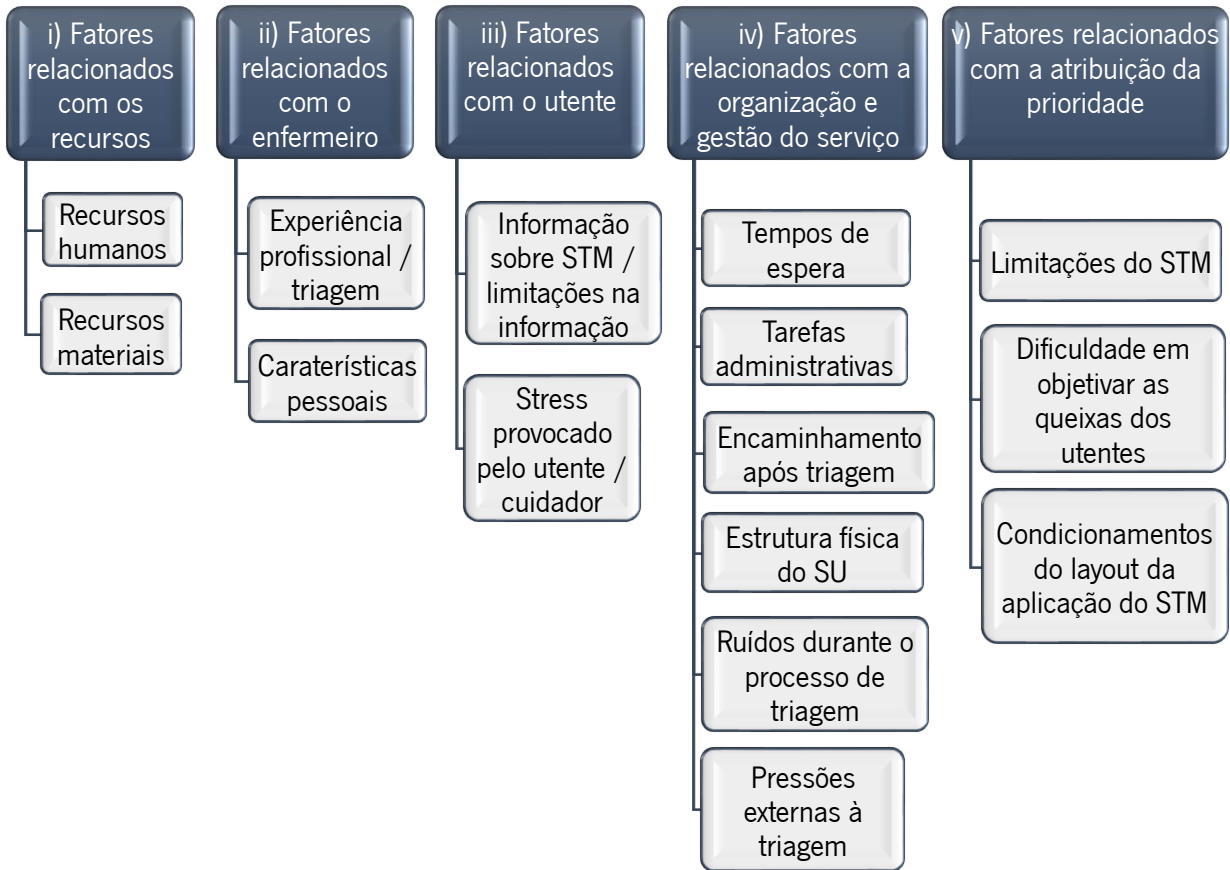
Nesta primeira área temática (figura 1) foram identificadas 5 categorias: designadamente: i) fatores relacionados com os recursos, ii) fatores relacionados com o Enfermeiro, iii) fatores relacionados com o utente, iv) fatores relacionados com a organização e gestão do serviço; v) fatores relacionados com a atribuição da prioridade.

Figura 1 - Fatores que condicionam o erro na realização da Triagem de Manchester – categorias



Para cada categoria apresentada foram identificadas diversas subcategorias que estão representadas no quadro 4. Seguidamente (figura 2), serão apresentadas e discutidas, isoladamente, cada uma das categorias, assim como as suas respetivas subcategorias.

Figura 2 - Fatores que condicionam o erro na realização da Triagem de Manchester – subcategorias



i) Fatores relacionados com os recursos

Como resultado da análise dos dados relativos à Área Temática 1 - Fatores que Condicionam a Realização da Triagem de Manchester, umas das categorias que emergiu foi a dos fatores relacionados com os recursos.

Os recursos disponíveis são limitados. Também Salgueiro (2019) partilha desta opinião, referindo que os utentes que recorrem ao SU e que, efetivamente, são casos emergentes e muito urgentes, embora atendidos prioritariamente, partilham recursos com outros casos não urgentes e que poderiam ser observados noutra valência menos diferenciada do SNS.

Dentro desta categoria identificamos duas subcategorias: recursos materiais e recursos humanos.

Figura 3 - Fatores relacionados com os recursos



Recursos humanos

O SU deve ser dotado de um número suficiente de profissionais que permita o seu normal funcionamento, de forma a garantir que os cuidados prestados aos doentes sejam seguros e de qualidade. Nos períodos de maior afluência de utentes e/ou com menos número de enfermeiros no posto de triagem, constata-se um aumento, por vezes, muito significativo dos tempos de espera para a triagem.

A este propósito o E09:01 refere que um dos fatores que condiciona o erro na triagem *“tem a ver com o tempo de permanência contínua do enfermeiro na triagem, ou seja, o que me parece é que ao fim de algum tempo estamos mais permeáveis ao erro. Triagens consecutivas fazem com que por vezes possamos estar mais permeáveis ao erro, ou seja, aumenta a probabilidade de errar numa triagem.”*. Outro expõe ainda que *“...o ratio de enfermeiros no posto de triagem fica muito abaixo das necessidades... andamos sempre no limite, e quando há alguma triagem que demora mais que o desejado, seja pelo que for... o tempo de espera aumenta, e depois... depois é o efeito de bola de neve, atraso gera pressão, pressão gera stress e o stress deixa-nos expostos a uma maior probabilidade de errar...”* E06:01.

Por sua vez, E08:02 refere *“... muitas vezes o enfermeiro está na triagem por um período superior a 6 horas consecutivas por turno ... por vezes, por escassez de enfermeiros habilitados a fazer triagem nesse turno, outras vezes por comodidade de alguns colegas ... acabam por permanecer mais tempo consecutivo na triagem do que seria desejado.... 12 horas de triagem é desgastante, o cansaço/satuação apoderam-se de*

nós, a capacidade de raciocínio e a clareza não se mantêm nos níveis desejáveis para estarmos em plenas condições para tomar decisões assertivas. Por vezes recorremos a um colega que nos substitua durante um curto período de tempo para fazermos um reset, principalmente nos dias de grande afluência ao SU... e o tempo de espera é elevado e são muitas as solicitações a que estamos sujeitos, muita pressão.”

O participante E05:01 menciona que são “(...) fatores precipitantes de stress, como por exemplo, número de triagens versus o número de triadores. Existem alguns períodos do dia em que o número de enfermeiros destacados para a triagem torna-se insuficiente para dar resposta à quantidade de utentes que recorrem ao serviço de urgência ao mesmo tempo.”, assim como o “Tempo de permanência do enfermeiro no posto da triagem ... com o decorrer do tempo vamos perdendo o discernimento, pelo stress inerente ao posto de trabalho.”, como nos refere E03:01.

O número insuficiente de assistentes operacionais foi também referido como insuficiente pois “Temos postos de triagem em número insuficiente para a afluência de utentes... e também sentimos que o número de assistentes operacionais é reduzido, pois têm de acompanhar utentes para consultas de especialidade fora do serviço de urgência, passar doentes de maca/deitar doentes e acompanhar à área de espera para a consulta (ex. UDC). E quando há emergências na sala (SE) então aí é que é o caos. Por vezes temos a triagem parada porque não há quem passe os doentes de maca e os encaminhe.” E02:01. Outro participante relata que “(...) porque estamos à espera do assistente operacional para orientar/ajudar o doente a ir para a respetiva sala de espera para a consulta médica.”. E08:01.

Relativamente à subcategoria recursos humanos, os enfermeiros entrevistados referiram que a falta de triadores é um fator determinante no que diz respeito ao desempenho assertivo dos enfermeiros no posto de triagem. Referem que existem duas salas de triagem em funcionamento permanente e um terceiro posto de triagem que só abre em situações de exceção (elevados tempos de espera). No entanto, esclarecem que nas pausas dos triadores para as refeições, na troca de posto de trabalho e nos períodos de maior afluência de utentes, por vezes, verifica-se que o número de enfermeiros triadores é manifestamente insuficiente.

Teixeira (2020) refere que a proficiência dos SU pode ser aperfeiçoada e que na génese dos fatores a melhorar estão questões de natureza multidimensional, que envolvem uma dinâmica complexa de processos, entre eles, os recursos humanos. Realça, ainda, que a alocação de recursos humanos pode e deve ser reajustada em momentos de picos de afluência aos SU. Também Van der Wulp et al. (2008) refere que o aumento da afluência aos SU tem implicações diretas no desempenho do enfermeiro triador, demonstrando que os recursos humanos devem ser adequados às necessidades de cuidados, priorizando as situações com risco clínico mais elevado.

Recursos materiais

Os recursos materiais tal como os recursos humanos são essenciais ao bom funcionamento do STM e contribuem ativamente para o atingimento dos objetivos relativos ao STM.

A falta destes recursos implica que os enfermeiros sejam obrigados a partilhar equipamentos entre os diferentes postos de triagem, o que potencia a ocorrência de complicações no processo de triagem e que podem culminar no erro na atribuição da prioridade ao utente. Referem que *“(...) o facto de existir uma impressora para dois postos de triagem e as etiquetas serem impressas no momento de fazer a ficha de admissão, e não no momento de chamar o utente para a triagem, condiciona muito a nossa atuação e aumenta a probabilidade de errar na identificação do doente ... o tempo que se gasta para corrigir a situação, aumenta o tempo de espera para a triagem, causa stress e condiciona o nosso desempenho nas triagens seguintes, e o erro na atribuição da prioridade está ali ao lado, à distância de um clique, sem dúvida que tudo isto potencia o erro.”*. E07:01.

Na mesma linha de pensamento, E04:01 salienta a falta de recursos materiais *“(...) o posto 3 não tem intercomunicador nem telefone, diria que não tem condições é usado como recurso, demasiadas vezes! É um posto improvisado.”*. Outra situação é referenciada pelo E12:01 *“É frequente a falta de material nos postos de triagem, principalmente termómetros ... temos de andar à procura das coisas.”*.

Os nossos entrevistados, identificaram diversos constrangimentos, como podemos constatar nos excertos das entrevistas. E02:02 refere que *“Outra dificuldade (que temos) é quando temos 3 postos de triagem abertos... o terceiro posto não tem condições físicas, não tem intercomunicador, nem telefone e, muitas vezes, até termómetro falta, será mais correto dizer que raramente tem. Basicamente não tem nada para além de computador e cadeira.”*; E11:01 - *“(...) até a qualidade das cadeiras não respeita a ergonomia, estão constantemente avariadas (o assento não fixa à altura adequada relativamente à secretária e/ou não está nivelado, apoio de braços estragado.”*; ainda, E12:02 salienta que *“Os problemas intrínsecos à estrutura física e a forma como o processo de triagem propriamente dito está organizado são, sem dúvida, fatores que promovem e facilitam o erro na atribuição da prioridade na triagem neste serviço de urgência. São inúmeros os aspetos que podia referir, desde logo o facto de a etiqueta de identificação do utente ser impressa por ordem do funcionário da secretaria no ato da admissão informática no serviço de urgência ... havendo utentes em espera para a triagem, as etiquetas desses mesmos utentes vão-se acumulando na impressora ... estes postos de triagem são demasiado permissivos ao erro.”*

Nesta subcategoria, os enfermeiros fazem referência à escassez de diversos materiais/equipamentos e afirmam que a falta destes condiciona, claramente, o seu desempenho na triagem.

Equipamentos como impressora, telefone, intercomunicador, máquina de glicemia capilar e termómetro, podem estar em falta ou nem sequer fazer parte da lista de materiais que compõem o posto de triagem, nomeadamente, no posto 3 de triagem que é colocado em funcionamento em situações excecionais (aumento da afluência ao SU).

Diogo (2007) afirma que a prestação de cuidados aos utentes urgentes e emergentes apenas é conseguida com recursos humanos, recursos materiais e equipamentos adequados às necessidades.

Também Toni e McCallum (2007) referem que um espaço adequado e equipado, um sistema de comunicação eficaz e o encaminhamento para a área de observação e tratamento são componentes essenciais para termos um sistema de triagem eficiente.

Uma gestão eficaz dos recursos materiais pode refletir-se na melhoria dos cuidados prestados aos utentes. A redução dos custos operacionais reforça a capacidade de aquisição de materiais e equipamentos que, em si, encerra um potencial de oportunidades para a melhoria da capacidade de resposta das instituições e que deverá culminar com um aumento da satisfação dos utentes que recorrem ao SU. (Moreira, 2010)

Tendo por objetivo a melhoria sustentada dos cuidados de saúde prestados à população, Marques (2010) realça a importância de uma gestão rigorosa dos recursos materiais de forma a fazer face ao envelhecimento da população, aos avanços da medicina e da tecnologia aplicada à saúde (técnicas e procedimentos inovadores).

ii) Fatores relacionados com o enfermeiro

Nesta categoria encontramos duas subcategorias: a experiência profissional/triagem e as características pessoais. Descrevem-se as narrativas dos enfermeiros triadores entrevistados que sustentam as subcategorias.

Figura 4 - Fatores relacionados com o enfermeiro



Experiência profissional/triagem

O GPT (2015) exige, pelo menos, seis meses de experiência profissional num SU para que o enfermeiro possa frequentar o curso de TM.

A equipa do SU que colaborou no nosso estudo é bastante experiente em TM e doente crítico, como podemos verificar pela análise da nossa amostra: dois terços dos elementos têm mais de 10 anos de experiência profissional, em 41% dos casos essa experiência é mesmo no SU; metade dos enfermeiros tem mais de 10 anos de experiência em TM e todos possuem o grau académico de Licenciatura em Enfermagem e a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O grupo de enfermeiros que participou nesta investigação dá ênfase à importância da experiência profissional como fator influenciador em todo o processo de triagem. Nesta subcategoria "Experiência Profissional/Triagem" apresentamos vários relatos dos enfermeiros triadores entrevistados. Deste modo, E05:02 considera que *"(...) um enfermeiro experiente deve ser capaz de ter a perceção dos casos que necessitam de um atendimento imediato ou mais urgente e, neste sentido, deve priorizar estes utentes de forma a serem atendidos mais rapidamente que os utentes que apresentam menor risco clínico."*; e E08:03 acrescenta *"Inevitavelmente, algumas experiências anteriores que nos tenham marcado acabam por também influenciar, porque nós temos a nossa "bagagem" e, em situações semelhantes, temos tendência a comparar ou a pensar que daquela vez aconteceu isto... desta maneira.... que o doente tinha, efetivamente, uma sintomatologia semelhante, acabando por lhe ser diagnosticado determinada patologia.... embora nos devamos distanciar dos diagnósticos clínicos que, por vezes, acabam por nos influenciar."*

Para o entrevistado E03:02 *"O facto de trabalhar com o doente crítico/emergente, em diferentes contextos (Sala de emergência, cuidados intermédios, SU e VMER), há alguns anos, permite-me ter uma atuação*

centrada no doente como um todo e perceber quais as disfunções que o doente pode vir a desenvolver no imediato de forma a priorizar a minha intervenção e tomar as decisões que nos permitam, em equipa, decidir melhor e mais rapidamente sobre aquele doente. Com as experiências acumuladas ao longo da nossa prática clínica, desenvolvidas num compromisso de atuação centrada na prática baseada na evidência, vamos desenvolvendo um conjunto de competências que, em determinado ponto do nosso desenvolvimento como pessoa e como enfermeiro, nos confere o estatuto de perito numa ou em várias áreas ... todo este conhecimento dá-nos uma base mais sustentada para a tomada de decisão no momento da triagem de um doente.”

Storm-Versloot et al. (2009) faz referência à importância do nível de adaptação ao STM e respetiva aplicação, assumindo que o nível de experiência dos enfermeiros que fazem triagem pode interferir com os resultados da classificação de prioridades.

O enfermeiro, para poder desempenhar de forma adequada a atribuição de uma prioridade clínica correta ao doente (num tempo limitado), deve ser dotado de competência, experiência, conhecimento e intuição.

A assertividade na triagem do doente que recorre ao SU é influenciada pela experiência do enfermeiro no SU e a sua experiência como triador. Deste modo, diz E10:01 que *“A experiência como enfermeiro e também a experiência específica como enfermeiro triador é um pilar essencial no desempenho das funções enquanto enfermeiro de triagem, porque é neste momento que é classificado cada doente mediante o risco clínico que apresenta nesse momento.”*

A especificidade da experiência em termos de cuidados de enfermagem a doentes que recorrem ao SU está positivamente relacionada com a eficácia da triagem(Duro & Lima, 2010).

Neste sentido, E08:04 refere *“(...) que a experiência enquanto enfermeiro de triagem, a perspicácia, o olho clínico, o sucesso na tomada de decisão, podem ser determinantes para uma correta triagem.”*. O entrevistado E06:02 considera, ainda, que *“(...) a experiência do enfermeiro e não só a experiência como profissional, mas também como enfermeiro de triagem, vai-nos dar alguma robustez na tomada de decisão. Uma tomada de decisão que nem sempre é fácil.”*

O E05:03 expõe que *“Nada tem a ver com o número total de anos de experiência, mas sim com a sua experiência em urgência e a sua experiência como triador ... para além da sua perspicácia para avaliar e decidir rapidamente a prioridade a atribuir a cada utente; por exemplo, um utente que se faça acompanhar de umas análises onde esteja identificado uma hipercalemia grave, embora o utente se possa apresentar ainda assintomático, a experiência e o conhecimento do enfermeiro triador deve ter em conta as potenciais complicações que podem surgir a qualquer momento e, se ele não cumprir critérios para que lhe seja*

atribuída uma prioridade mais urgente, pelo menos deve encaminhar este doente para uma sala em que fique vigiado. Muitas vezes, falamos deste e de outro tipo de doentes diretamente ao médico, para que a observação seja mais célere mesmo que a prioridade do STM não confira uma observação urgente. O STM não contempla alguns casos específicos.”

Da mesma forma, a falta de experiência como triador condiciona a triagem pois, como relata o E05:04 *“No sentido inverso, um enfermeiro com pouco tempo de experiência como triador tem tendência a hipervalorizar as queixas dos utentes, até para se resguardar um pouco ... inerente à sua insegurança, naturalmente, tende a atribuir prioridades mais elevadas (com menor tempo de espera recomendado), expondo o utente, aparentemente, a um risco clínico mais baixo enquanto aguarda pela consulta. No entanto, o que acontece é exatamente o contrário; está a aumentar o número de doentes e o tempo de espera em determinada prioridade em detrimento de outra, o que coloca uma parte dos doentes com um tempo de espera para a consulta acima do que seria expetável, se aquela triagem terminasse com a atribuição de uma prioridade inferior.”*

Também E07:02 descreve que *“Olhando para a minha história enquanto enfermeiro triador, tenho a perfeita noção das dificuldades nos primeiros tempos, da insegurança e do receio de não estar a ser congruente entre as diferentes triagens ao longo do turno ... estar a ser injusto com os doentes que já triámos, sujeitando-os a um tempo de espera superior ao que seria suposto, abrindo aqui ou ali uma janela para um risco desnecessário ... é de facto complicado, exigente e de muita responsabilidade.”*. E02:03 enuncia que *“O traquejo e a experiência em triagem não são um processo fácil de se adquirir e tenho noção que temos medo de «pecar» por defeito. O «excesso de zelo» é, claramente, confortável para os recém-chegados ao mundo da triagem.”*

É expectável que, quanto mais anos de experiência tiverem os enfermeiros a realizar triagem, mais elevados sejam os seus níveis de segurança. Acosta (2012) considera que os enfermeiros mais experientes transmitem confiança ao utente e aos pares, sendo, inclusivamente, procurados por estes para esclarecerem dúvidas pontuais. A este propósito, Fathoni et al. (2013) concluíram haver uma correlação significativamente positiva entre a eficácia na triagem e a experiência profissional.

