



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

TRIAGEM DE MANCHESTER: PROCESSOS DE DECISÃO DOS ENFERMEIROS NUM HOSPITAL DO NORTE DE PORTUGAL

Cláudia Isabel Abreu Azevedo

Julho de 2021

Escola Superior de Saúde



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Cláudia Isabel Abreu Azevedo

**TRIAGEM DE MANCHESTER: PROCESSOS DE DECISÃO DOS
ENFERMEIROS NUM HOSPITAL DO NORTE DE PORTUGAL**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Dissertação efetuada sob orientação do

Professor Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça

E coorientação da

Professora Doutora Clementina dos Prazeres Fernandes Sousa

Julho de 2021

RESUMO

O Serviço de Urgência, pelas suas particularidades, apresenta elevada afluência de doentes com diferentes critérios de gravidade. Torna-se, portanto, crucial priorizar o atendimento mediante a gravidade da situação clínica, com recurso a sistemas de triagem validados. Em Portugal, foi adotado o sistema de triagem de Manchester, onde o enfermeiro assume particular relevância. A tomada de decisão do enfermeiro na triagem é fundamental para a rapidez, segurança e qualidade da assistência em saúde.

O estudo teve como objetivos: conhecer as características dos processos de triagem num serviço de urgência da região norte de Portugal, no ano 2019; conhecer os fatores associados à perceção dos enfermeiros triadores sobre as habilidades de tomada de decisão na triagem.

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, transversal e retrospectivo, com uma amostra de 68381 registos do SClinico®, relativos às triagens realizadas entre 01 de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2019 e de 47 enfermeiros triadores, aos quais, para recolha de dados, se aplicou um questionário sociodemográfico e profissional e a versão portuguesa de Marques (2014) do Triage Decision Making Eventory (TDMI).

Dos registos de triagem, predomina o sexo feminino (54,7%) e idades entre os 18 e 102 anos, com média de $57,31 \pm 20,866$ anos. A maioria das admissões têm proveniência do domicílio (66,9%). O maior fluxo é registado nos turnos da manhã (56,8%), às segundas-feiras (17,1%) e no mês de agosto (9,8%). O fluxograma mais frequente é problemas nos membros (18,5%), o discriminador dor moderada (31,3%) e a prioridade urgente (57,7%). A média de tempos é de: $29,26 \pm 83,720$ minutos de demora para triagem; $2,08 \pm 1,204$ minutos de duração da triagem; $17,62 \pm 16,137$ minutos de demora para a primeira observação médica; $333,70 \pm 478,789$ minutos de permanência no serviço de urgência. A maioria tem alta para o domicílio (41,2%).

Relativamente aos enfermeiros triadores, são maioritariamente do sexo feminino (74,5%). As idades variam entre os 27 e os 63 anos, com média de $41,02 \pm 9,389$ anos. Predominam os licenciados (85,1%) e a categoria de enfermeiro (63,8%). A maioria dos enfermeiros detém experiência profissional superior a 5 anos, na profissão (89,4%) e no serviço de urgência (74,5%). Relativamente à triagem de Manchester, a maioria realizou formação entre 3 e 5 anos (44,7%) e realizam triagem com uma frequência de 6 a 10 vezes por mês (48,9%).

Os enfermeiros têm uma perceção positiva sobre as suas habilidades na tomada de decisão na triagem, com médias mais elevadas na habilidade Características

Cognitivas/Confiança na Habilidade ($4,94 \pm 0,420$) e as mais baixas na Intuição ($4,44 \pm 0,697$).

Observamos correlações significativas entre o TDMI, as habilidades Características Cognitivas/Confiança na Habilidade, Intuição, Pensamento Crítico do triador e a experiência profissional no serviço de urgência, bem como entre a idade do triador, a experiência na profissão e as habilidades características cognitivas e confiança.

Em síntese, as habilidades de tomada de decisão na triagem são influenciadas positivamente pela experiência profissional em contexto de urgência, sendo as habilidades Características Cognitivas/Confiança na Habilidade as mais valorizadas pelos enfermeiros triadores.