Um enfermeiro experiente capaz de encaminhar um determinado utente para a área de observação correspondente à situação de saúde que motivou a sua ida ao SU para receber o nível adequado de cuidados, de acordo com o risco clínico atribuído pelo ST, promove e facilita uma otimização da gestão dos recursos adequados à satisfação das necessidades do utente do ponto de vista clínico (Pardey, 2007).

Farcic et al. (2020) fazem, também, referência ao papel determinante que a intuição assume no desenvolvimento do enfermeiro, característica que se desenvolve com o tempo e experiência e que facilita a dinâmica da prática baseada na evidência. Os enfermeiros com mais experiência são capazes de ter uma visão holística do utente, ou seja, a intuição baseada na experiência prévia, promove a tomada de decisão segura e eficaz. A experiência profissional tem um impacto positivo na tomada de decisão dos enfermeiros, sendo importante equilibrar as habilidades cognitivas e as habilidades mais práticas do contexto clínico. Este processo é complexo e deve aliar o conhecimento à experiência e à motivação num ambiente adequado, que facilite a tomada de decisões dos enfermeiros.

A experiência profissional dos enfermeiros, designadamente a experiência desenvolvida na prestação de cuidados ao utente emergente/urgente, bem como a sua formação profissional contínua na área do STM e as características pessoais do enfermeiro que estão associadas à segurança na tomada de decisão, constituem o conjunto de fatores que mais influenciam positivamente a atribuição da prioridade na TM (Costa, 2020).

O processo de triagem propriamente dito será tão mais eficiente quanto maior a experiência do enfermeiro de triagem, refletindo-se na redução do tempo de espera para a triagem e, conseqüentemente, para a diminuição do tempo de permanência no SU.

O grupo de enfermeiros que participou nesta investigação dá ênfase à importância da experiência profissional como fator influenciador em todo o processo de triagem. Pela análise dos resultados, a experiência do triador constitui um fator preponderante na salvaguarda do cumprimento integral das normas do protocolo TM e na eficácia da triagem. No entanto, a literatura não é consensual em relação à influência que a experiência profissional (incluindo a experiência como enfermeiro de triagem) tem na atribuição de uma prioridade no STM.

Os estudos de Silva (2009) e de Amaral (2017) referem que o sucesso STM não é consequência do nível de experiência/diferenciação do enfermeiro que realiza a triagem, mas sim da aplicação do algoritmo da TM de forma objetiva e disciplinada, de acordo com as regras e recomendações do Grupo de Triagem de Manchester.

Há, ainda, outros autores (Van der Wulp et al., 2008; Olofsson, et al., 2009; Grouse et al., 2009) que, nos seus estudos sobre a reprodutibilidade do STM, concluíram que a forma como este sistema de triagem está estruturado, organizado e orientado para a tomada de decisão, é um fator facilitador para os enfermeiros menos experientes, quando estes se deparam com situações menos frequentes, mais complexas e que desencadeiam stress.

Caraterísticas Pessoais

A experiência profissional num SU e as caraterísticas pessoais dos enfermeiros que fazem TM são fatores inevitavelmente indissociáveis a todo o processo de triagem, no qual assumem um papel preponderante.

Segundo o entrevistado E01:02 *“Um enfermeiro cujas caraterísticas pessoais sejam facilitadoras da tomada de decisão é, certamente, um enfermeiro com perfil para estar no posto de triagem. A assertividade e a capacidade de comunicar (recolha dirigida e sucinta da informação essencial para efetuar a triagem) são fundamentais para a aplicação do Protocolo de Triagem de Manchester.”* De igual modo, diz E04:02 que *“Alguém com experiência e segurança na sua prática clínica está certamente mais à vontade para executar a difícil tarefa de triar ... sim, porque fazer triagem exige concentração total e constante; uma pequena distração e podemos, por exemplo, estar a expor um doente a um risco clínico superior ao que ele efetivamente tinha, atribuindo-lhe uma cor com tempo de espera recomendado superior ao que, na realidade, lhe seria atribuído se a triagem tivesse sido efetuada seguindo o protocolo do STM sem desvios ou erros.”*

A experiência profissional influencia a tomada de decisão dos enfermeiros triadores, contribuindo para o desenvolvimento das habilidades cognitivas, da intuição, do pensamento crítico e da confiança na habilidade em decidir.

A sensibilidade, a observação e a experiência acumulada ao longo do tempo são determinantes no desenvolvimento da intuição. A tomada de decisão deve, neste sentido, ser um processo dinâmico, inspirado na prática baseada na evidência, procurando o enfermeiro de triagem ter conhecimentos técnicos e científicos para fundamentar a sua tomada de decisão.

O processo de tomada de decisão na triagem imputa responsabilidade e acarreta dificuldades acrescidas ao enfermeiro, uma vez que essa decisão pode influenciar direta e definitivamente a qualidade dos cuidados e a segurança do utente. As caraterísticas pessoais do triador, em particular, as habilidades de comunicação e a autoconfiança podem afetar o processo de triagem.

Relativamente às características pessoais, Azevedo (2021) destaca a importância das competências comunicativas do enfermeiro triador na gestão eficaz de conflitos durante o processo de triagem, quer pela pressão da sala de espera, quer pela discordância de alguns utentes/cuidadores relativamente à prioridade que lhes foi atribuída.

iii) Fatores relacionados com o utente

No discurso dos entrevistados encontramos, nesta categoria, as subcategorias: informação sobre STM/limitações na informação e stress provocado pelo utente/cuidador.

Figura 5 - Fatores relacionados com o utente



Informação sobre STM/limitações na informação

A colheita de informação no momento da triagem é de extrema importância para atribuição de uma prioridade. No entanto, são várias as razões que dificultam esta colheita de informação, o que pode ser demonstrado pelos relatos dos entrevistados. E08:05 refere que *“Demoramos a colher a história ... a própria informação que nos chega através do pré-hospitalar, por vezes, é escassa e pouco consistente; ou seja, quando temos um doente que não tem uma Escala de Coma de Glasgow de 15 e temos que recolher esta informação apenas com quem acompanha o doente – e, muitas vezes, o familiar não acompanha o doente (sobretudo nesta fase de pandemia, porque já sabem que não podem permanecer no interior do serviço de urgência) – ou então, quando a pessoa que presenciou o acontecimento não acompanha o doente e o que nós valorizamos é, efetivamente, a informação que nos chega através dos bombeiros que, por vezes, é escassa e que acaba também por influenciar a nossa tomada de decisão. Não determos todos os elementos essenciais relativos àquele evento, pode levar a uma atribuição de prioridade diferente do que se tivéssemos toda a informação do que realmente aconteceu.”* Outro entrevistado (E12:03) refere que *“A anamnese, na triagem, está muito condicionada por variados fatores. Desde logo, pelo tempo reduzido (recomendado pelo*

GPT 2-3 minutos) e pela dificuldade em obter a informação, quer por razões relacionadas com alteração do estado de consciência do doente ou cuidador, quer por questões relacionadas com o conhecimento prévio que as pessoas já têm de como funciona a triagem, referindo queixas inexistentes só para serem priorizados acima do que seria na realidade.”. Também E09:02 faz referência às dificuldades na colheita de dados para a triagem: “Verificamos limitações na comunicação (disartria ou afasia, crianças) que podem influenciar a interpretação das queixas e consequente atribuição da prioridade.”.

Acresce, ainda, o facto de alguns utentes, pela frequência com que vão ao SU, já terem conhecimento de que a atribuição da prioridade depende da história que contam. Tal facto pode ser constatado no relato de E10:02, que menciona *“A informação que nos é transmitida pelo utente/cuidador é condicionada, por exemplo, por experiências anteriores; ou seja, o doente que recorre várias vezes ao serviço de urgência começa a apreender quais as queixas que deve referir para que lhe seja atribuída uma prioridade com menor tempo de espera estimado.”*. E11:03 diz que *“há a percepção por parte do doente de que a prioridade que lhe é atribuída depende da mensagem/história que se transmite, conduzindo a que, por vezes, a informação saia deturpada.”* e, ainda, E09:02 *“no caso dos doentes crónicos, estes já sabem muito bem que queixa devem fazer na triagem para que lhes seja atribuída determinada prioridade.”*.

A recolha de informação no momento da triagem representa, no entender dos nossos entrevistados, uma dificuldade acrescida. Os entraves na recolha de informação estão relacionados com a falta do cuidador no momento da triagem, com a condição de saúde do utente (dificuldades em se expressar) e informação escassa e/ou incompleta e/ou distorcida transmitida pelos meios de socorro extra-hospitalares.

Por outro lado, alguns utentes/cuidadores sabem que queixas apresentar para serem atendidos mais rapidamente.

A percepção que os utentes e/ou cuidadores têm acerca do STM é, por vezes, incorreta e/ou limitada e demonstra que não conhecem a TM na sua essência, apenas parecem ter algumas noções de como o processo decorre. Dados do próprio GPT revelam que uma grande parte (80-90%) dos utentes que recorre aos SU é triado com prioridade urgente (amarelo) e pouco urgente (verde), sendo que os utentes pouco urgentes poderiam, hipoteticamente, ter recorrido aos cuidados de saúde primários. Esta afluência de utentes aos SU dos hospitais é explicada, em grande parte, pelo fácil acesso à administração de medicação e pela realização imediata de exames complementares de diagnóstico (Diogo, 2007).

A escassez de informação ou até a falta de qualquer *feedback* sobre a situação de saúde da pessoa utente, bem como a ausência de uma previsão estimada acerca do tempo de espera para a observação médica e/ou, ainda, os elevados tempos de espera, podem provocar angústia e ansiedade significativas no utente

e/ou cuidador que, por sua vez, podem desencadear inseguranças em relação aos profissionais de saúde, perturbando o desempenho dos mesmos (Storm-Versloot et al., 2014).

Pimentel et al. (2016) também corroboram estes resultados e identificam diversas razões que levam as pessoas que não necessitam de cuidados urgentes a recorrerem ao SU, contribuindo, desta forma, para um aumento progressivo da afluência aos SU, diminuindo a capacidade de resposta destes, gastando recursos desnecessários e aumentando o tempo médio de espera para a consulta médica, expondo desta forma os utentes a risco superior e desnecessário. Este fluxo anormal de utentes está diretamente relacionado com a falta de informação sobre a verdadeira função de um serviço de urgência, com a falta de confiança na capacidade de resolução do seu problema nos cuidados de saúde primários e com o elevado número de utentes encaminhados pelos Centros de Saúde e outros Hospitais.

A problemática da informação à população na área da saúde é controversa, nomeadamente por questões relacionadas com a literacia. No entanto, Botelho et al. (2019), num estudo que pretendia comparar a perceção e a real gravidade do estado de saúde do indivíduo e qual o seu impacto no uso inadequado dos SU, concluíram que mais e melhor informação à população, ao nível da saúde, contribui para que cada indivíduo tenha uma real perceção do seu estado de saúde e, conseqüentemente, resulte numa utilização mais correta dos SU. Os resultados mostraram que há uma superestimação do grau de gravidade de alguns quadros clínicos e, quando confrontados os utentes com a gravidade real dos seus sintomas, metade dos entrevistados teria recorrido a outros serviços de saúde, libertando desta forma os SU para os casos clínicos que verdadeiramente necessitam dos recursos que disponibilizam.

Stress provocado pelo utente/cuidador

O stress provocado pelos utentes e/ou cuidadores influencia negativamente o desempenho do enfermeiro na triagem. A pressão exercida pelo utente e/ou cuidador no sentido de ser atribuída uma prioridade mais elevada, muitas vezes, culmina em algum tipo de violência sobre o enfermeiro triador, principalmente verbal, condicionando a sua tomada de decisão.

Um dos entrevistados (E01:03) refere que *“é muitas vezes aqui que surgem conflitos entre o enfermeiro e o utente/família (...) e temos casos de violência verbal e mesmo de violência física.”*. Outro (E10:08) expõe, *“Os doentes, após a triagem, quando os tempos de espera são elevados, voltam ao posto de triagem para pedir explicações, pressionam e até exigem retriagem protagonizando, por vezes, cenas de agressividade verbal e/ou até física.”*. E05:12 constata que: *“os utentes com elevado tempo de espera após a triagem,*

regressam à triagem, não por ter havido um agravamento do seu estado clínico, mas para reclamar o tempo de espera excessivo.”.

Estas situações causam, no triador, stress, ansiedade e até medo, pois o tom ameaçador com que os utentes/cuidadores falam com o triador podem condicionar a triagem. Refere E08:06 que quando um utente/cuidador aborda o triador, *“por vezes com tom de ameaça, sentimo-nos intimidados, mesmo os mais experientes, com receio de retaliações face a alguma complicação inevitável e, no meio dessa insegurança que se apodera de nós, acabamos por ceder e atribuir uma prioridade superior ao que seria expectável. Considero que, quanto menor for a experiência e o “estofo” do enfermeiro triador, mais exposto se torna a este tipo de pressão relacionada com a personalidade do doente (como disse, muito frequente nos indivíduos de etnia cigana) e maior o risco de ceder.”.*

Para o entrevistado E03:04, a falta de segurança pode condicionar o desempenho do enfermeiro na triagem pois, *“por vezes, a segurança que está na porta desloca-se ao interior do SU e a porta da triagem, que ao mesmo tempo é porta de entrada para o SU, fica à mercê das pessoas que estão na sala de espera. Alguns doentes e/ou familiares, já depois da triagem, vêm reclamar e tirar satisfações com o enfermeiro da triagem. Muitas vezes como vítimas de agressividade verbal e até física.”.*

Vários autores fazem referência à violência verbal e física por parte dos utentes e/ou cuidadores dirigidas ao enfermeiro triador como um dos principais constrangimentos no desempenho do enfermeiro durante a triagem, por não estarem de acordo com a cor atribuída (Acosta et al. 2012; Costa, 2020). Também Ceballos et al. (2020), no estudo desenvolvido sobre a violência física e verbal contra enfermeiros que fazem triagem (características, fatores relacionados e consequências), concluíram que a violência em causa é influenciada por aspetos institucionais, profissionais e relacionados com os utentes/cuidadores.

iv) Fatores relacionados com a organização e gestão do serviço

Nesta categoria encontramos seis subcategorias: os tempos de espera, as pressões externas à triagem, os ruídos/interrupções durante a triagem, o encaminhamento após triagem, a estrutura física da sala de triagem e as tarefas administrativas.

Figura 6 - Fatores relacionados com a organização e gestão do serviço



Tempos de espera

O aumento sustentado do número de utentes que recorre ao SU leva a que os tempos de espera para o seu atendimento seja maior do que o que está preconizado. Refere E06:05 que: *“o elevado tempo de espera para a triagem também induz o erro na atribuição da prioridade. Um utente que já esteve uma hora à espera para a triagem já vem menos tolerante, mais impaciente e a hipervalorizar as queixas, causando stress e pressão no enfermeiro... o que pode levar a que seja atribuída uma cor «superior» à que seria atribuída numa situação em que o contexto fosse o recomendado/expectável.”*

O triador E06:04 realça que: *“sabemos que a sala de espera está cheia de doentes, que o tempo de espera para a triagem é muito elevado e podem estar na sala de espera utentes com necessidade urgente de atendimento. Até chegarem à triagem, os utentes estão expostos a um risco clínico não mensurado. Muitas vezes somos alertados, pelo segurança ou pelos cuidadores ou mesmo por outros utentes, da deterioração do estado de saúde dos utentes que ainda esperam para ir à triagem. Sem dúvida que isto nos afeta e, ao tentarmos ser mais rápidos a triar, vamos inevitavelmente estar mais expostos ao erro.”*

Para E07:04 *“outro fator é a pressão, principalmente quando os tempos de espera para a triagem são muito elevados, e queremos triar depressa, pois temos receio que o doente grave seja o último da fila.”* O mesmo

considera E05:06: *“o aumento de pessoas em lista de espera para triar torna-se num fator de stress. Esse stress está relacionado com o facto de poderem estar na sala de espera pessoas com situações potencialmente graves, que possam sofrer um atraso na identificação da sua situação e que, por isso mesmo, vão estar sujeitos a um maior risco de complicação, durante a espera para a triagem e, conseqüentemente, para a observação médica.”*

Também E03:05 refere que *“(…) quantos mais doentes estiverem a aguardar para serem triados, maior é a pressão a que estamos sujeitos para sermos mais rápidos a triar, porque não sabemos o tipo de patologia que têm os doentes que estão na sala de espera.”*

O elevado tempo de espera causa stress no triador podendo, por vezes, levar ao erro na triagem e, muitas vezes, sabendo este que o tempo de espera em determinada área (verde ou amarela) é elevado, acaba por influenciar a triagem em função desta espera. Em conformidade com o que está exposto, o triador E08:08 conta que *“o serviço pode estar bastante congestionado em determinada área, ou seja, a área verde está com muito tempo de espera e a área amarela não, ou então o inverso, e acabamos, de forma inconsciente, por ser influenciados por este facto, valorizando de alguma forma as queixas do utente e atribuindo uma prioridade amarela em vez de verde., ou então, desvalorizar as queixas e atribuir um verde em vez de um amarelo, porque sabemos que o doente vai acabar por ser observado mais rapidamente nessa área.”*

Também o entrevistado E05:07 é da mesma opinião ao mencionar que *“o tempo de espera aumentado pode induzir ao erro na atribuição da prioridade, pois pode levar a uma hipervalorização das queixas, por defesa do próprio enfermeiro e proteção do próprio doente e, culminar numa atribuição da prioridade superior àquela que de facto deveria ser.”*

Outro aspeto causador de stress que poderá condicionar o erro e que aumenta os tempos de espera tem a ver com as queixas inespecíficas que o utente apresenta. De igual modo, a demora em ser chamado para a consulta médica contribui para o aumento do tempo de espera e de insatisfação dos utentes/cuidadores. Assim, diz E01:04: *“o tempo limitado que eu tenho para fazer cada triagem e quanto mais inespecífica for a queixa do doente, mais vezes eu tenho de abordar o assunto para tentar encontrar a verdadeira queixa que traz aquele doente ao SU ... e tenho um tempo muito limitado porque tenho sempre utentes na sala à espera para a triagem. Este fator também me condiciona. A recomendação é que a triagem não ultrapasse os três minutos, mas em alguns casos não chega. Quanto mais tempo de espera, mais utentes na sala de espera, mais se sente a pressão. E na sala de espera está todo o tipo de doentes, por vezes alguns que realmente precisam de ser atendidos mais rapidamente, porque a sua situação de doença assim o exige. Imaginemos que temos tempos de espera de 50 minutos ou 1 hora desde que fazem a ficha de admissão para o SU até*

vir à triagem! Eu não sei que utentes estão lá fora «sala de espera». Isso acaba por me condicionar relativamente à minha prestação ... e, ao tentar ser mais rápido a triar, vou-me expor demasiado ao erro.”.

Relativamente ao atraso na chamada para a consulta, o enfermeiro E01:05 relata *“relativamente ao tempo de espera para a consulta médica, quando o tempo de espera é elevado, os doentes, frequentemente, voltam à triagem para questionar o tempo de espera para a consulta. Pretendem saber quantas pessoas ainda estão à frente delas. Os utentes/cuidadores tendem a ficar impacientes relativamente ao seu atendimento. Tanto os utentes como os seus cuidadores, muitas vezes, vêm reclamar com o profissional que fez a triagem relativamente à cor da pulseira que lhe foi atribuída e ao tempo de espera. Muitas vezes simulam as queixas, exageram, numa tentativa de lhe ser atribuída uma prioridade acima. Esse é um fator que também condiciona; muitas vezes, é um elemento que dificulta muito a tarefa de triar, interrompe e atrasa a triagem.”.*

Nas falas dos entrevistados constatamos que os enfermeiros triadores atribuem grande importância ao tempo de espera. É inevitável associar o tempo de espera ao nível de satisfação dos utentes/cuidadores, que acaba por causar pressão sobre os profissionais de saúde, nomeadamente, sobre o enfermeiro que está a triar. Silva (2012) constatou isso mesmo, concluindo que existe relação estatística significativa entre o tempo de espera e a satisfação dos utentes, sugerindo que, à medida que aumenta o tempo de espera, diminui a satisfação dos mesmos.

Pressões externas à triagem

Nesta subcategoria abordamos a pressão que é exercida sobre os enfermeiros durante a triagem dos utentes. Na TM os enfermeiros seguem algoritmos que vão determinar a prioridade. De acordo com essa prioridade e tendo em conta a causa que determinou a ida ao SU (causa médica ou traumatologia), é selecionada a área clínica para observação do utente (de acordo com o previamente determinado pela direção do serviço); contudo, nem sempre a equipa médica (responsável pela observação e seguimento do utente) ou mesmo outros enfermeiros (aos quais é atribuída a responsabilidade dos utentes para realização de MCDTS e vigilância) concordam com a triagem efetuada, exercendo pressão sobre os triadores.

Isto mesmo pode ser verificado no relato do entrevistado E07:06: *“A pressão também surge de dentro da urgência, quando temos vários profissionais a questionar as nossas decisões (principalmente médicos, mas também colegas) e a afirmar que estão erradas. Neste caso, sinto que os mais novos estão mais condicionados e, por vezes, tomam decisões baseadas nestes «palpites» que vão recebendo.”.* O triador E02:06 acrescenta: *“por outro lado, temos a pressão por parte das equipas médicas e diferentes*

especialidades que “massacram” os enfermeiros da triagem porque nunca aceitam as prioridades e os circuitos.”.

A pressão sentida pelos enfermeiros triadores e exercida pelos restantes profissionais para alterar o circuito ou a prioridade por via telefone ou presencial é causadora de grande stress. Tal facto pode-se verificar pelo relato de E01:05 referindo que *“outro fator que também, muitas vezes, condiciona o meu desempenho na triagem é a frequente interrupção por parte do pessoal administrativo, colegas e médicos. Estou-me a lembrar quando fazemos algum tipo de triagem que o médico está em desacordo e vem interpelar o enfermeiro no sentido de alterar a triagem, para que o doente seja encaminhado para outra área de atendimento ou mesmo para outra especialidade ou, simplesmente, para alterar a cor atribuída, normalmente, para alterar para uma cor com um tempo alvo superior. Esta também é uma situação que gera ali algum desconforto/conflito, perda de tempo e stress, porque, claro que queremos fazer o melhor possível, mas também não podemos ser condicionados a este ponto e, neste caso, para interesse do médico.”.*

Do mesmo modo, E05:08 expõe que *“o médico, por vezes, não concorda com o circuito ou com a triagem e liga ou vem ter com o enfermeiro apelando a que seja alterada a triagem ou a área para onde foi triado aquele doente.”.*

Diversos excertos das entrevistas fazem referência às pressões dos profissionais (entenda-se médicos e os próprios pares que estão destacados para outros postos de trabalho) sobre os enfermeiros triadores.

É frequente os médicos questionarem as triagens que acabaram de ser efetuadas. Este facto provoca, com certeza, um ambiente de tensão e insegurança nos enfermeiros triadores, criando um ambiente propício ao desenvolvimento de dificuldades no processo de triagem por parte do enfermeiro (Freitas, 2014).

Ruídos/interrupções durante o período de triagem

No serviço onde se realizou o estudo, a zona de triagem é uma área ampla, somente delimitada por cortinados, por onde passam cuidadores/visitas e profissionais de saúde. Os cuidadores acabam até por utilizar o posto de triagem como posto informativo, aproveitando para tirar dúvidas acerca dos seus familiares (estado de saúde, área onde permanecem, horários de visita). As interrupções quer dos cuidadores quer de outros profissionais da equipa são constantes e os ruídos interferem com a concentração de quem está a triar, podendo desencadear o erro.

Nesta subcategoria os ruídos e as interrupções que os enfermeiros da triagem relatam são de variada ordem. Para E08:11 *“o ruído que às vezes se faz sentir na zona da triagem, provocado por assistentes operacionais, médicos, enfermeiros, doentes ou cuidadores, interrompe frequentemente o momento da triagem. A porta de acesso à triagem é porta principal de acesso ao serviço de urgência e a única de acesso ao SU dos adultos e acaba por haver muita gente a entrar e sair enquanto nós estamos a realizar a triagem, ou seja, durante a triagem de um doente acaba por haver a passagem de pessoas «estranhas» àquela triagem, o que limita e condiciona muitas vezes o processo de triagem e pode influenciar a capacidade de raciocínio e concentração, conduzindo ao erro.”*

Em concordância com o anteriormente exposto também E08:12 relata que *“somos, inevitavelmente, interrompidos muitas vezes durante uma triagem e isso pode influenciar a tomada de decisão.”*

Outras narrativas confirmam estas interrupções tornando o processo de triagem stressante e desgastante, tal como pode ser verificado nos relatos dos triadores. E05:11 refere que: *“As constantes interrupções e a permeabilidade do posto de triagem em si. O funcionário da secretaria que, ao fazer a admissão, ouve parte da história e vem dizer ao enfermeiro da triagem para ter atenção àquele doente; o segurança, porque vê uma pessoa a sangrar e, no seu senso comum, já considera grave e vem alertar o enfermeiro; o auxiliar que vem a acompanhar utentes de outros serviços para OBS no SU e acha que não tem que estar à espera da sua vez e vem falar ao enfermeiro do doente que traz consigo.”*

Do mesmo modo, E05:08 acrescenta: *“o médico, por vezes, não concorda com o circuito, ou com a triagem e liga para o enfermeiro apelando a que seja alterada a triagem ou a área para onde foi triado aquele doente.”*

Para os enfermeiros triadores o telefone é também fonte de ruído, como podemos constatar na entrevista de E05:14: *“o telefone da triagem só deveria dar para efetuar chamadas, mas acaba por ser utilizado para fins que nada têm a ver com a triagem. Por exemplo, recebo por vezes chamadas da gastroenterologia e de otorrino para que o assistente operacional do SU vá lá buscar um doente para regressar ao SU ou para realizar exames, quando esse assistente operacional tem um telemóvel de serviço precisamente para esse tipo de contactos. Por vezes, o assistente operacional não atende o telefone no momento por estar a realizar outras tarefas (ex. passar um doente de maca). De notar que eles acumulam várias funções; outras vezes acaba por ser mais prático ligarem para a triagem, até porque acabamos sempre por atender. Mais uma vez, provocam nova interrupção, com tudo o que isso implica - perda de tempo, perda do raciocínio que estamos a elaborar para determinar qual o discriminador que mais se adequa às queixas que aquele doente nos apresenta.”*

Outra situação que interfere no processo de triagem é a transferência de utentes de outros hospitais. Deste modo, descreve E05:13: *“os utentes acompanhados com equipas médicas, transferidos de outros hospitais ... que vêm já com diagnóstico clínico, que vêm transferidos para especialidades que não existem nos hospitais de origem, doentes estáveis, acompanhados por colegas que até fazem triagem e que não respeitam a sua vez, entram para o hall da sala de triagem, interrompendo a triagem que está a ser efetuada naquele momento, ainda mesmo antes de estar efetivada a admissão do doente no nosso SU, ou seja, ainda nem é possível fazer aquela triagem.”*

As infinitas interrupções durante um turno de triagem levam a um cansaço não só físico, mas também intelectual. As entrevistas dos enfermeiros triadores confirmam este desgaste físico e emocional: *“cabe ao enfermeiro esclarecer pontualmente as pessoas, explicando de forma muito superficial como funciona o sistema de triagem. Mas tudo isto demora tempo, consome energia, conduz ao cansaço físico e intelectual e culmina no aumento do stress. O tempo de espera para a triagem continua a aumentar e as pessoas continuam a acumular-se na sala de espera.”* – diz E05:22; *“(...) inúmeras solicitações (...) estás a triar um doente e depois vem alguém pedir para tu triares um doente que veio das consultas porque se sentiu mal enquanto aguardava a consulta ou realizava algum exame e foi enviado para o serviço de urgência. Ao mesmo tempo vem também o porteiro dizer que está um doente na sala de espera com uma hemorragia, ou seja, mais que uma solicitação durante uma triagem e isso acontece com frequência.”* – reporta E08:13.

Num SU de um hospital desta grandeza existe sempre ruído perturbador associado ao frenesim inerente ao seu funcionamento. A confirmar esta ideia temos o testemunho do enfermeiro E07:08 que diz *“o próprio ruído provocado, por ser uma zona muito movimentada, não me permite, por vezes, ouvir o utente falar - inclusive quando a sala de emergência está com doentes. Neste momento, as presenças de doentes do foro respiratório no espaço por detrás da triagem agravam estes problemas”*, e ainda, *“o ruído da impressora de etiquetas de identificação dos doentes que, ao fim de algum tempo de triagem, se torna irritante e cansativo e, ao mesmo tempo, é fator desencadeante de stress. Por exemplo, enquanto estamos a triar um doente estão a ser impressas duas ou três etiquetas de doentes que acabaram de fazer a sua admissão na secretaria do SU. É inevitável não ficar afetado pelo fato de sabermos que durante o tempo que estivemos a triar aquele doente passamos a ter mais uns quantos à nossa espera para a triagem e, é claro, que isto interfere com a nossa concentração e com a nossa capacidade de decidir corretamente”*, acrescenta E06:06.

Os eventos adversos são frequentemente associados ao erro humano. No entanto, no contexto específico de um SU, é necessário considerar as condições de trabalho como fatores desencadeantes de erros, nomeadamente: o elevado número de utentes e/ou cuidadores num espaço físico por vezes muito reduzido, a elevada carga de trabalho, as interrupções constantes das intervenções a realizar e a execução em

simultâneo de múltiplas tarefas, as quais se potenciam mutuamente, aumentando a complexidade do trabalho e o risco de emergirem eventos adversos (Silva et al., 2020).

Encaminhamento após triagem

A metodologia da TM tem como grande objetivo atribuir uma prioridade clínica, baseando esta decisão em três grandes princípios: i) facilitar a gestão clínica do utente e a gestão do SU (através de uma atribuição objetiva de uma prioridade clínica); ii) nunca pensar na elaboração de diagnósticos clínicos; iii) a prioridade a atribuir deverá refletir os aspetos de uma condição particular apresentada pelo utente no momento da triagem (GPT, 2010).

Após a triagem, os utentes são encaminhados para uma área onde vão aguardar pela observação médica. A gestão do encaminhamento dos utentes é independente e externa ao STM. É da responsabilidade da direção do SU a elaboração e gestão de todos os circuitos de utentes após a sua triagem. Contudo, o encaminhamento de utentes pode ser influenciado pela prioridade/cor atribuída.

A este propósito, E08:17 refere que, *“os próprios circuitos do utente, de forma indireta, podem interferir na prioridade atribuída, na medida em que se for atribuída uma determinada cor, em alguns fluxogramas, o utente pode ser observado em primeira instância, por uma especialidade e passo a concretizar: na dor abdominal, se a caracterizarmos como amarela, o utente é observado pela equipa de médicos residentes no SU, se for atribuída uma prioridade laranja, o utente já é encaminhado para observação pela Cirurgia Geral. De alguma maneira, esta organização dos utentes por diferentes circuitos pode influenciar, de forma involuntária ou não, na atribuição da prioridade. Ex. um utente com antecedentes de pancreatite com inúmeros internamentos em cirurgia, o enfermeiro pode ser levado a hipervalorizar a dor do utente, até porque sabe que o utente vai acabar por ser observado por cirurgia e, provavelmente, até acabará por ficar internado, facilitando, desta forma, a observação e orientação do utente.”*. O participante E05:16 é da mesma opinião que o anterior ao relatar que o circuito de utentes *“também está relacionado com a dificuldade na atribuição de prioridades. E exemplo disso é o fluxograma da dor abdominal, que pode ter um contexto cirúrgico ou médico, mas que neste SU é sempre abordado no contexto médico. Só será abordado no contexto cirúrgico caso a prioridade seja laranja ou vermelha. E na tentativa de agilizar a observação médica pelo especialista e/ou para o maior interesse do doente, podemos ser induzidos a atribuir uma prioridade laranja para que seja observado pela cirurgia geral. Foi um exemplo de como o circuito do doente pode levar a que sejamos tentados a alterar a prioridade a atribuir a um determinado doente.”*.

O aumento do número de utentes em determinada área de atendimento pode levar o triador a triar o utente para uma área menos congestionada. Deste modo, refere E01:06 que *“quando tomamos conhecimento que determinada área de atendimento está mais congestionada que outra, podemos ser levados a valorizar as queixas subjetivas do doente acabando por atribuir uma prioridade equivalente a um risco clínico superior.”*; e E09:06 acrescenta que *“numa tentativa de ir distribuindo os doentes pelas diferentes áreas de atendimento tendo em conta algum congestionamento, podemos claramente errar mais vezes.”*

Tendo em conta a gestão e organização do serviço, muitas vezes os circuitos dos utentes são alterados; no entanto, esta informação, por vezes, não se processa de forma célere. Diz E06:07 que *“as alterações aos circuitos dos doentes dentro do SU são quase diárias. Se, por algum motivo, não temos essa informação atualizada vamos estar a encaminhar os doentes para uma área errada o que leva a ter de voltar atrás, abrir a aplicação da TM do doente em causa e reencaminhar para a área/especialidade correta; tudo isto gera atrasos e aumenta o stress.”*. Também E11:07 considera que *“o processo de encaminhamento não é completamente estanque e, por isso mesmo, deixa lugar a diferentes interpretações. Tudo o que sejam fatores de distração, fazem aumentar a probabilidade de errar na triagem propriamente dita.”*

Os enfermeiros do SU que participaram neste estudo identificam alguns entraves ao seu desempenho no posto da triagem, designadamente, as constantes alterações que são efetuadas nos circuitos dos utentes, assim como as especificidades dos mesmos.

Estrutura física da sala de triagem

A Estrutura física da sala de triagem é fundamental, não só para a privacidade do utente, mas também para o bom desempenho do enfermeiro que faz triagem. Quando esta estrutura não é adequada à atividade que se realiza nesse espaço, passa a ser um fator de desconcentração, sendo uma barreira permeável às várias solicitações, levando ao aumento da probabilidade de erro. Assim, diz E09:03 que *“o espaço da triagem tem um ambiente não controlado. É um ambiente em que passam inúmeras pessoas a qualquer momento, que interrompem a triagem. É necessário um ambiente muito mais controlado, em que tivéssemos, efetivamente, uma observação do doente sem sermos interrompidos, sem aberturas de portas, ou seja, que o doente fosse recebido num espaço com condições de acolhimento que lhe conferisse conforto e privacidade, elementos fundamentais para que se sinta à vontade para expressar os motivos que o levaram a recorrer ao SU porque, muitas vezes, os doentes têm de falar de assuntos do foro íntimo num espaço aberto e exposto a quem passa.”*. Outro triador (E08:09) refere que *“o facto de não conseguirmos proporcionar privacidade ao utente*

durante a triagem pode ter influência quando, por exemplo, é necessário expor uma determinada área corporal para que consigamos avaliar aquilo que o doente nos diz e não é exequível, caso contrário, o doente ia expor-se a terceiros. Receio que isso, realmente, seja um entrave determinante para uma correta atribuição da prioridade ao utente, na medida em que não temos na nossa posse todos os dados para poder efetuar uma triagem que represente de forma genuína as reais queixas que levaram aquele utente ao SU.”.

Atendendo a que o processo de triagem é um ato complexo, a estrutura física da sala de triagem deve permitir que o triador não seja interrompido por qualquer situação. Contudo, considera E07:07 que *“a estrutura física da nossa triagem obriga a que todas as pessoas que entrem na urgência passem forçosamente pela triagem, sendo que o sistema de cortinas não é eficaz, não assegurando uma real privacidade da pessoa a ser triada, nem isolamento sonoro, nem visual. Da mesma forma, a parte por trás da triagem é uma zona aberta, onde circulam constantemente profissionais, o que, uma vez mais, não garante uma privacidade mínima ao utente.”.* Neste sentido, também o participante E04:06 relata que *“o espaço físico desta triagem é um fator de stress. Acabam por ficar no centro de quatro portas distintas, onde são utilizados esses corredores para diferentes acontecimentos que provocam mais uma distração/interrupção no triador, seja pela proximidade à sala de emergência, que acaba por ter também aspetos positivos, que não deixa de ser, também, um fator de distração. Seja pelo acesso ao posto administrativo, a proximidade à sala de espera (ruídos), a porta de entrada para a triagem serve, também, de entrada e saída de pessoas, utentes, acompanhantes e profissionais. E o que acaba por acontecer é que estas pessoas que utilizam estes corredores, muitas vezes vêm em conversa ou a discutir outros assuntos e introduzem aqui um ruído de fundo que é bastante desconfortável para quem está a efetuar a triagem.”.* Outro participante (E05:09) refere, ainda, que na sala de triagem existem *“falta de condições físicas do espaço da triagem; falta de privacidade e ausência de isolamento acústico.”.*

Muitos outros relatos dos entrevistados identificaram diversos aspetos relacionados com a estrutura física que influenciam a realização da triagem, nomeadamente a dificuldade em manter a privacidade dos utentes devido à localização e estrutura da zona onde a mesma é realizada. Questões como a área (quando se abre o terceiro posto de triagem, este é de dimensões reduzidas), a delimitação (por cortinados), a climatização (a baixa temperatura da sala quando se abre a porta que dá acesso à sala de espera) e a facilidade de acesso à área dedicada à triagem por parte de utentes e/ou cuidadores e profissionais de saúde, são alguns dos problemas identificados.

Tarefas administrativas

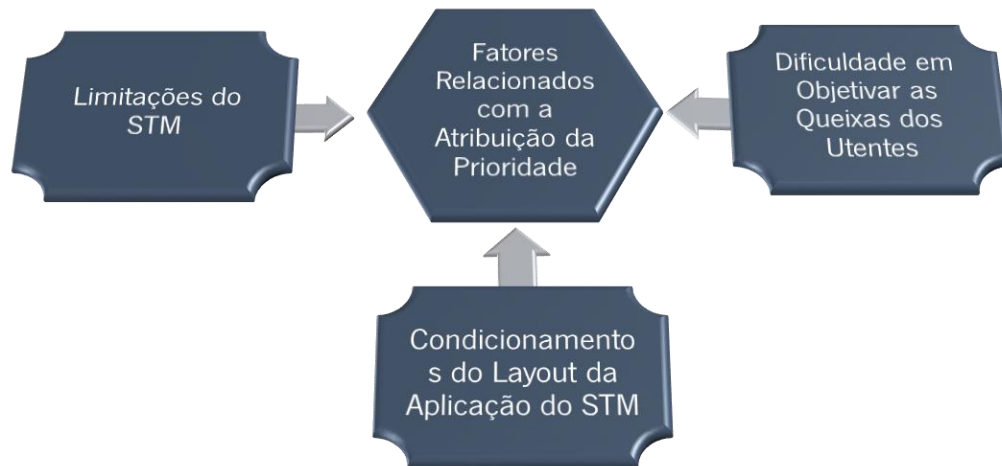
No processo de triagem, o enfermeiro triador tem como função triar o utente através de algoritmos bem definidos atribuindo-lhe uma prioridade. Contudo, alguns participantes referiram exercer outras funções tais como E02:07 que diz: *“ah! e os telefonemas que temos de fazer para avisar as especialidades a dizer que acabamos de lhes triar um doente???! Neste serviço de urgência, muitas especialidades não estão de presença física no SU; sempre que triamos um doente para eles temos de lhes ligar a avisar, perdemos muito tempo neste processo; às vezes o telefone está sem rede, sem bateria; o médico não atende porque está ocupado, depois quando atente questiona tudo e mais alguma coisa relativamente ao doente; às vezes ainda vai procurar no sistema informático a história do doente a ver se o vai aceitar observar ou não, embora quase sempre acaba por aceitar, mas toda esta demora acarreta atrasos que nos vão prejudicar nos tempos de espera; é uma bola de neve, mais tempo de espera e mais doentes para triar, tentas ser mais rápida e lá vem o erro novamente.”*. E03:07 acrescenta que: *“comunicar a triagem de doentes para algumas especialidades (...) perdemos muito tempo nisto.”*. E09:04 acrescenta, também, a este respeito: *“as burocracias (...) porque temos de ligar às especialidades a avisar que o doente chegou e pedir “autorização” de triagem. São inúmeras interrupções durante o processo de triagem e que são muito frequentes, como nós todos sabemos.”*

Os enfermeiros que fazem triagem têm de realizar tarefas que extrapolam, claramente, as funções estritamente relacionadas com a TM. Estas tarefas administrativas, quer pelo tempo que demoram a ser executadas, quer pelo simples facto de interromperem o processo de pensamento em curso, provocam atrasos e promovem o erro. Destaca-se a comunicação, via telefone, a algumas especialidades (que não estão de presença física no SU) da presença de um utente no SU para observação.

v) Fatores relacionados com a atribuição da prioridade

Na categoria dos fatores relacionados com a atribuição da prioridade encontramos três subcategorias: as limitações do STM, os condicionamentos do layout da aplicação do STM e a dificuldade em objetivar as queixas dos utentes.