Palavras-Chave: Serviço de Urgência; Sistema de Triagem de Manchester; Enfermeiro; Tomada de decisão

ABSTRACT

The Emergency Department, due to its particularities, has a high inflow of patients with different severity criteria. Therefore, it is crucial to prioritize care according to the severity of the clinical situation, using validated triage systems. In Portugal, the Manchester triage system was adopted, where nurses are particularly important. The nurse's decision-making in triage is essential for the speed, safety, and quality of health care.

This study aimed to identify the characteristics of the triage processes in an emergency department in the northern region of Portugal, in 2019, and identify the factors associated with the triage nurses' perception of their decision-making skills in triage. This is a descriptive-correlational, cross-sectional and retrospective study, with a sample of 68381 SClínico® records, related to triage performed between January 1, 2019 and December 31, 2019, and 47 triage nurses, who received a sociodemographic and professional questionnaire and Marques' (2014) Portuguese version of the Triage Decision Making Inventory (TDMI).

Of the triage records, there is a predominance of female patients (54.7%) and ages between 18 and 102 years, with a mean of 57.31 ± 20.866 years. Most admissions come from home (66.9%). The highest flow is recorded in the morning shifts (56.8%), on Mondays (17.1%) and in the month of August (9.8%). The most frequent flowchart is limb problems (18.5%), the discriminator moderate pain (31.3%) and the priority urgent (57.7%). The average times are: 29.26 ± 83.720 minutes of delay to triage; 2.08 ± 1.204 minutes of triage duration; 17.62 ± 16.137 minutes of delay to first medical observation; 333.70 ± 478.789 minutes of stay in the emergency department. Most are discharged home (41.2%).

Regarding triage nurses, they are mostly female (74.5%). Their ages range from 27 to 63 years, with a mean of 41.02 ± 9.389 years. Graduates (85.1%) and nurses (63.8%) predominated. Most nurses had more than 5 years of professional experience in the profession (89.4%) and in the emergency department (74.5%). Regarding Manchester triage, most nurses had training between 3 and 5 years (44.7%) and perform triage between 6 and 10 times a month (48.9%).

Nurses have a positive perception about their decision-making skills in triage, with higher means in the skill Cognitive Characteristics/Confidence in Skill (4.94 ± 0.420) and the lowest in Intuition (4.44 ± 0.697).

We observed significant correlations between the TDMI, the skills Cognitive Characteristics/Cognitive Skill Confidence, Intuition, Critical Thinking of the trier and the

professional experience in the emergency department, as well as between the trier's age, experience in the profession and the skills cognitive characteristics and confidence.

In summary, the triage decision-making skills are positively influenced by the professional experience in the emergency department, and the Cognitive Characteristics/Cognitive Skill Confidence skills are the most valued by the triage nurses.

Keywords: Emergency Department; Manchester Triage System; Nurse; Decision-making

AGRADECIMENTOS

Esta longa caminhada só foi possível graças ao contributo de algumas pessoas a quem quero deixar expresso o meu profundo agradecimento:

À minha família e aos meus amigos pelo suporte e compreensão ao longo deste percurso.

Aos meus orientadores, Professor Doutor Luís Graça e Professora Doutora Clementina Sousa, por aceitarem este desafio e pela compreensão nos meus momentos difíceis ao longo deste percurso. Obrigada pela partilha de conhecimento, pelo rigor científico, pela disponibilidade e pelo incentivo permanente, que contribuíram para a concretização deste trabalho.

Ao Enfermeiro Cipriano, enfermeiro gestor no serviço de urgência, pela sua valiosa ajuda em tantos momentos ao longo destes anos, pela amizade e pelo incentivo permanente.

Aos meus colegas de Mestrado, pelo companheirismo e por tudo o que com eles aprendi.

A todos os Enfermeiros que aceitaram participar neste estudo e contribuíram para a sua concretização, um agradecimento especial.

A todos aqueles (e são muitos) que me apoiaram e acreditaram que era possível alcançar os objetivos a que me propus...

OBRIGADA!