Figura 7 - Fatores relacionados com a atribuição da prioridade



Limitações do STM

O STM obedece a um algoritmo próprio que consiste na aplicação disciplinada do mesmo. É esta disciplina na aplicação do protocolo que lhe confere reprodutibilidade e uniformidade na interpretação e aplicação dos conceitos (definidos de uma forma clara e precisa no manual da triagem e na aplicação do STM).

Na perspetiva dos participantes, esta uniformização e rigidez na aplicação do algoritmo pode levar à atribuição de uma prioridade errada. Assim, segundo E09:07, *“a grande dificuldade que neste momento ainda existe, ou pelo menos na minha ótica, tem a ver com aquele conjunto de doentes que, segundo os critérios de triagem, são priorizados como pouco urgentes ou não urgentes e, claramente, nós olhando para o doente, percebemos, quer pela coloração da pele, pelo tempo de preenchimento capilar, presença ou não de hiper sudorese, que este doente vai, efetivamente precisar de uma observação médica mais célere, sendo que pela triagem de Manchester, eventualmente, a prioridade seria uma prioridade mais baixa, digamos assim. Estes sim, são doentes que somente o juízo clínico e a experiência profissional nos vão alertando para estas situações. Acredito, também, que são um número reduzido de doentes (na verdade, não consigo estimar quantos) mas que não pertencem à grande faixa de doentes triados; no entanto, existe aqui este “handicap”, - são estes doentes que, muitas vezes, fogem um bocadinho aos critérios da TM.”*. Um outro participante (E08:16) constata que *“determinados fluxogramas e discriminadores (...) estou-me a lembrar, por exemplo, do TCE e da cefaleia. Se tu entras por cefaleia e o doente tem história de TCE, é atribuída uma prioridade amarelo; se entras por TCE e o doente tem cefaleia, a prioridade a atribuir ao doente pode ser um verde. É, apenas, um exemplo, mas acho que existem mais, ou seja, é preciso*

objetividade aquando da seleção dos fluxogramas e discriminadores (...) porque existe o discriminador cefaleia nos dois fluxogramas e não correspondem à mesma prioridade. Foi atribuída maior gravidade clínica ao doente que tem história de TCE e que recorre ao SU por cefaleia em detrimento do doente que recorre ao SU por TCE e está com cefaleia. Não ponho em causa que têm riscos clínicos diferentes, mas na prática são facilitadores para o erro.”. E03:08 refere que “nos casos de doentes com quadros de HTA, não existe um fluxograma adequado; os doentes que já vêm referenciados do exterior, que pelo STM são muitas vezes triados com uma cor de baixa prioridade de atendimento, pelo que ficam em desigualdade em relação aos utentes que recorrem diretamente ao SU, como por exemplo, os doentes com alteração nas análises: anemia, hipercaliémia, hiponatremia e alterações graves da coagulação. E, também, os doentes mais idosos, com quadros demenciais e os doentes com situações sociais fragilizadas, mesmo não tendo urgência clínica em serem atendidos, não devem ser deixados ao esquecimento. Dou o exemplo de um doente, com baixa prioridade de atendimento, que chega ao SU ao final do dia, muito perto do horário do último autocarro e que não tem recursos para outro tipo de transporte. Não está previsto no sistema uma alternativa para este tipo de questões.”.

Relativamente aos fluxogramas e discriminadores para os utentes pediátricos alguns participantes consideram que a TM necessita de revisão e melhoria e tal pode ser verificado nos relatos dos participantes E10:05 *“No caso da pediatria, o sistema precisava de melhorias a nível dos discriminadores específicos para esta população”* e E11:06 *“Aplicação da TM na criança, o sistema necessita melhorar os discriminadores orientados para esta faixa etária.”*

O STM é um sistema de priorização dos utentes que recorrem ao SU que se baseia na queixa apresentada por estes, no momento da triagem. Pelo exposto, entende-se que este ST não atende aos aspetos subjetivos, afetivos, sociais e culturais dos utentes, não permitindo liberdade para o juízo de valor (Silva, 2009).

Os enfermeiros que participaram no nosso estudo referem ser esta rigidez na aplicação do protocolo um dos motivos que limita o ST em algumas situações particulares, tal como refere E12:08, *“o STM é um programa bem construído, mas como tudo, tem aspetos negativos; não é um protocolo perfeito e há momentos em que, para alguns doentes com queixas menos específicas, o facto de ser rígido não é facilitador. Na minha opinião, é um aspeto negativo.”.*

Condicionamentos do layout da aplicação do STM

A informatização dos sistemas de apoio à prática clínica tornou-se uma realidade aquando da reorganização dos SU, com o objetivo de otimizar a sua eficácia e eficiência, uma vez que facilita o trabalho de colheita de

dados, melhora a fiabilidade de aplicação no serviço de urgência, reduzindo os erros dependentes do utilizador e o tempo de triagem (GPT, 2010).

Todos os sistemas de informação em saúde têm um objetivo em comum que é o de melhorar a saúde dos indivíduos e das populações por meio da aplicação adequada de conhecimentos criados a partir de informações organizadas. Os sistemas informáticos em saúde asseguram em tempo útil a informação aos diversos grupos profissionais, eliminando barreiras na comunicação (Tareco, 2015).

Apesar dos aspetos amplamente positivos da aplicação dos sistemas informáticos na área da saúde e, neste caso na triagem de prioridades, os enfermeiros do serviço onde o estudo foi realizado fazem alguns reparos ao layout da aplicação do STM. Deste modo, E06:03 verifica que *“o Layout da aplicação induz, também, o erro devido ao tamanho reduzido do texto e reduzido espaço entre as linhas. Por vezes, acontece que clicamos num espaço acima ou abaixo do pretendido, ou seja, atribuímos um discriminador errado ao doente e, por conseguinte, erramos aquela triagem, não a nível da cor atribuída; ou seja, o doente vai ser triado para a mesma categoria, mas com um discriminador errado, o que não interfere no tempo de espera do doente mas, do ponto de vista da auditoria, esta triagem está errada; ou então, ao chamarmos o doente para a triagem, abrimos a triagem do doente errado precisamente devido ao tamanho do texto e ao reduzido espaço entre as linhas.”*. O triador E07:03 relata que *“o próprio sistema informático não é muito “user friendly”, o STM precisa de melhoramentos, falo neste caso da apresentação da aplicação.”*. Outro triador (E05:15) refere, também, que *“a aplicação da triagem tem outro fator precipitante de erro pelo seu layout, o tamanho da letra é reduzido, a proximidade das linhas dos fluxogramas e discriminadores a serem selecionados, que favorece a seleção do discriminador/fluxograma imediatamente acima/abaixo. E, também, a proximidade de linhas entre nomes quando estão pendentes para triagem. Como se não bastasse, ao sofrer atualização da entrada de mais um utente altera a linha, porque é sempre introduzido no sentido de cima para baixo e, por vezes, surgem erros na identificação do utente no momento de selecionar o doente, abrir a triagem e começar a escrever as queixas.”*.

Como podemos verificar pelas opiniões dos participantes, o Layout da aplicação da triagem não tem uma configuração facilitadora do ponto de vista do utilizador.

Dificuldade em objetivar as queixas dos utentes

A avaliação completa da queixa principal apresentada pelo utente é fundamental para uma correta atribuição da prioridade ao utente. Para tal, é necessário que o enfermeiro avalie e descreva, de forma correta e objetiva, a queixa principal do utente no momento da triagem (Souza et al., 2015).

O registo da queixa do utente deve incluir a hora de início dos sintomas e as características específicas (por exemplo, localização e intensidade). No entanto os entrevistados referem que esta objetivação não é sempre assim tão linear devido à dificuldade que os utentes e/ou cuidadores têm de identificar e descrever o principal motivo que os motivou a recorrer ao SU.

São vários os excertos das entrevistas dos enfermeiros triadores que elucidam as dificuldades sentidas por aqueles profissionais durante as triagens. Deste modo, E08:18 *“alguns grupos de doentes/etnias, por exemplo os doentes crónicos e a etnia cigana, sem qualquer tipo de discriminação, mas quem está na prática e no terreno sabe muito bem do que falo (...) para quem realiza triagem e não só (...) muitas vezes hipervalorizam todo e qualquer sintoma - a dor, por exemplo (...) pressionam e manipulam ou até ameaçam. Há, ainda, doentes/cuidadores, porque estão condicionados por uma experiência negativa, não se focam na principal causa que levou aquele doente a recorrer ao SU, mas sim naquela que lhe poderá atribuir uma prioridade com tempo de atendimento mais reduzido. Isto traz incongruências à informação que é recolhida e documentada em sistema, injustiça e riscos acrescidos para com os restantes doentes.”*

A dificuldade na aplicação da escala da dor está expressa em várias falas dos participantes - E06:08 menciona que *“por mais que se tente objetivar, traz sempre ambiguidade à triagem, e está dependente dos mais variados aspetos, como, por exemplo, as experiências anteriores dos enfermeiros triadores e dos doentes. A maior ou menor tolerância do utente à dor, o conhecimento, por parte do utente, dos critérios de atribuição da prioridade na triagem para que lhe seja atribuída uma prioridade mais elevada (com menor tempo de espera) – também aqui a experiência do enfermeiro pode ser determinante para uma correta avaliação da escala da dor.”*

A falta de informação ou dificuldade em objetivar as queixas dos utentes está presente no relato de E05:17; *“há dificuldade acrescida na interpretação de queixas de utentes que tenham um grau de dependência elevado, ou porque não trazem informação e não conseguem colaborar na colheita de dados na triagem, ou porque a informação vem escrita e não é esclarecedora e não têm nenhum cuidador presente na triagem. Aconteceu muito agora, durante esta pandemia, os doentes virem constantemente sozinhos para o SU, sem qualquer informação.”* Também E08:19 constata que *“o mesmo se aplica ao doente etilizado, ao doente psiquiátrico, ao doente sem abrigo, que já toda a gente o conhece devido às inúmeras vindas ao SU – “tantas vezes o cântaro vai à fonte que um dia quebra”. Temos tendência para rotular este tipo de doentes e desvalorizar as queixas apresentadas.”*

Por outro lado, E04:07 salienta que *“(…) o recurso aos serviços de urgência por parte de doentes não urgentes, muitas vezes sem uma queixa em concreto, dificulta a seleção do fluxograma apropriado ou da justificação adequada do discriminador selecionado, contribuindo, também, para o erro na triagem.”* O triador

E02:09 salienta que “(...) todos os dias há algo que nos dificulta porque cada doente é um doente, cada queixa pode ter várias interpretações e acho que os nossos feelings e a intuição prevalecem muito em cada triagem.”. Outro (E01:07) acrescenta que “(...) quando o próprio doente tem alguma dificuldade em ser específico relativamente às suas queixas, temos dificuldade acrescida em escolher um fluxograma e, conseqüentemente, em atribuir uma prioridade adequada a este doente. Penso que isto é uma das dificuldades que mais sinto.”.

A dificuldade dos utentes ou cuidador em objetivar as queixas, a dificuldade dos triadores em direcionar para este ou aquele fluxograma, bem como as queixas hipervalorizadas pelos utentes podem levar ao erro na atribuição da prioridade.

4.2 Área temática 2 – Sugestões de melhoria

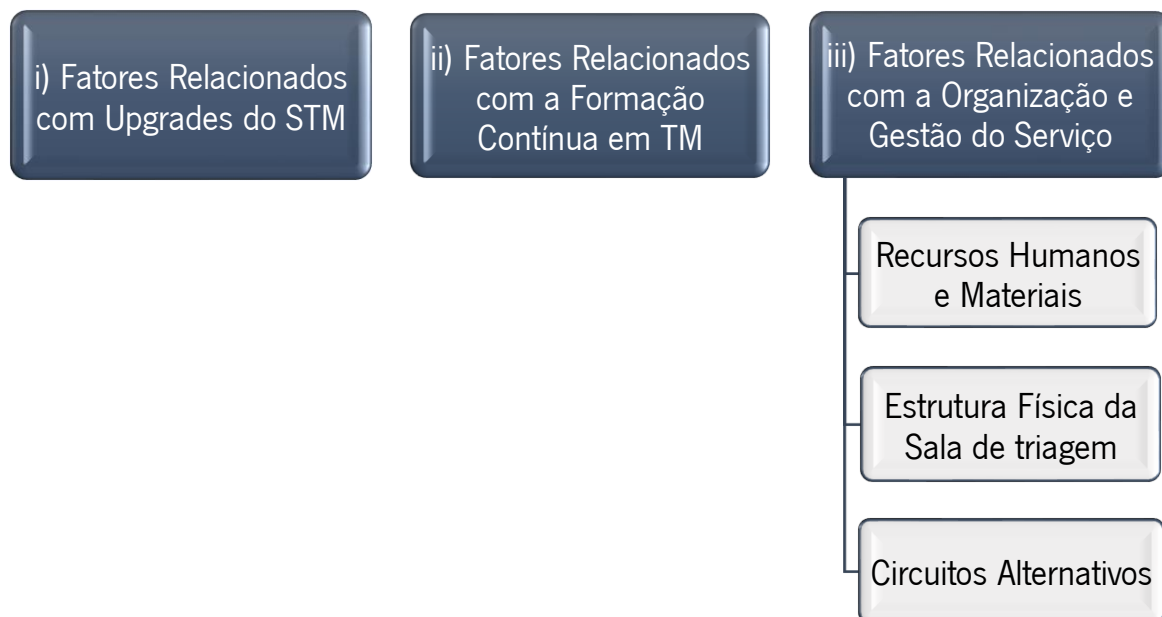
A segunda área temática deste estudo corresponde às sugestões de melhoria relativas a todo o processo de triagem incluindo o próprio STM. Identificamos três categorias: i) fatores relacionados com upgrades do STM; ii) fatores relacionados com a formação contínua em TM; iii) fatores relacionados com a organização e gestão do serviço.

Figura 8 - Sugestões de melhoria



Relativamente à categoria de sugestões de melhoria no que diz respeito a fatores relacionados com a organização e gestão do serviço, foram identificadas três subcategorias: i) recursos humanos; ii) estrutura física da sala de triagem; iii) circuitos alternativos.

Figura 9 - Sugestões de melhoria - subcategorias



i) Fatores Relacionados com Upgrades do STM

Nesta categoria, uma das sugestões de melhoria referenciadas está relacionada com o programa/software do STM. Este deve ser intuitivo, de fácil utilização e abarcar as várias situações que justificam a ida do utente ao SU; contudo nem sempre assim é, tal como relatado pelo triador E09:09 que menciona “(...) no que diz respeito à exteriorização das PEG, não existe um fluxograma específico para esta questão, entramos, muitas vezes, por indisposição no adulto o que nos exige o registo de um conjunto de parâmetros que, se calhar, não validam a entrada deste doente, porque ele vem especificamente para a substituição ou recolocação da PEG. Deveria haver um fluxograma que permitisse agrupar estes e outros doentes, ou então nem deviam passar na triagem, mas sim fazer o registo administrativo e ir diretamente ao serviço de gastro para realizar o procedimento.”. Em concordância com o referido anteriormente, E04:08 considera que “(...) tendo em conta o frequente encaminhamento de doentes não urgentes ao SU, quer pelos cuidados de saúde primários, quer por outras entidades de saúde, a possível criação de um fluxograma alternativo, com um menor número de discriminadores

associados, por forma a facilitar a triagem de situações, como por exemplo, alterações analíticas ou de outros exames complementares que necessitem de observação médica, ainda que passível de decorrer noutro contexto, por exemplo consulta programadas.”. Outro participante (E02:11) expõe, ainda, que “(...) existem fluxogramas que deviam ser revistos porque, por vezes, existem alguns problemas mais inespecíficos que nos dificultam tanto na escolha do algoritmo como na atribuição de prioridades. Temos fluxogramas com tantos discriminadores e outros tão sucintos que não nos permitem sempre fazer a correta escolha.”.

A melhoria do layout do programa do STM é apontada como fator determinante para o bom desempenho do enfermeiro de triagem, tal como descreve E06:09: *“É preciso melhorar a apresentação da aplicação para minimizar os erros por dificuldade na visualização do campo/linha que queremos selecionar.”.* Do mesmo modo, E07:11 refere que *“(...) a aplicação do STM devia ter uma apresentação mais expressiva, por exemplo, que sobressaísse o texto selecionado (discriminador) de forma a diminuir o erro.”.*

Para outro triador (E12:10), *“(...) a apresentação do programa da triagem precisa de melhorias. Os campos que precisamos de preencher deviam estar dispostos de uma forma mais prática, com melhor visibilidade, para tornar a página mais eficiente. Devíamos ter acesso ao histórico do doente para validar alguma informação.”.*

No que reporta ao programa STM, os enfermeiros referem essencialmente questões relacionadas com melhorias a efetuar no layout da aplicação do STM e a necessidade de novos fluxogramas como as principais alterações a serem efetuadas para facilitar o desempenho dos enfermeiros na triagem.

ii) Fatores Relacionados com a Formação Contínua em TM

O conhecimento científico evolui rapidamente e, como tal, a formação contínua é fundamental para um eficiente desempenho de qualquer profissional de saúde, sendo necessárias ações de formação para a aquisição e atualização de conhecimentos e, também, para consolidar conhecimentos e detetar erros cometidos. Neste sentido, as auditorias são fundamentais, tornando-se estas uma oportunidade de melhoria pois só detetando os erros é possível corrigir e atribuir a prioridade correta em função da sintomatologia apresentada, proporcionando assim melhores cuidados de saúde aos utentes que recorrem ao SU. Alguns participantes consideram que a formação contínua é de extrema importância na medida em que permite *“(...) apresentar os erros mais comuns da Triagem. Formação para apresentar casos de dúvidas pertinentes da triagem e de casos em que a triagem pode levantar questões na abordagem. Formação de treino e comparação de triagens, de forma que os enfermeiros adquiram uma abordagem mais homogénea na triagem.”*, refere E07:12. E05:20 refere que: *“(...) também é necessária uma atualização da formação do*

curso de triagem ou a criação de reuniões, no serviço, para eventuais atualizações e discussão dos casos que causam mais dúvidas. No meu caso, desde que fiz o curso não realizei nenhuma recertificação, embora o STM até já tenha sofrido, pelo menos, um upgrade. Nas auditorias mensais que são importantíssimas, imprescindíveis, a apresentação dos resultados devia incluir os erros das não conformidades identificadas e, se possível, com a respetiva correção.”.

Na opinião do triador E06:10 *“(…) é fundamental que se aposte na formação contínua em TM (atualização anual/semestral/trimestral da formação com discussão dos casos que causam mais dúvidas e que estão na origem dos erros identificados nas auditorias). Por outro lado, o relatório da auditoria individual (mensal) devia conter informação relativa ao erro que foi identificado (caso exista erro) e qual a correta triagem daquele caso, para que o enfermeiro triador consiga identificar o erro e corrigi-lo, futuramente, melhorando assim o seu desempenho.”.*

No que reporta às auditorias *“(…) seria ótimo termos acesso diretamente na plataforma da GLINTT às nossas auditorias, aos erros assinalados e à respetiva correção para facilitar a nossa aprendizagem.”* - refere E09:10.

Outro triador (E10:06) relata, também, que deveria ter *“(…) acesso individual à avaliação mensal para facilitar a formação contínua. Neste momento, só nos é fornecido o resultado da auditoria em resultados percentuais; para termos acesso ao conteúdo e correção da auditoria, temos de o fazer na presença física de um dos auditores, o que dificulta muito a tarefa.”.*

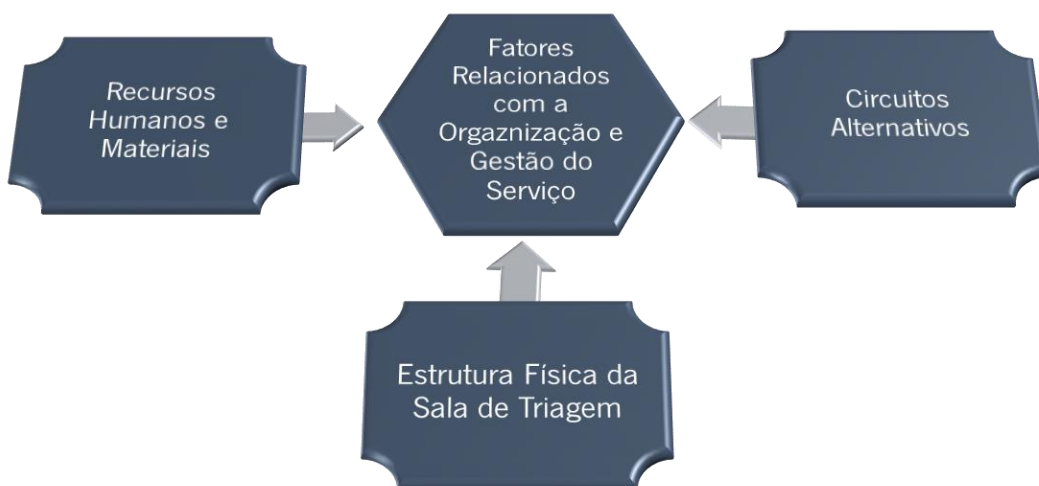
Para o triador E01:09, *“(…) os enfermeiros deviam ter acesso à sua própria avaliação mensal para, assim, poderem mais facilmente corrigir os seus erros. Também devia haver reuniões durante o ano para discutir os erros mais comuns e para estarmos a par de alterações que vão surgindo.”.*

Na categoria de fatores relacionados com a formação contínua em TM são vários os relatos dos enfermeiros triadores que alertam para a necessidade de formação contínua em TM. Sugerem reuniões periódicas para discussão de casos clínicos e para atualização, relativamente às orientações do GPT e o acesso à sua própria auditoria mensal, na aplicação institucional dedicada ao grupo profissional dos enfermeiros, de forma a agilizar o acesso às correções introduzidas pelos auditores, facilitando a promoção da aprendizagem.

iii) Fatores Relacionados com a Organização e Gestão do Serviço

Nesta categoria identificamos três subcategorias: recursos humanos e materiais, estrutura física da sala de triagem e circuitos alternativos.

Figura 10 - Fatores relacionados com a organização e gestão do serviço



Recursos Humanos e Materiais

A organização dos recursos humanos e materiais são fundamentais para a concretização das metas e objetivos de uma empresa. Para que tal aconteça, é fundamental que o número de colaboradores e todo o material, equipamento e consumíveis disponíveis sejam os adequados permitindo, desta forma, contribuir para que os objetivos sejam alcançados.

Nesta subcategoria tivemos vários relatos que sinalizam a necessidade de reorganizar os recursos humanos e materiais e otimizar a capacidade de resposta do serviço no seu todo, pois como refere o participante E01:12 *“(...) relativamente ao rácio de enfermeiros na triagem devia haver mais elementos a triar, mediante o fluxo de doentes que recorre ao SU. A gestão devia estar mais atenta ao rácio enfermeiro/doente. Se houvesse mais enfermeiros na triagem, a pressão sobre os enfermeiros ia diminuir bastante.”*. Outro participante (E08:21) refere, também, *“(...) menos tempo de triagem consecutivo, ou seja, trocar com outro elemento de enfermagem com mais frequência. Rever as indicações de avisar telefonicamente o médico quando triamos doentes para as várias especialidades que não estão presencialmente no SU, que podia passar por criar um alerta diretamente para o telemóvel do médico da especialidade que está de SU sempre que um doente é triado.”*. De igual modo, E08:22 acrescenta que *“(...) a criação de alertas informáticos para os chefes de equipa, da saturação dos tempos de espera para as diferentes áreas, que permitisse uma efetiva gestão dos recursos humanos (médicos), fazendo-os deslocar ara as áreas com maior afluência/maior*

tempo de espera, poderia facilitar o funcionamento da triagem no sentido em que haveria menos doentes/acompanhantes a regressar à triagem para questionar o tempo de espera ou para requerer uma retriagem.”.

Em relação à retriagem, o entrevistado E01:11 menciona que *“Na triagem estamos a fazer uma primeira abordagem para poder classificar o doente em termos de urgência de atendimento e encaminhá-lo para a sala de espera da consulta; a retriagem devia ser feita por um enfermeiro na área onde o doente está à espera da consulta, quando os tempos de espera fossem superiores ao que era suposto e/ou se a condição do doente sofresse alterações; o que observo, na prática, é que grande parte dos doentes que volta à triagem para rever a sua situação não é pelo de facto de ter um agravamento da queixa, mas sim para serem atendidos mais depressa.”.*

Para E02:13, a *“vigilância e consequente possibilidade de retriagem, nas diferentes salas de espera e até que haja atendimento médico, seria uma mais-valia para a segurança dos utentes e profissionais.”.* Adverte ainda para a necessidade de *“(…) mais postos de triagem devidamente equipados.”.*

Outro participante (E01:10) relata, também, que *“A sala de triagem devia ser um espaço mais isolado, mais separado do resto da urgência, munido de um circuito único de entrada e de saída dos doentes que nos permitisse estar mais concentrados e não ter tanto fatores a condicionar a nossa prestação, nomeadamente, como já falei, de ter doentes a vir solicitar informações de tempos de espera. Muitas vezes, somos interrompidos, durante a triagem, por outras pessoas que vêm querer saber informações, tempos de espera e pedir alteração da triagem.”.* E01:10. A este propósito (E05:21) diz: *“Uma vez que também estamos condicionados no espaço físico, pelo menos tentar reduzir o número de pessoas que acedem ao corredor do espaço de triagem. Se calhar pensar também num circuito alternativo só para os doentes em maca.”.*

A avaliação dos utentes com via verde foi, também, abordada por alguns triadores. Assim, segundo (E11:09) *“Será necessário melhorar a articulação com as vias verdes.”* e segundo E08:23 *“(…) perde-se bastante tempo na avaliação/validação dos doentes triados para a via verde AVC por parte do neurologista. Quando ligamos ao médico (neurologista) a dizer que temos uma via verde AVC, ele vem à triagem para avaliar o doente, em vez de fazer a avaliação do doente na unidade dedicada para as vias verdes AVC e, no caso de ser desativada a via verde, teria tão somente de passar o doente a um colega.”.*

A falta de assistentes operacionais e de material/equipamento também foi referenciada como se pode verificar no relato do participante E08:23: *“Escassez de assistentes operacionais - nem sempre o auxiliar da triagem está disponível porque tem diversas tarefas atribuídas e, muitas vezes, temos de ser nós a encaminhar os doentes, alguns com algumas dificuldades/limitações e a sinalética de encaminhamento*

também não é a melhor. Falta de material na triagem, por exemplo, máquinas de avaliação de glicemia capilar, raramente existe uma em cada posto. Desaparecem. Talvez criar uma checklist de material a rever logo no início de cada turno para validar o material necessário para aquele dia e, desta forma, minimizar as perdas de tempo na triagem porque também se perde tempo na procura de material (máquinas de glicemia, termómetros).”.

Relativamente à impressão das etiquetas, um participante refere que *“(...) as etiquetas de identificação dos doentes só deviam ser impressas pelo enfermeiro da triagem, no momento de cada triagem (como, por exemplo, quando recebemos um doente muito urgente ou emergente, seria bem mais fácil emitir a etiqueta quando se abre a triagem desse doente em vez de andar à procura da etiqueta no meio de todas as que já estão impressas). Para além de reduzir o stress pelo aglomerado de etiquetas e de reduzir o risco de troca de identificação do doente, ainda ia evitar que as etiquetas estivessem constantemente no chão, o que acontece quando temos tempos de espera elevados e, por conseguinte, muitas etiquetas impressas.”* - E06:11. Outro participante (E07:13) sugere: *“Uma impressora para cada posto de Triagem e a etiqueta de identificação do doente só surgir após a triagem feita.”*. Por fim, E12:12 relata que *“Em cada posto de triagem deve haver uma impressora. Deveria ser possível imprimir a etiqueta no momento do fecho da triagem de cada doente.”*

Em relação à subcategoria de recursos humanos e materiais, as sugestões de melhoria relacionam-se com a organização e gestão do serviço. Destaca-se a constante falta de materiais essenciais para a execução da triagem, a necessidade de melhorar a gestão dos recursos humanos destacados para os postos de triagem, nomeadamente no que se refere ao tempo de permanência naquele posto de trabalho, reforçar o número de elementos que interfere diretamente com a triagem, isto é, de enfermeiros e assistentes operacionais e, por fim, melhorar a articulação com as especialidades/vias verdes. Falam, ainda, na necessidade de criar mais postos de triagem e devidamente equipados.

Estrutura Física da Sala de Triagem

A estrutura física do SU e, em particular da sala de triagem, deve proporcionar aos enfermeiros condições ideais para que estes possam prestar cuidados de enfermagem aos utentes de forma segura, permitindo atribuir ao utente a prioridade correta, de forma que este seja atendido num intervalo de tempo expetável para a situação de doença que apresenta, reduzindo, assim, consideravelmente o seu risco clínico, enquanto permanecem no SU. Ao enfermeiro triador deve ser possível triar um utente sem que surjam intercorrências

que possam comprometer o resultado da triagem. Deste modo, triador E08:20 considera necessário *“Proporcionar um ambiente mais calmo e com menos interrupções: através de sinalética vertical bem visível e no piso, como, por exemplo, cartazes suspensos no teto e faixas pintadas no chão fazendo alusão às cores das diferentes prioridades. As salas de triagem deveriam ser espaços mais isolados para proporcionarem as condições mínimas de privacidade exigidas. Para isso, proponho uma entrada alternativa, desde a sala de espera, para a entrada e saída das visitas, saída de doentes (altas), entrada dos doentes do exterior (outras instituições de saúde) para realização de exames e para entrada de doentes que são admitidos para internamento direto na enfermaria, ou seja, a porta atual só deveria ser para acesso à triagem. Seria uma mudança que me parece bastante simples de operacionalizar e que podia proporcionar um ambiente mais adequado para uma sala de triagem”*. Outro participante (E02:10) demonstra esta mesma preocupação ao mencionar que *“(…) a triagem não devia ser um ponto de passagem de pessoal e de utentes que nada têm a ver com triagem.”*. Outro (E07:10) ainda alude à necessidade de *“Alterar a estrutura de forma a garantir uma maior privacidade do doente de forma que este possa, realmente, estar sozinho com o enfermeiro, sem sentir que aquilo que está a dizer está a ser ouvido por várias pessoas. A entrada na Urgência, de outras pessoas, deveria ser por uma porta à parte. Barreiras físicas (visuais e de som) mais eficazes que as cortinas.”*

A privacidade dos doentes no momento da triagem é um dos aspetos mais valorizados pelos triadores e o enfermeiro triador E12:09 demonstra esta mesma preocupação ao referir que *“Promover alterações que garantam uma maior privacidade ao doente/cuidador (barreiras físicas – isolamento visual e sonoro -mais eficazes que as atuais cortinas). Repensar uma porta alternativa para o acesso das visitas e entradas/saídas de doentes para internamento ou ainda para os provenientes de outros hospitais que vêm só realizar exames que não estão disponíveis no hospital de origem.”*

O participante E01:08 faz a seguinte proposta para o SU: *“Penso que em termos de melhoria devia existir, realmente, um espaço de triagem mais isolado, mais separado do resto da urgência e que tivesse um circuito único de entrada e de saída de doentes que nos permitisse maior concentração e não ter tanto estes fatores a condicionar a nossa prestação.”*. Na ausência desta possibilidade, o participante E05:18 constata que *“Uma vez que também estamos condicionados pelo espaço físico, pelo menos tentar reduzir o número de pessoas que acedem ao corredor por detrás da triagem. Talvez pensar, também, num circuito alternativo só para os doentes em maca.”*

Relativamente à estrutura física da sala de triagem, são múltiplas as sugestões de melhoria, o que se pode interpretar com sendo uma área passível de profunda intervenção com vista à otimização do espaço da

triagem. Os enfermeiros fazem referência à necessidade de assegurar um ambiente seguro, capaz de proporcionar privacidade ao utente no momento da triagem e de reduzir os fatores distratores.

Circuitos Alternativos

Circuitos de encaminhamento de utentes bem definidos e implementados de forma célere são um fator determinante para se poder obter todas as vantagens da aplicação do STM. Recorde-se que o STM, por si só, não garante o bom funcionamento de um SU. Ao aceitar a implementação do STM no SU, a administração do hospital assume efetuar os investimentos necessários para promover e concretizar a reestruturação funcional e física indispensáveis para que os objetivos preconizados pelo protocolo com o GPT sejam plenamente atingidos. Neste sentido, alguns participantes sugerem: *“A criação de circuitos alternativos para situações de reavaliação de doentes que fazem aumentar, desnecessariamente, o tempo de espera de triagem.”* - E04:09; *“Criar um circuito ou um fluxograma para doentes que já foram observados por um médico (...). Os doentes que já foram observados nos cuidados de saúde primários e que são referenciados para observação no serviço de urgência não devem seguir no mesmo alinhamento e na mesma ordem de espera que os doentes que recorreram logo ao serviço de urgência.”* - E03:10.

A este propósito, também o enfermeiro triador E03:11 refere que o SU carece da ‘Criação de um circuito diferente para os utentes referenciados pelos cuidados de saúde primários.’.

São vários os motivos que levam o utente ao SU e o STM não consegue dar uma resposta correta a todas as situações, tal como relata o triador E09:11: *“(...) começa a ser uma realidade, nas diferentes urgências, depararmo-nos com episódios de urgência para reavaliações da mais diversa ordem, de diferentes especialidades. São doentes, muitas vezes, sem qualquer queixa e, por isso mesmo, não são enquadráveis no STM; como tal, devia ser encontrada uma solução para este tipo de doentes, libertando a triagem. Saliento que estes doentes, sem qualquer queixa específica, acabam por ser triados por um fluxograma generalista que, por segurança, obriga ao registo de muitos parâmetros que fazem com que a triagem demore bastante mais tempo.”*.

Os relatos dos enfermeiros triadores sobre a qualidade do STM sugerem várias propostas de melhoria, entre as quais, a criação de novos circuitos de encaminhamento de utentes que recorrem ao SU.

Neste sentido, é necessário definir e otimizar os circuitos de encaminhamento dos utentes após a triagem de prioridades que promovam o atendimento mais rápido e clinicamente adequado em função das

necessidades de cada utente e das realidades clínicas, funcionais, arquitetónicas e outros aspetos conjunturais relevantes.

CONCLUSÃO

O estágio na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência/Unidade de AVC (integrada no SU) constituiu uma oportunidade única para o desenvolvimento e consolidação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, considerando-se, assim, que os objetivos traçados foram amplamente atingidos.

O aumento sustentado da procura dos serviços de urgência por parte da população portuguesa provoca, inevitavelmente, pressão sobre os sistemas públicos de saúde em geral, desencadeando experiências particularmente marcantes para utentes, cuidadores e profissionais de saúde e, simultaneamente, representa um grande desafio para a administração central.

Este aumento dos episódios de urgência está associado à facilidade no acesso aos SU, ao conceito amplamente instituído da perspetiva de observação médica sem agendamento, à realização imediata de exames de diagnóstico, assim como à administração de medicação. A atual política na área da saúde, carenciada de organização no acesso da população aos cuidados de saúde acaba por, aparentemente, proporcionar uma sensação de segurança aos utilizadores, culminando na incapacidade dos serviços darem uma resposta atempada a todos os utentes.

Em Portugal o STM foi o método eleito para priorizar os utentes que recorrem aos SU. Surge como um meio estratégico de organização da observação médica nos serviços de urgência, com segurança clínica comprovada, estratificando o fluxo de entrada dos utentes segundo um critério de gravidade clínica, de forma a reduzir os riscos associados às assimetrias criadas pelo acesso desorganizado aos cuidados de saúde e pela conseqüente sobrelotação dos serviços de urgência. A aplicação do PTM concretiza-se com a atribuição de uma prioridade e constitui em si um processo complexo de tomada de decisão. Para isso, o enfermeiro utiliza um raciocínio clínico baseado na prática fundamentada na evidência.

Motivados por esta problemática que é uma realidade que vivenciamos no exercício profissional num SU com STM, desenvolvemos esta investigação que acreditamos poder desempenhar um papel construtivo na melhoria progressiva dos cuidados de enfermagem prestados no âmbito da TM e, conseqüentemente, na redução do risco clínico dos utentes.

Com a realização deste estudo pretendeu-se, segundo a perspetiva dos enfermeiros, explorar e descrever os fatores que podem condicionar o erro na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o STM. Dos fatores identificados destacam-se os seguintes:

- Recursos humanos manifestamente insuficientes, sendo esta lacuna mais evidente nos picos de

afluência ao SU e nos momentos de substituição dos enfermeiros para as pausas das refeições.

- Escassez de materiais fundamentais para a realização da TM condiciona, de forma significativa, o desempenho do enfermeiro na triagem;
- Percepção incorreta relativamente ao STM parte da população: os utentes/cuidadores, no momento da triagem, não estão focados nos sinais e sintomas que justificaram a ida ao SU, nem na sua real caracterização. Orientam a sua atenção para a hipervalorização das queixas ou referem outras que, eventualmente, poderão corresponder à atribuição de uma prioridade com menor tempo de espera para o atendimento médico, atropelando transversalmente o princípio basilar da priorização dos utentes de acordo com o risco clínico que está na génese da TM, expondo os restantes utentes a um risco superior e desnecessário. Os comportamentos de carácter ameaçador e intimidatório por parte dos utentes/cuidadores direccionados ao enfermeiro da triagem, no sentido de obterem uma prioridade mais elevada (menos tempo de espera), é uma realidade constatada.
- Tempos de espera para a triagem, pressão por parte de enfermeiros e médicos sobre o enfermeiro da triagem, perturbações e interrupções durante o ato da triagem, o encaminhamento dos utentes após a triagem para os diferentes circuitos de observação médica, comunicação via telefone da chegada de utentes para observação médica (algumas especialidades) e a estrutura física da sala de triagem foram identificados como sendo condicionantes do desempenho do enfermeiro, interrompendo o raciocínio, reduzindo a concentração e, condicionado desta forma a qualidade da triagem.
- Layout do STM dificulta a leitura da informação assim como a escolha e o preenchimento dos itens a seleccionar. A aplicação disciplinada do PTM, característica que confere reprodutibilidade e uniformidade à TM é, ao mesmo tempo, um aspeto que limita a eficiência e eficácia no processo de atribuição de uma prioridade, atendendo a que não compreende situações particulares de ordem clínica e social. Algumas dessas situações estão asseguradas pelas vias verdes que foram criadas e implementadas precisamente para colmatar algumas das lacunas mais evidentes da TM, abrangendo aqueles utentes que, embora expostos a elevados riscos clínicos, não tinham esse mesmo risco assegurado pelo STM.
- Estandarização das queixas dos utentes que recorrem ao SU. Os utentes/cuidadores justificam o recurso ao SU com argumentos que correspondem aos princípios que estão na base da atribuição de determinada prioridade. As dificuldades na recolha e valorização das queixas dos utentes são um entrave relevante no processo de tomada de decisão para o enfermeiro, no momento da triagem.
- Experiência em cuidados ao utente crítico em vários contextos (sala de emergência, emergência

intra-hospitalar e extra-hospitalar) foi nomeada como um fator central no processo de tomada de decisão no momento de atribuir uma prioridade ao utente.