DEDICATÓRIA

Ao Rui e à Carolina

PENSAMENTO

“Nada é mais difícil e, portanto, tão precioso, do que ser capaz de decidir”

Napoleão Bonaparte

ÍNDICE

RESUMO

ABSTRAT

AGRADECIMENTOS

DEDICATÓRIA

PENSAMENTO

ABREVIATURAS

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABELAS

INTRODUÇÃO.....21

CAPÍTULO I – TRIAGEM DE MANCHESTER NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DO CONCEITO À TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO.....27

1.1 O SERVIÇO DE URGÊNCIA.....30

1.2 A TRIAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....33

1.3 O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER EM PORTUGAL.....37

1.3.1 Metodologia do sistema de triagem de Manchester.....39

1.3.2 Competências do Enfermeiro na triagem.....45

1.4 TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NA TRIAGEM.....50

CAPÍTULO II – OPÇÕES METODOLÓGICAS.....57

2.1 OBJETIVOS E FINALIDADES DO ESTUDO.....60

2.2 TIPO DE ESTUDO.....62

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....63

2.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....66

2.5	TRATAMENTO DE DADOS.....	70
2.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	72
CAPÍTULO III – RESULTADOS.....		73
3.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRIAGEM.....	76
3.2	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS.....	85
3.3	TOMADA DE DECISÃO NA TRIAGEM.....	88
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....		95
CONCLUSÕES.....		115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		121
ANEXOS.....		131
ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE.....		133
APÊNDICES.....		137
APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO.....		139
APÊNDICE II – AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO TDMI.....		147
APÊNDICE III - DISTRIBUIÇÃO DAS TRIAGENS CONFORME OS DISCRIMINADORES.....		151
APÊNDICE IV - TESTES DE NORMALIDADE.....		157
APÊNDICE V - TESTES DE HOMOGENEIDADE DE VARIÂNCIAS.....		163

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Tempo alvo previsto de atendimento para as cinco cores da Triagem de Manchester

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Consistência interna do TDMI e subescalas

TABELA 2 - Distribuição dos doentes triados conforme as características sociodemográficas

TABELA 3 - Distribuição dos doentes triados conforme a proveniência à entrada no SU e a ativação de Via Verde

TABELA 4 - Distribuição conforme turno, dia da semana e mês de admissão

TABELA 5 – Distribuição das triagens de acordo com o fluxograma

TABELA 6 - Distribuição das triagens conforme os discriminadores mais frequentes e prioridade clínica

TABELA 7 – Distribuição das triagens conforme tempo de demora para a triagem, duração da triagem, demora para a primeira observação médica e permanência no SU, em minutos

TABELA 8 – Distribuição das triagens por desfecho do episódio de urgência

TABELA 9 - Distribuição conforme as características sociodemográficas

TABELA 10 - Distribuição conforme a caracterização profissional

TABELA 11 - Mediadas de estatística descritiva das subescalas e do total do TDMI - média ponderada

TABELA 12 - Correlação entre a idade e as subescalas e total do TDMI

TABELA 13 - Análise das diferenças das subescalas e total do TDMI entre os sexos

TABELA 14 - Análise das diferenças das subescalas e total do TDMI em função da formação académica

TABELA 15 - Análise das diferenças das subescalas e total do TDMI em função da categoria profissional

TABELA 16 - Análise da correlação entre o tempo de exercício na profissão, tempo de exercício no SU e as subescalas e total do TDMI

TABELA 17 - Análise de diferenças das subescalas e total do TDMI em função da frequência da realização de triagem

TABELA 18 - Análise das diferenças das subescalas e total do TDMI em função da última formação em TM

TABELA 19 - Análise das diferenças das subescalas e total do TDMI em função da motivação para a TM

ABREVIATURAS

DP Desvio-padrão

Et al. Et alii (e outros)

n.º Número

p. Página

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CAEP	Canadian Association of Emergency Physicians
CENA	College of Emergency Nursing Australasia
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral de Saúde
GPT	Grupo Português de Triagem
OE	Ordem dos Enfermeiros
SNS	Serviço Nacional de Saúde
STM	Sistema Triagem de Manchester
SU	Serviço de Urgência
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
TDMI	Triage Decision Making Inventory
TM	Triagem de Manchester

INTRODUÇÃO

O acesso aos cuidados de saúde preconiza-se que seja efetuado através dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), pela proximidade à população, capacidade de resposta à maioria das necessidades e custos acessíveis. No entanto, as pessoas procuram frequentemente o Serviço de Urgência (SU), mesmo em situações que podem ser resolvidas nos CSP. Unwin, Kinsman e Rigby (2016) salientam que o serviço de urgência, pelas suas particularidades, é a linha da frente no que diz respeito ao contacto do doente com os serviços de saúde, verificando-se a nível mundial, uma procura por estes serviços que excede a disponibilidade de recursos.