- Características pessoais facilitadores da tomada de decisão, tais como: assertividade, segurança, capacidade de observação/comunicação e perspicácia, foram identificados como sendo essenciais num processo dinâmico com a experiência profissional acumulada, inspirado numa prática baseada na evidência, do qual resulte uma tomada de decisão (triagem) devidamente fundamentada, culminando na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados e, por conseguinte, em ganhos em saúde;

A presente investigação poderá constituir uma importante ferramenta de trabalho para os órgãos de decisão, contribuindo para a otimização da gestão organizacional e para um melhor planeamento dos recursos (humanos, materiais e físicos), almejando uma maior proficiência dos serviços de saúde, elevando os padrões de qualidade da prestação dos cuidados e aumentando os ganhos em saúde.

No futuro, consideramos ser necessário investir no desenvolvimento do layout do STM, de forma que este se torne mais intuitivo e criar também novos fluxogramas, de modo a torná-lo mais abrangente e sensível a situações específicas que, até à data, não estão claramente englobadas na TM.

É fulcral considerar um plano de formação contínua dedicada aos enfermeiros que fazem triagem. Esse plano deve incluir maior digitalização do processo de auditoria, permitindo livre acesso dos enfermeiros auditados às correções introduzidas pelos auditores, promovendo a aprendizagem pelo feedback.

A tutela deve privilegiar o reforço da capacidade de resposta por parte dos serviços de saúde, melhorar as condições de trabalho e apostar na formação contínua em áreas relacionadas não só com o STM, mas também direcionada para a gestão de conflitos e para as competências de comunicação. Paralelamente, deve investir cada vez mais em campanhas de sensibilização e informação aos utentes/cuidadores. Deve-se dedicar especial atenção aos circuitos dos utentes após triagem. Estes devem estar bem definidos e serem amplamente divulgados para garantir a segurança do utente desde a entrada no SU até à observação médica.

Após a realização deste estudo, reconhecemos limitações óbvias inerentes à inexperiência do investigador. Ao mesmo tempo, esta inexperiência, por gerar insegurança e incerteza, foi motivadora para aprofundar conhecimentos e competências na área da investigação.

Há, ainda, a salientar que, pelo facto de o estudo ter sido realizado apenas num SU, limita a generalização dos resultados. Perante o exposto, podemos sugerir a realização de estudos semelhantes noutras regiões do país para avaliar a influência de determinadas variáveis nos resultados obtidos, nomeadamente, demográficas, socioeconómicas, políticas e culturais, entre outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, A. (2012). Atividades do Enfermeiro nos Sistemas de Triagem/Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Revisão Integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 181–190. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400023>
- Amaral, P. M. F. (2017). *Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Coimbra.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.001>
- Azevedo, C. I. A. (2021). *Triagem de Manchester: processos de decisão dos enfermeiros num Hospital do Norte de Portugal*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde: Viana do Castelo.
- Bardin, Laurence (2018). *Análise de conteúdo* (4ª Edição). Edições 70.
- Borges, T. I. P. R. (2012). *Análise de Satisfação com o Sistema de Triagem no Serviço de Urgência*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico do Porto: Porto.
- Botelho, A., Dias, I., Fernandes, T., Pinto, L., Teixeira, J., Valente, M., & Veiga, P. (2019). Superestimação da urgência de saúde como causa do uso inapropriado dos serviços de emergência: Insights de uma experiência exploratória de economia em Portugal. *Emergency Medicine Journal*, 27(4):1031-1041 <https://doi.org/10.1111/hsc.12720>
- Carvalho, M. M. C. (2016). *O Sistema de Triagem de Manchester e a avaliação da pessoa com dor*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Coimbra.
- Cavaleiro, C. A. S. (2021). *O sistema de Triagem de Manchester no reconhecimento de gravidade no serviço de urgência*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Coimbra.
- Ceballos, J., Frota, O., Nunes, H., Ávalos, P., Krügel, C., Júnior, M., & Teston, E. (2020). Violência física e verbal contra enfermeiros da classificação de risco: características, fatores relacionados e consequências. *Revista Brasileira de Enfermagem*, <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0882>

- Costa, F. A. D. (2020). *Triagem de Manchester: Intervenção dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde: Viana do Castelo.
- Coster, J. E., Turner, J. K., Bradbury, D., & Cantrell, A. (2017). Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Emergency Medicine Journal*, 24(9):1137-1149. <https://doi.org/10.1111/acem.13220>
- Cooke, M. W., & Jinks, S. (1999). Does the Manchester triage system detect the critically ill? *Emergency Medicine Journal*, 16, 79-181. <https://doi.org/10.1136/emj.16.3.179>
- Coutinho, A. A., Cecilio, L. C., & Mota, J. A. (2012). Classificação do risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22 (2), 188-198.
- Cronin, J. G. (2003). The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. *Accid Emerg Nurs*, 11(2): 121-125. [https://doi.org/10.1016/S0965-2302\(02\)00218-7](https://doi.org/10.1016/S0965-2302(02)00218-7)
- Diário da República nº 169/2005 – 2ª Série. Despacho nº 19124/2005 de 17 de agosto de 2005 (p.12834).<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/19124-2005-1962401>
- Diário da República nº 56/1979 – 1ª Série. Despacho nº 214/1979 de 15 de setembro de 1979. <https://files.dre.pt/1s/1979/09/21400/23572363.pdf>
- Diário da República nº 48/1990 – 1ª Série. Despacho nº 195/1990 de 24 de agosto de 1990. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Lei_Bases_Saude_48_90.pdf
- Diário da República nº 42/2008 – 2ª Série. Despacho nº 5414/2008 de 28 de fevereiro de 2008 <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5414-2008-3378909>
- Diário da República nº 22/2015 – 2ª Série. Despacho nº 1057/2015 de 2 de fevereiro 2015 (p. 3039). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1057-2015-66396673>
- Diogo, C. S. (2007). *Impacto da Relação Cidadão - Sistema de Triagem de Manchester na Requalificação das Urgências do SNS*. Instituto Universitário de Lisboa – Escola de Gestão: Lisboa
- Direção-Geral da Saúde (2003). Circular normativa nº09/DGCG de 14 de junho. *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

- Direção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* (p. 39-50).
<https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol2-Plano-nacional-de-saude-2004-2010.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2011). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde in Plano Nacional de Saúde 2011-2016* (p. 2-20). <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSH2.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Versão resumo*.
http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf
- Direção Geral da Saúde (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência*. http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_4_Rede-de-urg%C3%A0ncias-no-PNS-2012-2016-v-3-11-2014-Luis-Campos.pdf
- Direção Geral da Saúde (2015). *Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata*.
https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA002_2015.pdf
- Duro, C. L. M., & Lima, M. A. D. S. (2010). O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências. Análise da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 9(3), 1–6.
- Farcic, N., Barac, I., Lovric, R., Pacaric, S., Gvozdanic, Z., & Ilakovac, V. (2020). The influence of self-concept on clinical decision-making in nurses and nursing students: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 3059.
[DOI:10.3390/ijerph17093059](https://doi.org/10.3390/ijerph17093059).
- Fathoni, M., Sangchan, H., Songwathana, P. (2013). Relationships between triage knowledge, training, working experiences and triage skills among emergency nurses in east Java Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 3(1), 511-525.
- Fortin, M.-F. (2009). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização (5a Edição)*. Loures: Décarie Éditeur e Lusociência.
- Fortin, M. F., Coté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, M. M. (2014). *Dificuldades percebidas e grau de Satisfação dos Enfermeiros que fazem Triagem de Manchester nos Serviços de Urgência*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria: Leiria.
- Gomes, C. F. P. (2008). *Contato com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência: Satisfação do Utente*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa: Ponte de Lima

- Grupo Português de Triagem (2009). *Critérios para a atribuição da cor branca na Triagem. Reunião GPT, 25 de março de 2009*, <http://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Documentac%CC%A7a%CC%83o-MTS-Crite%CC%81rios-Cor-Branca.pdf>
- Grouse, A., Bishop, R., & Bannon, A. (2009). *The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department*. *Emergency Medicine Journal* . 26(7), 484-486.
<https://doi.org/10.1136/emj.2008.065508>
- Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando. 2ª edição*. Lisboa: Grupo Português de Triagem.
- Grupo Português de Triagem (2012). *Manual de Auditorias ao Sistema de Triagem de Manchester*. Lisboa: Grupo Português de Triagem.
- Hospital de Braga (2021). *Sistema de Triagem de Manchester – Auditoria Interna 2020*. Braga.
- Instituto Nacional de Estatística (2021). *Estatísticas da Saúde 2019*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Machado, H. (2008). *Relação entre a prioridade no serviço de urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes*. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública: Lisboa.
- Marques, S. G. (2014). *Tomada de Decisão do Enfermeiro Triador em Situação de Emergência - Validação do Triage Decision Making Inventory para a População Portuguesa*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Coimbra.
- Martins, H. M. G., Cuña, L. M. C. D., & Freitas, P. (2009). *Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital*. *International Journal of Emergency Medicine*, 26 (3) 183-186. <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2008.060780>
- Medeiros F. F., Gíóia F. L., & Lopes L. L. (2011). *Triagem no Departamento de Emergência. Enfermagem em Emergência*, 75-97.
- Ministério da Administração Interna (2013). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil*. Consultado em 17/09/2022, disponível em http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV//Documents/Componentes_p%CC%83Ablicas.pdf
- Ministério da Administração Interna (2022). *Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Braga*. Consultado em 17/09/2022, disponível em http://www.prociv.pt/bk/Documents/PDEPC%20Braga_Consulta%20Publica%202022.pdf

- Ministério da Saúde (2013). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos*. Consultado em 19/09/2022, disponível em <https://dre.tretas.org/dre/307132/despacho-2902-2013-de-22-de-fevereiro>
- Moreira, C. T. P. (2010). *Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade?* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina do Porto: Porto.
- Murrell, K. L., Offerman, S. R., & Kauffman, M. B. (2011). Applying Lean: Implementation of a Rapid Triage and Treatment System. *Western Journal of Emergency Medicine*, 12 (2), 184-191.
- Olofsson, P., Gellerstedt, M., & Carlström, E. (2009). Manchester Triage in Sweden - interrater reliability and accuracy. *Emergency Medicine Journal*, 17(3):143-8. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2008.11.008>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa Situação Crítica*. Consultado em 19/09/2022, disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/documents/legislacaooe/regulamentocompetencias_pessoasituacaocritica_aprovadoag20nov2010.pdf
- Pardey, T. G. (2007). Emergency Triage. *Australasian Emergency Nursing Journal* (Vol. 10, Issue 2, 43–45). [https://doi.org/10.1016/S1574-6267\(07\)00054-7](https://doi.org/10.1016/S1574-6267(07)00054-7)
- Pinto, E. D. (2010). *Apresentação clínica do síndrome coronário no serviço de urgência*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Faculdade de Medicina do Porto: Porto.
- Salgueiro, A. (2019). *Triagem de Manchester - Satisfação dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu: Viseu.
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática*. 6ªed. Loures: Lusociência. p. 823. ISBN: 982-972-8930-63-9.
- Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades - Triagem de Manchester*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Faculdade de Medicina do Porto: Porto.
- Silva, E. T., Matsuda, L. M., Paulino, G. M. E., Camillo, N. R. S., Simões, A. C., & Ferreira, A. M. D. (2020). Fatores que influenciam a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência: Revisão Integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.33408>
- Silva, E. B. B. (2012). *Satisfação dos utentes com o atendimento de enfermagem no serviço de urgência geral*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu: Viseu.

- Souza, C. C. de, Araújo, F. A., & Chianca, T. C. M. (2015). Scientific Literature on the Reliability and Validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: A Integrative Literature Review. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 49(1), 144–151. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100019>
- Speake, D., Teece, S. & Mackway-Jones, K. (2003). Detecting high risk patients with chest pain. *Emergency Nurse*, 11 (5), 19-21.
- Storm-Versloot, M. N., Vermeulen, H., van Lammeren, N., Luitse, J. S., & Goslings, J. C. (2014). Influence of the Manchester triage system on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. *Emergency Medicine Journal*, 31(1), 13–18. <https://doi.org/10.1136/emered-2012-201099>
- Tareco, E.S. R. (2015). *Sistemas informáticos em saúde para a qualidade dos cuidados de enfermagem, revisão sistemática*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve - Faculdade de Economia: Faro.
- Teixeira, J. P. (2020) - *Admissões e afetação de recursos no serviço de urgência médico-cirúrgica da unidade local de saúde do litoral alentejano*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia. Universidade do Algarve: Faro.
- Toni, G., & McCallum, P. (2007). Emergency Triage. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10(2): 43-45. DOI: [10.1016/S1574-6267\(07\)00054-7](https://doi.org/10.1016/S1574-6267(07)00054-7)
- Totten, V. & Bellou, A. (2013). Desenvolvimento da medicina de emergência na Europa. *Emergency Medicine Journal*, 20(5):514-21. <https://doi.org/10.1111/acem.12126>
- Vargas, M. A., Albuquerque, G. L., Erdman, A. L. & Ramos, F. R. S. (2007). Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (3), 339-343. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000300018>
- Vilelas, J. (2017) – *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 978-989-561-097-6.
- Van der Wulp, I., Schrijvers, A. J. P., & Van Stell, H. F. (2008). Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study. *Emergency Medicine Journal*, 26, 506-509. <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2008.063768>
- Wright, J.; Hogg, K. & Mackway-Jones, K. (2005). The diagnostic utility of triage nurses at recognizing pleuritic chest pain. *Emergency Nurse*.

ANEXOS

ANEXO I

Guião de Entrevista aos Enfermeiros

Guião de Entrevista aos Enfermeiros

1. Identificação: Nome; Género; Categoria Profissional; Anos de Experiência
2. Quais os fatores que condicionam o erro na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester?
3. Quais as principais dificuldades na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester?
4. Sugestões de melhoria na aplicação do Sistema de Triagem de Manchester?

ANEXO II

Modelo de Consentimento Informado

FOLHETO INFORMATIVO

Eu, Luís Miguel Martins Gonçalves, aluno do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, venho por este meio solicitar a vossa colaboração, no sentido de poder realizar recolha de dados para fins de investigação, no Serviço de Urgência do Hospital de Braga (Entidade Pública Empresarial), tendo como intuito desenvolver um projeto de investigação denominado “A Qualidade do Sistema de Triagem de Manchester na Perspetiva dos Enfermeiros”.

Com a realização deste estudo pretende-se averiguar qual a perceção dos enfermeiros acerca dos fatores que condicionam o erro na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester.

Para a realização deste estudo, solicito a recolha dos seguintes dados: idade, género, formação académica e tempo de experiência profissional.

A participação neste estudo é de carácter voluntário, não sendo fornecido qualquer pagamento aos participantes.

Para cada finalidade de dados recolhidos, o participante pode escolher se consente ou não o tipo de recolha, sendo necessária a aprovação individual para cada finalidade de tratamento de dados.

Deste estudo poderá resultar uma publicação científica; no entanto, os resultados serão sempre tratados de forma anónima.

Os dados serão recolhidos através uma entrevista semiestruturada (de acordo com o guião de entrevista anexo) e o entrevistado terá total liberdade de resposta. Os dados, depois, serão sujeitos a um processo de pseudonomização por forma a não tornar identificáveis os participantes enquanto estiver a decorrer o tratamento de dados, sendo no final do estudo a anonimização totalmente garantida. A entrevista será gravada com recurso a um gravador, transcrita dentro de 24 horas e apagada, de seguida. Serão transcritos apenas os dados considerados pertinentes para o estudo em causa. Será criada uma matriz de correspondência algoritmo/entrevistado em formato word, guardada no computador institucional que está

protegido por palavra passe. A entrevista, transcrita em formato de word, será guardada na cloud institucional/One Drive. A esta cloud apenas terá acesso o investigador principal, acesso este protegido por uma palavra passe.

Os dados pessoais, recolhidos no âmbito deste estudo, serão conservados até à publicação final dos seus resultados, não devendo ultrapassar o prazo de um ano. Expirado este tempo, os dados armazenados em suporte papel serão eliminados por máquina de triturar papel e os dados armazenados em suporte digital (computador/cloud) serão apagados, definitivamente.

É garantido ao titular dos dados o direito de acesso, atualização e retificação dos seus dados pessoais, mediante pedido por escrito dirigido ao investigador principal (luis.goncalves@hb.min-saude.pt). Nos termos da lei, é-lhe garantido o direito de, através de pedido escrito dirigido ao investigador principal, retirar o seu consentimento para o tratamento dos dados para as finalidades referidas, o que não invalida, no entanto, o tratamento dos dados efetuado até essa data com base no consentimento previamente dado.

Caso pretenda notificar algum aspeto relativo à proteção dos seus dados, deverá fazê-lo por escrito dirigido ao Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga (dpo@hb.min-saude.pt) ou através de queixa dirigida à autoridade nacional de controlo (www.cnpd.pt).

O investigador principal: Luís Miguel Martins Gonçalves

Contactos: Email: luis.goncalves@hb.min-saude.pt

Obrigado pela sua colaboração.

Data: ____ / ____ / _____

Tomei conhecimento,

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado, (nome completo e em maiúsculas) _____

_____, tomei conhecimento de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia do objetivo e finalidade do estudo de investigação e da forma como vou participar no estudo “A Qualidade do Sistema de Triagem de Manchester na Perspetiva dos Enfermeiros”, a ser realizado por Luís Miguel Martins Gonçalves.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de acesso, atualização e retificação dos dados pessoais e ainda o direito de recusar a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Sim, autorizo

Não autorizo

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / _____

Nota: Este documento é composto por 3 páginas e feito em duplicado: uma via para o investigador e outra para o entrevistado que consente.

ANEXO III

Autorização do Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Braga, EPE

10 de Março de 2021

Refª : 22_2021

Relator do Parecer: Paulo Silva

Parecer emitido em reunião ordinária de 10 de Março de 2021

Nos termos dos N.º 1 e 6 do Artigo 16.º da Lei N.º 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética do Hospital de Braga (CEHB) emite o seguinte parecer, relativamente ao estudo "A Qualidade do Sistema de Triagem de Manchester na Perspetiva dos Enfermeiros", de que é investigador principal o Enf. Luís Miguel Gonçalves (Enfermeiro do Serviço de Urgência do Hospital de Braga e aluno do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho), orientadora a Professora Fátima Braga (Professora Adjunta da Escola da Superior de Enfermagem da Universidade do Minho), e que decorrerá no âmbito do Serviço de Urgência (SU) da instituição:

a) O estudo pretende averiguar qual a perceção dos enfermeiros acerca da qualidade do Sistema de Triagem de Manchester. Trata-se de estudo exploratório-descritivo, de cariz qualitativo;

b) Os dados serão recolhidos através de entrevista semiestruturada realizada aos enfermeiros, com guião de criado propositadamente para o efeito. As entrevistas



serão gravadas e transcritas em 24 horas (conteúdo transcrito deverá ser confirmado pelos entrevistados), sendo posteriormente destruído o registo áudio.

Neste sentido, não estão associados ao estudo riscos previsíveis;c) O protocolo é adequado, existindo planos de divulgação dos resultados do estudo inerentes ao âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho;

d) A equipa de investigação possui aptidão para a realização do estudo;

e) Existem condições materiais e humanas necessárias à realização do estudo;

f) O estudo não acarretará despesa ou abuso de recursos;

g) A população alvo é constituída por enfermeiros em execução de funções no SU do Hospital de Braga, com os seguintes critérios de inclusão na amostra:

- Enfermeiros com experiência profissional em Serviço de Urgência superior a três anos;
- Enfermeiros com experiência em Triagem de Manchester superior a 1 ano;
- Auditorias com aproveitamento igual ou superior a 80%, nos últimos 12 meses e de forma consecutiva.

A amostra será construída por conveniência ou amostra acidental, sendo constituída por 10 enfermeiros do referido hospital, ou até à saturação de dados;

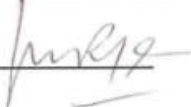
h) Não foram referidas situações de conflito de interesses;

i) O estudo não implica o acompanhamento dos participantes (enfermeiros);

j) Existe um adequado procedimento de obtenção de consentimento informado, incluindo as informações a prestar aos participantes. Existe o compromisso de que os dados recolhidos serão tratados de forma anónima, e que será garantida a sua confidencialidade ao longo de todo o processo.

Concluindo, o estudo cumpre as normas da Bioética e nada há a opor à sua realização.

O Presidente da Comissão de Ética



(Dr. Juan R. Garcia)


Hospital de Braga EPE
COMISSÃO DE ÉTICA

(Presidente da Comissão de Ética)

ANEXO IV

Autorização do Diretor do Serviço de Urgência do Hospital de Braga, EPE

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO**Ex.^{mo} Sr. Diretor do Serviço de Urgência do Hospital de Braga**

Eu, Luís Miguel Martins Gonçalves, na qualidade de Investigador Principal, solicito a vossa autorização para realizar um estudo de investigação no Serviço de Urgência intitulado de “Qualidade do Sistema de Triagem de Manchester na Perspetiva dos Enfermeiros”.

Mais declaro, sob compromisso de honra, total garantia da confidencialidade dos dados recolhidos, sendo que a recolha dos dados decorrerá sem nenhum prejuízo para o normal funcionamento do serviço.

Com os melhores cumprimentos,

Braga, 12 de Janeiro de 2021

O Investigador Principal



Em relação ao estudo supracitado, autorizo a sua realização do mesmo no serviço sob minha direção sendo que o Serviço reúne as condições necessárias para a concretização do mesmo.

Braga, 12 de Janeiro de 2021

O Diretor do Serviço



Hospital
Braga
Diretor Serviço de Urgência
Dr. Jorge Teixeira

ANEXO V

Autorização do Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência do Hospital de Braga, EPE

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**Ex.^{mo} Sr. Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência do Hospital de Braga**

Eu, Luís Miguel Martins Gonçalves, na qualidade de Investigador Principal, solicito a vossa autorização para realizar um estudo de investigação no Serviço de Urgência intitulado de “Qualidade do Sistema de Triagem de Manchester na Perspetiva dos Enfermeiros”.

Mais declaro, sob compromisso de honra, total garantia da confidencialidade dos dados recolhidos, sendo que a recolha dos dados decorrerá sem nenhum prejuízo para o normal funcionamento do serviço.

Com os melhores cumprimentos,

Braga, 12 de Janeiro de 2021
O Investigador Principal



Em relação ao estudo supracitado, autorizo a sua realização do mesmo no serviço sob minha direção sendo que o Serviço refine as condições necessárias para a concretização do mesmo.

Braga, 12 de Janeiro de 2021
Enfermeiro Chefe do Serviço



ANEXO VI

Declaração de Responsabilidades

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADES

TÍTULO DO ESTUDO

A Qualidade do Sistema de Triagem de Manchester na Perspetiva dos Enfermeiros

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADES EXISTENTES

Venho por este meio e para os devidos efeitos, declarar que me comprometo a:

- a. Manter os dados pessoais a que tenha acesso no âmbito da atividade realizada neste estudo estritamente confidenciais, utilizando-os única e exclusivamente para efeitos da mesma, ficando sujeito a sigilo profissional em relação a tais dados, mesmo após a cessação do presente estudo;
- b. Não aceder ou consultar dados cujo acesso ou consulta não decorra diretamente do exercício das tarefas associadas ao presente estudo e que não tenha sido expressamente autorizado pelo Conselho de Administração do Hospital de Braga, E.P.E.;
- c. Cumprir com as políticas, regulamentos e manuais internos do Hospital de Braga, bem como quaisquer regras relacionadas com o tratamento e segurança de dados pessoais a que o mesmo esteja vinculado;
- d. Seguir todas as instruções emanadas no hospital em relação ao tratamento dos dados, designadamente quanto às medidas de segurança a adotar no tratamento de tais dados;
- e. Prestar assistência ao Hospital de Braga, tendo em conta a natureza do tratamento e a informação ao seu dispor, apenas quando este solicitar apoio para assegurar as obrigações referentes à notificação de violações de dados pessoais.

Mais declaro de que estou ciente de que a violação das obrigações relativas à política de privacidade e código de conduta do Hospital de Braga, ao Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados e à Lei 58/2019 de 8 de agosto, na presente declaração, me pode fazer incorrer em responsabilidade civil pelos danos e prejuízos que se venham a verificar, quer para o Hospital de Braga E.P.E., quer para o titular dos dados pessoais, sem prejuízo da responsabilidade disciplinar e/ou penal, que me possa ser imputada.

Pede deferimento,

Braga, 12 de janeiro de 2021

Assinatura do Investigador Principal pelo Estudo

Luis Miguel Martins Gonçalves

(Luis Miguel Martins Gonçalves)

Nome e assinaturas de todos os Investigadores Participantes no Estudo

ANEXO VII

Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

AVALIAÇÃO DE IMPACTO SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS DE ESTUDOS EM SAÚDE

Para garantir que as atividades de investigação, que envolvam o tratamento de dados pessoais de informação recolhida no Hospital de Braga, estão em conformidade com as leis de proteção de dados pessoais e com as políticas de privacidade do Hospital de Braga, a realização de uma avaliação de impacto sobre a proteção de dados é a forma adequada para demonstrar essa conformidade.

Caso sinta necessidade de apoio no preenchimento do formulário de avaliação de impacto sobre a proteção de dados do Estudo que pretende realizar, por favor contacte o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga através do e-mail dpo@hb.min-saude.pt

Informação Geral sobre os responsáveis pelo Estudo

Nome do Interlocutor pelo Estudo no Hospital de Braga	Maria Eulália Gomes Pereira
Serviço	Serviço de Urgência
Função	Enfermeira Especialista
Contactos institucionais (e-mail/tlm)	Maria.eulalia.pereira@hb.min-saude.pt

Nome do Investigador Principal	Luís Miguel Martins Gonçalves
Entidade	Hospital de Braga, EPE
Função	Enfermeiro
Contactos institucionais (e-mail/tlm)	luis.goncalves@hb.min-saude.pt

Instituição Promotora do Estudo	Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho
Pessoa de Contacto (se externo)	Professora Maria de Fátima Dias Braga
Contactos institucionais (e-mail/tlm)	fbraga@ese.uminho.pt

Outra(s) Entidade(s) Externa(s) participante(s) no Estudo	
Pessoa(s) de Contacto	
Contacto(s) institucionais (e-mail/tlm)	

Outra(s) Entidade(s) Externa(s) participante(s) no Estudo	
Pessoa(s) de Contacto	
Contacto(s) institucionais (e-mail/tlm)	

AValiação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

Colaboração com o 2CA-Braga

O 2CA-Braga é o centro de investigação clínica do Hospital de Braga e da Escola de Medicina da Universidade do Minho. Uma das suas funções é apoiar todos os estudos da iniciativa da indústria farmacêutica e, quando aplicável, apoia também o desenvolvimento e aplicação de estudos de iniciativa do investigador.

Estudo tem o apoio do 2CA-Braga?

Sim *Deverá enviar, previamente, o IMP.2CA.032 – Exequibilidade de Estudo Clínico para validação da direção do 2CA-Braga (para obter o formulário contactar o 2CA-Braga através do e-mail: 2ca@ccabraga.org).*

Se recebeu autorização de colaboração com o 2CA-Braga, deverá anexar o IMP.2CA.032 ou o e-mail de confirmação aos restantes documentos (Protocolo de Investigação, Formulários de Recolha de Dados, Consentimento Informado e Acordo de Tratamento de Dados, se aplicável) (Ir para a Secção A)

Não *(Ir para a Secção A)*

Secção A: Descrição Geral do Tratamento de Dados

1. Título do Estudo	
2. Tipo de Estudo <i>De acordo com a definição prevista no artº 2º alínea n) da Lei de Investigação Clínica, lei nº 21/2014 de 16 de abril</i>	<input type="checkbox"/> Estudo clínico de regimes alimentares <input type="checkbox"/> Estudo clínico de terapêutica não convencional <input type="checkbox"/> Estudo clínico multicêntrico <input type="checkbox"/> Estudo clínico sem intervenção <input type="checkbox"/> Estudo clínico com intervenção <input checked="" type="checkbox"/> Estudo de investigação/ação <input type="checkbox"/> Estudo clínico de dispositivo médico <input type="checkbox"/> Estudo clínico de produtos cosméticos e de higiene corporal <input type="checkbox"/> Ensaio clínico
2. Âmbito e objetivos do trabalho <i>Explique as finalidades do Estudo e do tratamento de dados a realizar</i>	<p>O Sistema de Triagem de Manchester está implementado em todos os Serviços de Urgência de Portugal. É sistema de triagem que, de forma objetiva, reproduzível, passível de ser auditado e com controlo médico, promove o atendimento em função de critério clínico. Como em Portugal a Triagem de Manchester é realizada por enfermeiros, estes assumem um papel central e determinante para a experiência do utente no serviço de urgência.</p> <p>O momento da triagem é um evento único para cada utente, limitado num espaço de tempo muito reduzido, que coloca aos enfermeiros múltiplos constrangimentos e dificuldades. A experiência vivenciada (como prestador de cuidados e como auditor/formador do Sistema de Triagem de Manchester), num serviço de urgência que utiliza a Triagem de Manchester como sistema de triagem permite-nos, muitas vezes, constatar que esta temática é alvo de discussão entre os pares, na medida em que, nas auditorias efetuadas mensalmente, existem incoerências onde se encontram evidenciadas situações de erro na triagem.</p> <p>Reconhecendo a importância da aplicação dos resultados da investigação na prática, após uma reflexão sobre o exercício da</p>

AVALIAÇÃO DE IMPACTO SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS DE ESTUDOS EM SAÚDE

	<p>enfermagem no serviço de urgência e no Sistema de Triagem de Manchester, eis, então, que surge a seguinte questão de partida:</p> <p>“Qual a perspetiva dos enfermeiros, relativamente aos fatores que condicionam o erro, na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester?”.</p> <p>A evidência de estudos científicos é essencial para auxiliar o enfermeiro na seleção das melhores práticas a serem materializadas nos cuidados. São o suporte que garante uma prática mais segura ao enfermeiro e ao utente a atribuição de um nível de gravidade que reflita o seu real estado de saúde. Face à problemática exposta anteriormente torna-se pertinente investigar que fatores na perspetiva dos enfermeiros podem contribuir para o erro na atribuição da prioridade no Sistema de Triagem de Manchester.</p> <p>O presente estudo desenvolve-se no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica e Intensivismo do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.</p>
<p>3. Descreva resumidamente o fluxo de transferência dos dados (operações de tratamento de dados a realizar) de modo a identificar todas as entidades que irão processar os dados</p> <p><i>Como vai identificar os casos elegíveis para o Estudo? De que modo vai colher os dados? Para quem vai enviar os dados?</i></p>	<p>A recolha de dados será realizada através de uma entrevista (gravada) semiestruturada a realizar aos enfermeiros que realizam Triagem de Manchester no serviço de urgência do hospital de Braga, EPE.</p> <p>A amostra é por conveniência ou amostra acidental, constituída por 10 enfermeiros do referido hospital, ou até à saturação de dados.</p> <p>Os critérios de inclusão serão os seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros com experiência profissional em serviço de urgência superior a três anos; • Enfermeiros com experiência em Triagem de Manchester superior a 1 ano; • Auditorias com aproveitamento igual ou superior a 80%, nos últimos 12 meses e de forma consecutiva. <p>A amostra de participantes resultará da consulta dos relatórios das auditorias mensais com a percentagem de conformidade de cada Enfermeiro que serão facultados pelo enfermeiro gestor do serviço de urgência.</p> <p>Com o objetivo de melhorar a eficácia e a qualidade do tratamento de dados será utilizada a ferramenta de análise de conteúdo suportada por software WebQDA.</p>
<p>4. Tipo de dados pessoais (indique todas as variáveis a recolher, incluindo aquelas que colhe, mas não regista na base de dados do Estudo)</p>	<p>Serão tratados exclusivamente dados referentes aos Enfermeiros, nomeadamente. Idade, Género, Formação académica, Tempo de experiência profissional.</p>

AValiação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

<p>Deve ter em conta o respeito pelo princípio da minimização de dados, devendo ser recolhidos apenas os dados adequados e limitados ao necessário em relação à finalidade do Estudo.</p>	<p>Os dados são de categoria especial? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <i>(entende-se por categoria especial dados a origem racial ou étnica, opiniões políticas, convicções religiosas ou filosóficas, filiação sindical, dados genéticos, biométricos e relativos à saúde ou à vida sexual ou orientação sexual)</i></p>
<p>5. Os participantes serão identificados por um código especificamente criado para este Estudo?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Será criada uma matriz de correspondência (algarismo/entrevistado) que será guardada no computador da sala 5 do serviço de urgência. Se sim, onde fica alocada a responsabilidade por esta tarefa? Investigador.</p>
<p>6. Para além dos dados, é feita recolha de produtos biológicos, imagens ou gravações áudio ou vídeo?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, onde serão armazenados/conservados? As entrevistas serão gravadas num gravador, transcritas em 24 horas para um ficheiro word identificado com o código atribuído ao participante e armazenado na cloud institucional. De que modo é feita a sua etiquetagem? Ordem numérica crescente.</p>
<p>7. A quem se referem os dados pessoais?</p>	<p><input type="checkbox"/> Utentes <input checked="" type="checkbox"/> Profissionais de Saúde <input type="checkbox"/> Indivíduos saudáveis <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>
<p>8. Que tipo de ferramentas informáticas vai utilizar para o tratamento de dados? Detalhe, por favor.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Software. Qual(is)? WebQDA, Cloud institucional (Microsoft Office 365/One Drive) <input checked="" type="checkbox"/> Hardware. Qual(is)? Computador, gravador Propriedade de: <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input checked="" type="checkbox"/> Instituição Externa <input type="checkbox"/> Pessoal (investigadores)</p>
<p>9. Vai transferir dados para <u>fora do hospital</u>?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Não <i>(Ir para a Secção B)</i> <input type="checkbox"/> Sim, para <input type="checkbox"/> Entidade em Portugal <input type="checkbox"/> Entidade no Espaço Económico Europeu <input type="checkbox"/> Entidade fora da União Europeia <i>(Ir para a Q9)</i></p>
<p>10. Indique a entidade e o país a que pertencem os destinatários dos dados?</p>	
<p>11. Indique a data prevista de finalização do Estudo</p>	<p>04/06/2021 <i>(Ir para a Secção B)</i></p>

Secção B: Fundamentação da Legitimidade do Tratamento de Dados

<p>1. Base legal</p>	<p><input type="checkbox"/> Desempenho de um contrato em que o titular dos dados é parte interessada <i>(Ir para a Q2)</i></p>
----------------------	--

AValiação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

	<input type="checkbox"/> Interesse público (caso a finalidade esteja inscrita em legislação portuguesa) <i>(Ir para a Q2)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Legítimo interesse (do hospital ou de terceiros) <i>(Ir para a Q2)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Consentimento dos titulares dos dados <i>(Ir para a Q3)</i> <input type="checkbox"/> Não sei/ dúvidas – <i>contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga</i>
<p>2. Fundamente o motivo de escolha da base legal <i>Identifique claramente as justificações dos interesses legítimos evocados</i></p>	<p>O presente estudo desenvolve-se no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica e Intensivismo do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. <i>(Ir para a Secção C)</i></p>
<p>3. Qual a condição de legitimidade para o tratamento de dados de saúde?</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Consentimento explícito <input type="checkbox"/> Interesse público no domínio da Saúde Pública. Justifique: <hr/> <input type="checkbox"/> Tratamento necessário para efeitos de medicina preventiva ou do trabalho, para a avaliação da capacidade de trabalho do empregado, para o diagnóstico médico, para a prestação de cuidados ou tratamentos de saúde ou para a gestão de sistemas e serviços de saúde <input type="checkbox"/> Tratamento necessário para fins de arquivo de interesse público, para fins de investigação científica ou histórica ou para fins estatísticos <input type="checkbox"/> Outra: _____ <i>(Ir para a Secção C)</i>

Secção C: Transparência e Dever de Informação

Responda a todas as questões desta secção

<p>1. O titular dos dados irá receber informação sobre o tratamento de dados que pretende fazer?</p>	<input type="checkbox"/> Não, porque _____ <input checked="" type="checkbox"/> Sim Se sim, indique que tipo de informação que será prestada: <input checked="" type="checkbox"/> Contactos do responsável pelo tratamento <input checked="" type="checkbox"/> Finalidade do tratamento <input checked="" type="checkbox"/> Categorias de dados em questão <input checked="" type="checkbox"/> Destinatários dos dados pessoais, se os houver <input type="checkbox"/> Transferências de dados para fora da Europa <input checked="" type="checkbox"/> Prazo de conservação dos dados colhidos <input checked="" type="checkbox"/> Exercício dos direitos dos titulares de dados (acesso retificação, limitação, oposição)
--	--

AValiação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

<p>2. O tratamento de dados está coberto pelas condições previstas na Política de Privacidade do Hospital de Braga? <i>https://www.hospitaldebraga.pt/utente-visitante/politica-de-privacidade</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não - <i>contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga</i></p>
<p>3. Se a base legal é o consentimento informado, descreva o modo como vai obter o consentimento dos titulares de dados?</p>	<p>O consentimento dos titulares para a recolha de dados será realizado através de uma Declaração de Consentimento Informado a assinar pelo próprio e pelo investigador após informação sobre o estudo a realizar.</p>
<p>4. Indique os requisitos que considera que se verificam na obtenção do consentimento dos titulares de dados pessoais.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Dado livremente, sendo uma escolha genuína do titular</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Específico relativamente a todas as finalidades de tratamento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Informado, com linguagem simples, inteligível e de fácil acesso e destacado de outros assuntos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Inequívoco, sendo dada a opção de assinalar "sim" ou "não" <i>(Ir para a Secção D)</i></p>

Secção D: Reutilização de dados pré-existent

<p>1. Os dados pessoais que está a recolher são colhidos diretamente do titular de dados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <i>(Ir para a Secção E)</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <i>(Ir para a Q2)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Não sei/dúvidas – <i>contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga</i></p>
<p>2. De que forma prevê colher, indiretamente, os dados?</p>	<p><input type="checkbox"/> Processo clínico hospitalar</p> <p><input type="checkbox"/> Base de dados do serviço. Qual? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Registo de Saúde Eletrónico (Portal Da Saúde)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Outro: Solicitar ao Enfermeiro Chefe os relatórios das auditorias mensais. <i>(Ir para a Secção E)</i></p>

Secção E: Exatidão dos Dados

Resumidamente, descreva as consequências que decorrem se os dados que estiver a utilizar se revelarem não ser exatos? Poderão causar danos (ex.: sociais, financeiros, reputacionais) aos titulares dos dados? (descreva a probabilidade de ocorrência assim como de impacto sobre o titular)

Os dados a utilizar não causarão qualquer tipo de dano aos titulares, poderão eventualmente favorecer o enviesamento do estudo.
(Ir para a Secção F)

AVALIAÇÃO DE IMPACTO SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS DE ESTUDOS EM SAÚDE
Secção F: Necessidade do Tratamento de Dados Pessoais

Responda a todas as questões desta secção

<p>1. Precisa de usar dados pessoais para realizar o tratamento de dados, desde a colheita até à destruição dos dados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/ dúvidas - <i>contactar o seu Orientador/Tutor para discussão</i></p>
<p>2. Considerou a possibilidade de utilizar dados pseudonimizados/anonimizados, em alternativa?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não, porque _____ <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Como? _____</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Secção G)</i></p>

Secção G: Conservação e Segurança dos Dados

<p>1. Onde armazena os dados pessoais do seu trabalho? <i>Descreva, para cada um dos ativos, onde os dados serão armazenados e de quem é a responsabilidade de guarda</i></p>	<p>As entrevistas serão gravadas num gravador, transcritas em 24 horas e apagadas em seguida. Os restantes dados pessoais recolhidos no âmbito deste estudo serão conservados até à publicação final dos seus resultados não devendo ultrapassar o prazo de um ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os consentimentos informados (suporte de papel) serão guardados num armário tecnado a chave que esta no gabinete 5 do serviço de urgência. Serão destruídos por máquina de triturar papel. • A matriz de correspondência algarismo/entrevistado em formato word será guardada no computador que está protegido por palavra passe. A entrevista transcrita em formato de word será guardada na cloud institucional, acesso este protegido por uma palavra passe. • Os dados guardados em formato digital serão eliminados de forma definitiva no prazo máximo de um ano.
<p>2. Existe capacidade de autenticar o acesso de todos os utilizadores que irão tratar os dados do seu Estudo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Como? Palavra Passe.</p>
<p>3. Existe um procedimento de criação de perfis de acesso, onde cada perfil é definido em função do tipo de dado pessoal a que acede e ação que pode efetuar, de acordo com o princípio da necessidade de conhecer?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Não, porque Os dados serão tratados somente por um investigador. _____ <input type="checkbox"/> Sim. Qual o processo? _____</p>
<p>4. Que meios (tecnológicos e físicos) existem para monitorizar, registar e analisar os acessos não autorizados aos dados?</p>	<p>Palavra Passe.</p>

AVALIAÇÃO DE IMPACTO SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS DE ESTUDOS EM SAÚDE

<p>5. Que medidas técnicas de proteção dos dados existem contra modificações não autorizadas, perdas, furtos e divulgação não autorizada?</p>	<p>Encriptar o acesso aos ficheiros com uma password. Os dados em papel serão guardados num armário fechado com chave no gabinete do Enfermeiro Responsável do Serviço de Urgência (sala atrás identificada).</p>
<p>6. Por quanto tempo conservará os dados? Justifique os motivos para o período escolhido.</p>	<p>As entrevistas gravadas serão transcritas em 24 horas e apagadas do gravador. Os dados armazenados em ficheiros suporte digital e em suporte de papel serão mantidos até à conclusão do estudo para análise de conteúdo, até um máximo de 1 ano, sendo eliminados definitivamente findo esse prazo.</p>
<p>7. Como é que eliminará/destruirá os dados pessoais, uma vez ultrapassado o critério de conservação dos mesmos?</p>	<p>Os dados em suporte digital serão eliminados/apagados do computador e da cloud institucional após conclusão do estudo. Os dados em suporte de papel serão eliminados por máquina de triturar papel.</p>

Este formulário deverá ser enviado ao Encarregado de Proteção de Dados para emissão do seu parecer (Secção H).