Em Portugal, também a crescente procura conduz a um cenário de sobrelotação dos serviços de urgência. Esta realidade, descrita na literatura como um problema de saúde pública (Santos [et al.], 2018; Gentile [et al.], 2010), afeta não só os doentes como coloca em causa todo o funcionamento dos serviços de urgência.

A abordagem das situações mais urgentes, ou potencialmente mais graves, necessita que os serviços estejam organizados numa lógica de priorização do risco clínico, uma vez que o binómio tempo-resposta é condição chave na funcionalidade dos serviços de urgência. É, portanto, imprescindível priorizar os doentes de acordo com a gravidade da situação clínica, adequando desta forma o atendimento. Conforme MackWay-Jones, Marsden e Windle (2014), a triagem é entendida como a priorização do atendimento de acordo com a gravidade da situação clínica, prognóstico e disponibilidade de recursos.

Nas últimas décadas, e a nível mundial, são vários os sistemas de triagem que emergem nos serviços de urgência com o objetivo de otimizar o atendimento, dando primazia aos casos mais urgentes e que necessitam de cuidados imediatos, minimizando, desta forma, os efeitos da sobrelotação (Azeredo [et al.], 2015). Considerados como uma valiosa ferramenta de gestão do risco clínico e de gestão organizacional, os sistemas de triagem visam aprimorar a qualidade dos cuidados prestados ao definirem critérios de atendimento de acordo com a gravidade da situação clínica do doente à chegada ao serviço de urgência (Sacoman [et al.], 2019).

Em Portugal, os serviços de urgência têm, pela publicação do Despacho n.º 18459/2006 de 12 de setembro, a obrigatoriedade de implementar um sistema de triagem de prioridades, nomeadamente do Sistema de Triagem de Manchester (STM).

O STM é um protocolo extremamente útil, que poderá ser utilizado de forma segura, rápida e eficaz (Marculino [et al.], 2016). Este sistema visa uma avaliação precisa e

sistemática por parte do triador, de forma a alocar o doente num dos cinco níveis de prioridade, desde o não urgente ao emergente (Grupo Português de Triagem (GPT), 2010).

A enfermagem, neste contexto, assume um papel fundamental na medida em que o enfermeiro tem sido o profissional responsável por efetuar a triagem dos doentes, através de uma avaliação rápida e tomada de decisão sobre a prioridade a atribuir. A formação, experiência e o conhecimento do enfermeiro, quer em triagem assim como em urgência/emergência, estão na base de uma tomada de decisão adequada (Dippenaar e Bruijns, 2016).

A tomada de decisão é parte integrante da prática de enfermagem e como salienta MackWay-Jones, Marsden e Windle (2014) é essencial para a segurança e gestão eficaz dos doentes. Uma sólida avaliação clínica requer tanto raciocínio como intuição, e ambos devem basear-se nos conhecimentos e competências dos profissionais (GPT, 2010).

O processo de tomada de decisão dos enfermeiros na triagem, bem como as habilidades que mobilizam são, ainda pouco explorados. Sendo a triagem e a inerente tomada de decisão do enfermeiro, um processo fundamental na admissão de doentes no serviço de urgência, condicionando todo o processo de cuidados, parece-nos pertinente estudar este fenómeno.

Salientamos, ainda, que a triagem de prioridades, sustentada no STM, é uma atividade que acompanha a nossa vida profissional há alguns anos, sendo as respetivas vivências pessoais, bem como as sentidas e manifestadas informalmente pelos nossos pares, a “voz de partida” para a realização deste estudo, tornando-o numa problemática que gostávamos de aprofundar.

Face à inquietação explanada, as questões emergentes e que nortearam este estudo, para as quais pretendíamos obter resposta, foram as seguintes:

- Quais as características dos processos de triagem de um serviço de urgência da região norte de Portugal, no ano 2019?
- Quais os fatores associados à perceção dos enfermeiros triadores sobre as habilidades de tomada de decisão na triagem?