Caso do parecer emitido (Secção H) surjam recomendações e a necessidade de revisão dos documentos submetidos – Protocolo de Investigação, Formulários de Recolha de Dados ou Estrutura da Base de Dados do Estudo, Folheto de Informação e Consentimento Informado – , **descreva abaixo as alterações introduzidas e submeta de novo** os documentos alterados, conjuntamente com este formulário.

AValiação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

Secção H: a ser preenchido pelo Encarregado de Proteção de Dados

1. Síntese dos princípios fundamentais para garantir a conformidade com o RGPD:

ID	Controlos selecionados para demonstrar a conformidade com os princípios fundamentais	Avaliação
P1	Finalidade específica, explícita e legítima	Aceitável
P2	O critério de licitude para o tratamento de dados está adequado ao Estudo	Aceitável
P3	O tratamento de dados é adequado, relevante e limitado ao que é necessário em relação à finalidade (princípio da minimização)	Aceitável
P4	A informação fornecida ao participante é adequada (princípio da lealdade e transparência)	Aceitável
P5	Existem condições para o exercício do direito de acesso e à portabilidade dos dados	Aceitável
P6	Existem condições para o exercício do direito de retificação e eliminação de dados	Aceitável
P7	Existem condições para o exercício do direito à limitação do tratamento de dados e do direito de retirar o consentimento	Aceitável
P8	O tratamento de dados realizado por outras entidades rege-se por um Acordo escrito (artº 26 ou 28)	Não Aplicável
P9	As transferências de dados para países fora da União Europeia cumprem as obrigações previstas	Não Aplicável

2. Avaliação dos riscos relacionados com a medidas de técnicas e organizacionais implementadas no Estudo que podem pôr em risco os direitos e liberdades dos titulares de dados:

ID	Fontes de Risco	Ameaças	Impacto nos direitos e liberdades dos titulares	Probabilidade de Ocorrência	Resultado
R1	Procedimento de anonimização	Comprometimento do algoritmo de anonimização, por interconexão de dados com outros sistemas de informação	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R2	Ficheiro com a chave de pseudonimização	Acesso indevido à chave; Roubo ou mau uso da identidade	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R3	Investigadores no âmbito do Estudo	Acesso ilegítimo à informação clínica; Modificação indesejada; Divulgação ilícita; Perda de dados propositada ou acidental	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4

AValiação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

R4	Colaboradores do hospital com acesso aos sistemas de informação clínicos	Acesso ilegítimo à informação clínica; Modificação indesejada; Divulgação ilícita; Perda de dados propositada ou acidental	Escolha um item.	Escolha um item.	
R5	Segurança física dos locais de armazenamento dos dados	Não existência de controlo de acessos aos edifícios e salas de trabalho; armários de acesso restrito;	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R6	Segurança de redes de acesso, secretárias de trabalho	Perda de dados (e.g. ransomware, ataques a vulnerabilidades), sistema de destruição de papel	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R7	Transferência eletrónica de dados (email, ficheiros partilhados)	Acesso ilegal a dados de categoria especial ou inadequação das medidas de proteção desses dados	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R8	Backups das bases de dados	Impossibilidade de poder exercer controlo sobre os dados em caso de perda de disponibilidade e/ou integridade	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R9	Controlo de acessos (<i>Logs</i>)	Impossibilidade de poder exercer controlo sobre os dados em caso de acessos indevidos	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R10	Autenticação de acessos	Passwords fracas; Procedimentos autenticação de identidade dos titulares em interações à distância; controlo de acessos físicos	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R11	Tratamentos de dados fora da UE (Cloud, CRO, Promotores)	Medidas técnicas e organizativas insuficientes; Demonstração de Certificação insuficiente	Escolha um item.	Escolha um item.	

3. Recomendações para a garantia da segurança de Informação e que comprovem a observância do RGPD

Nos termos do nº 2 do artigo 35º e da alínea c) do nº 1 do artigo 39º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, o tratamento de dados pessoais deve considerar-se autorizado nos seguintes termos:

- A base de dados do estudo apenas deverá conter o código de participante, enquanto dado pessoal, e ser guardada no computador do investigador principal ou em **local distinto do ficheiro com a chave de pseudonimização**;
- Não devem ser usados dispositivos móveis como pens para a transferência de dados entre o hospital e os dispositivos da equipa de investigadores;
- As trocas de emails devem-se fazer sempre pelos **emails institucionais**;
- O acesso aos ficheiros dos dados do estudo (ficheiro com a chave de pseudonimização e

AVALIAÇÃO DE IMPACTO SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS DE ESTUDOS EM SAÚDE

base de dados do estudo) deve ser feito através de **password robusta**;

- As passwords robustas devem obedecer ao critério de terem no mínimo 9 caracteres e serem complexas mas de fácil memorização e transmissão verbal, para evitar a sua escrita. A sua composição deverá exigir a inclusão de 3 dos 4 seguintes conjuntos de caracteres: letras minúsculas (a...z), letras maiúsculas (A...Z), números (0...9) e caracteres especiais (~ ! @ # \$ % ^ & * () _ + | ` - = \ { } [] : " ; ' < > ? , . /). Poderá, em alternativa, ser constituída por frases ou excertos de texto longo, conhecidos pelo utilizador, sem caracter de «espaço». Não deverão ser utilizadas palavras únicas do dicionário, datas ou outros elementos facilmente associáveis ao investigador;
- As **gravações devem ser transcritas num prazo máximo de 48h** após a recolha, validadas e devem ser apagadas de imediato;
- O prazo de retenção dos dados pessoais deverá ser no máximo de 2 anos, ou seja, Dez/2022;
- Os consentimentos informados apenas devem ser destruídos findo o prazo de conservação dos dados pessoais;
- **O orientador interno fica responsável pela garantia da destruição de todos os ativos com dados pessoais**;
- O orientador interno deverá proceder junto do encarregado de proteção de dados, enviando um email demonstrativo das medidas tomadas para a destruição dos dados pessoais do estudo (auto de destruição).

4. Revisão da documentação de suporte à Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados

Não é necessária revisão

Necessita de revisão pelo investigador principal

5. Medidas de mitigação dos riscos identificados nos pontos 1 e 2 e que devem ir ao encontro das recomendações emitidas no ponto 3

ID do Risco	Medida para redução do risco	Novo Resultado do Risco

AVALIAÇÃO DE IMPACTO SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS DE ESTUDOS EM SAÚDE

6. Conclusão Final:

Estudo em conformidade com o RGPD

O Estudo não está em conformidade com o RGPD, atendendo a que as medidas identificadas não são suficientes para atenuar os riscos sobre a proteção dos dados.

De acordo com o artº 36 do RGPD, o Responsável pelo Tratamento deve proceder à Consulta Prévia da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Av. D. Carlos I, 134 - 1.º 1200-651 Lisboa - Tel: +351 213928400 - Fax: +351 213976832 - e-mail: geral@cnpd.pt).

Assinatura do DPO: *Sónia Dória (6001)*

Data: 25/02/2021

Código ref.ª DPO: 20210004_Urgencia250221

ANEXO VIII

Autorização da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS)

Identificação do documento: CEICVS 015/2021

Título do projeto: *A Qualidade do Sistema de Triagem de Manchester na Perspetiva dos Enfermeiros*

Equipa de investigação: Luís Miguel Martins Gonçalves, estudante do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; Professora Doutora Maria de Fátima Dias Braga, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (Orientadora)

Unidade Orgânica Promotora: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

Outras Unidades: Serviço de Urgência do Hospital de Braga

PARECER

De acordo com a documentação apresentada, o projeto insere-se no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica e Intensivismo do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Trata-se de um estudo exploratório, prospetivo, observacional e descritivo, com abordagem qualitativa, com o apoio institucional da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e do Serviço de Urgência do Hospital de Braga. É objetivo principal do estudo explorar perspetiva dos enfermeiros, relativamente aos fatores que condicionam o erro, na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester.

O estudo obteve aprovação pelo DPO do Hospital de Braga (Código DOP: 202110004_Urgencia250221) a 25 de fevereiro de 2021 e pela Comissão de Ética da Saúde do Hospital de Braga (Refª: 22_2021) a 10 de março de 2021. Após verificação e análise dos documentos associados ao processo de pedido de emissão de parecer ético sobre o projeto em apreço, a que reporta a respetiva "Análise e justificação do parecer", considera-se que (i) o processo está devidamente instruído, (ii) a análise dos documentos apresentados sobre o

estudo a realizar obedecem às regras de conduta ética e requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos e (iii) estão em conformidade com o Guião para submissão de processos a pedido de Parecer Ético na UMinho.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade dos seus membros.

Braga, 3 de maio de 2021.

A Presidente da CEICVS



(Maria Cecília Lemos Pinto Estrela Leão)

.....

ANÁLISE E JUSTIFICAÇÃO DO PARECER

Relatora: Nadine Santos

Grelha de verificação e de avaliação ética

(Processo submetido em suporte eletrónico - documentos recebidos assinalados com X e respetiva avaliação ética)

Documentos	Sim	Não	Não se aplica	Avaliação Técnico-ética
Pedido de apreciação de projeto enviado à CEICVS*	X			Adequado
Quando aplicável, identificação da Unidade Curricular (UC) no âmbito da qual se insere o projeto (designação do curso, designação da UC e respetivo ano curricular, identificação do/s coordenador/es da UC, nome e número mecanográfico do estudante)	X			Adequado
Carta de Apoio/Autorização da(s) Unidade(s) ou Serviço(s) onde decorrerá o projeto*	X			Adequada
Quando aplicável, informação do Orientador da Tese sobre apoio e/ou enquadramento do projeto	X			Adequado
Protocolo do estudo, incluindo, se aplicável, os instrumentos de recolha de dados e/ou informação para o participante*	X			Protocolo do estudo elaborado de acordo

				com os requisitos e normas éticas de boas práticas em experimentação com humanos.
Curriculum Vitae abreviado do Investigador Responsável e dos membros da equipa e/ou orientadores ^{a)}	X			Presente
Quando aplicável, documento de Consentimento Informado, elaborado e referenciado de acordo com a alínea ^{a)} abaixo indicada	X			Adequado
Declaração de Compromisso de Confidencialidade (e/ou Termo de Responsabilidade)	X			Adequada
Quando aplicável, informação sobre financiamento para o cumprimento do projeto, incluindo, se aplicável, cabimento/ inscrição no orçamento da Unidade/Serviço em que decorrerá e/ou com fonte de financiamento nacional/internacional			X	
O estudo tem aprovação do DPO do Hospital de Braga (Código DPO: 20210004_Urgencia250221), de 25 de fevereiro de 2021, e pela Comissão de Ética da Saúde do Hospital de Braga (Ref: 22_2021) de 10 de março de 2021.				

^{a)} Documentos obrigatórios de acordo com as normas orientadoras para submissão de processos a apreciar pelo Conselho de Ética da UMinho.

^{b)} Documentos obrigatórios de acordo com o funcionamento da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB).

^{c)} Documento de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia¹, a Convenção de Oviedo² e o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)³. Guião na elaboração do consentimento informado é disponibilizado pela ARSN⁴ e através do “Documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica”⁵.

Acesso aos documentos da alínea c):

¹http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

²<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

³<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

⁴<http://www.arsnorte.min-saude.pt/consentimento-informado/>

⁵http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+de+Dados+%28RGPD%29_publica%C3%A7%C3%A3o/ced81411-5fe4-46f5-a613-c7c716abbb4b

⁶<https://dre.pt/home/-/dre/123815982/details/maximized>

Justificação do Parecer

Trata-se de um projeto efetuado no âmbito Unidade Curricular Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica e Intensivismo do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, com o apoio institucional do Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e do Serviço de Urgência do Hospital de Braga, para a sua realização na(s) Unidade(s), com duração de 12 meses e com início previsto em junho de 2020.

O(a)s Investigador(a)s Responsável(eis) (IRs), têm formação clínica e/ou académica e/ou técnica e experiência solidificada nas áreas de base do projeto, e/ou o apoio de uma equipa de investigação com experiência.

O estudo obteve aprovação pelo DPO do Hospital de Braga (Código DOP: 202110004_Urgencia250221) a 25 de fevereiro de 2021 e pela Comissão de Ética da Saúde do Hospital de Braga (Refª: 22_2021) a 10 de março de 2021.

O objetivo geral do estudo é explorar perspectiva dos enfermeiros, relativamente aos fatores que condicionam o erro, na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester. São objetivos específicos do projeto comparar: i) Explorar a perspectiva dos enfermeiros acerca dos fatores que condicionam o erro na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester; ii) Descrever quais são, na perspectiva dos enfermeiros, os fatores que condicionam o erro na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester; iii) Identificar as principais dificuldades na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester; iv) Identificar quais são, na perspectiva dos enfermeiros, as possibilidades de melhoria na aplicação do STM.

Trata-se um estudo exploratório, prospetivo, observacional e descritivo, com abordagem qualitativa. Será a população-alvo a todos os enfermeiros em execução de funções, no Serviço de Urgência do Hospital de Braga, no período de tempo do estudo. Foram definidos critérios de inclusão e de exclusão. A recolha de dados irá decorrer através de uma entrevista semiestruturada com as seguintes dimensões: i) Identificação (Nome; Género; Categoria Profissional; Anos de Experiência); ii) "Quais os fatores que condicionam o erro na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester?"; iii) "Quais as principais dificuldades na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester?"; iv) "Sugestões de melhoria na aplicação do Sistema de Triagem de Manchester?". A entrevista será gravada com recurso a um gravador, transcrita dentro de 24 horas e apagada de seguida. Serão transcritos apenas os dados considerados pertinentes para o estudo em causa. Será criada uma matriz de correspondência algarismo/entrevistado em formato word, guardada no computador institucional que está protegido por palavra passe. A entrevista transcrita em formato de word será guardada na cloud institucional/One Drive. A esta cloud apenas terá acesso o investigador principal, acesso este protegido por uma palavra passe. Variável, tipo de variável e/ou categorias da variável e descrição da mesma foram enumeradas/descritas no protocolo de investigação e/ou foi fornecido em anexo o Formulário de Recolha de Dados e/ou Guião da Entrevista e/ou Metodologia Laboratorial.

O projeto não envolve a dádiva, e/ou colheita, análise laboratorial e/ou imagiológica e/ou oftalmológico ou afins, e/ou processamento, e/ou preservação, e/ou armazenamento, e/ou distribuição e/ou aplicação de tecidos e/ou células de origem humana.

Será salvaguardado o anonimato e a confidencialidade do participante (não haverá identificação nominal do titular, sendo aposto um código de participante no estudo).

Os participantes serão informados dos procedimentos, da garantia de confidencialidade dos dados e do seu direito de desistir em qualquer momento do estudo sem qualquer prejuízo.

Não estão previstos quaisquer abuso(s) de recursos institucionais, hospitalares e/ou outros, como aplicável, para a realização do projeto.

Não se declaram existirem conflitos de interesse.

Não se declara a investigação envolver diretamente indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, menores, pessoas com incapacidade temporária ou permanente do exercício de autonomia).

Documentos recebidos no órgão institucional de ética da UMinho

Foram recebidos os seguintes documentos:

- Protocolo de investigação e/ou caderno de recolha de dados e/ou guião da entrevista
- Curriculum vitae abreviado do(a) investigador(a) responsável(eis)
- Parecer do(a) diretor(a) do centro de investigação e/ou unidade
- Modelo de documento de consentimento informado
- Cópia do(s) formulário(s) de recolha de dados a utilizar e/ou enumeração dos dados que serão colhidos

Foram ainda recebidos (outros documentos):

- Curriculum vitae abreviado do(a)(s) aluno(a)(s)
- Modelo de declaração de compromisso a utilizar pelo(a) IR e por outros investigadores ou colaboradores na investigação destinado a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade e boas praticas dadas pelo(a) IR (Termo de Responsabilidade)
- Declaração do orientador no compromisso na orientação e/ou Termo de Responsabilidade

ANEXO IX

Declaração de Apoio do Orientador Científico



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

DECLARAÇÃO

Maria de Fátima Dias Braga, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, declara disponibilidade para orientar o relatório de estágio do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica intitulada “A Qualidade do Sistema de Triagem de Manchester na Perspetiva dos enfermeiros”, do licenciado Luís Miguel Martins Gonçalves.

Braga, 15 de janeiro de 2021

Assinado por : **MARIA DE FÁTIMA DIAS BRAGA**
Num. de Identificação: B1123508932
Data: 2021.01.14 16:34:09+00'00'



ANEXO X

Termo de Responsabilidade da Confidencialidade

TERMO DE RESPONSABILIDADE DA CONFIDENCIALIDADE

Eu, Maria de Fátima Dias Braga, abaixo assinado, na qualidade de orientador responsável do projeto “A Qualidade do Sistema de Triagem de Manchester na Perspetiva dos enfermeiros”, declaro sob compromisso de honra, assumir total responsabilidade pelo tratamento dos dados inerentes à realização deste projeto, reiterando completa garantia de confidencialidade dos mesmos, em conformidade com as exposições estabelecidas pelo RGPD.

Por ser verdade, passo a seguinte declaração, a qual dato e assino:

Braga, 03 de março de 2021

Assinado por : **MARIA DE FÁTIMA DIAS BRAGA**

Num. de Identificação: BI123508932

Data: 2021.03.05 15:16:04+00'00'