Neste sentido, propomo-nos atingir os seguintes objetivos:

- Conhecer as características dos processos de triagem num serviço de urgência da região norte de Portugal, no ano 2019;
- Conhecer os fatores associados à perceção dos enfermeiros triadores sobre as habilidades de tomada de decisão na triagem.

Conhecer as características dos processos de triagem, assim como a perceção dos enfermeiros face à tomada de decisão na triagem num serviço de urgência, visa contribuir para o desenvolvimento do conhecimento e prática dos enfermeiros em contexto de serviço de urgência e designadamente na triagem de prioridades, com repercussão na melhoria da organização, qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Por conseguinte, optamos por um estudo descritivo-correlacional, retrospectivo e transversal, fazendo uso de uma metodologia de natureza quantitativa.

A presente dissertação, organizada de acordo com o desenvolvimento do processo de investigação, está redigida em quatro capítulos. O primeiro capítulo situa o quadro teórico que sustenta a problemática em estudo. Procuramos contextualizar o serviço de urgência e as suas dinâmicas, abordando a triagem de prioridades, concretamente o STM. Posteriormente, abordamos as competências do enfermeiro triador e a tomada de decisão no contexto da triagem de prioridades. O segundo capítulo refere-se às opções metodológicas, onde descrevemos os objetivos e finalidade do estudo, o tipo de estudo, a população e a amostra, o instrumento de recolha de dados bem como os procedimentos, as técnicas de tratamento de dados e a salvaguarda implícita das questões éticas. No terceiro capítulo são apresentados os resultados da investigação, seguidamente discutidos no quarto capítulo, onde, também, apresentamos as principais limitações do estudo e recomendações para futuras investigações. Por último, explanamos as principais conclusões e contributos do estudo.

CAPÍTULO I - TRIAGEM DE MANCHESTER NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DO CONCEITO À TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO

Os serviços de urgência são diariamente confrontados com a sobrelotação, com consequente impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados aos doentes que carecem efetivamente de cuidados urgentes e emergentes. Para tal é, fundamental estabelecer prioridades no atendimento e em Portugal instituiu-se o protocolo Triagem de Manchester (TM), no qual os enfermeiros se destacam.

Neste capítulo, iniciamos pela caracterização do serviço de urgência para depois contextualizarmos a triagem de prioridades, especificamente o protocolo de TM, e por último abordarmos e refletirmos sobre as competências do enfermeiro triador e a tomada de decisão na triagem.

1.1 O SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência assume, dentro do sistema de saúde, um papel preponderante na prestação de cuidados à população. Em 2002, o Ministério da Saúde definiu o serviço de urgência como um serviço de ação médica hospitalar que, sendo multidisciplinar e multiprofissional, presta cuidados de saúde nas situações de urgência e emergência (Despacho n.º11/2002).

Para melhor entendermos o funcionamento do serviço de urgência e a sua missão torna-se fundamental clarificar quais as ocorrências que se enquadram nas definições de urgência e emergência. Assim de acordo com a missão do serviço de urgência, a emergência refere-se a “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou iminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (Portugal, 2001, p.7). A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (Portugal, 2012) acrescenta que é um processo que carece de uma intervenção precisa num curto espaço de tempo, dado o risco de perda de vida ou de função orgânica.

No que se refere à urgência esta inclui “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (Portugal, 2001, p.7), sendo um “(...) processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)” (Portugal, 2012, p.8).

Contudo, grande parte dos utilizadores do serviço de urgência, não condiz com o propósito para que foi projetado, sendo cada vez mais frequente e crescente o recurso a este serviço por situações não urgentes (Unwin, Kinsman e Rigby, 2016), o que condiciona a prestação de cuidados às situações verdadeiramente urgentes, insatisfação dos doentes e profissionais, insuficiência de recursos humanos, ineficácia dos serviços e custos excessivos com a saúde (Uscher-Pines, 2013; Portugal, 2012).

Com o intuito de articular recursos, garantindo capacidade de resposta às necessidades de atendimento verdadeiramente urgente e/ou emergente, os serviços de urgência têm sido alvo de diversas reestruturações.

Atualmente, Portugal têm implementada uma rede pública de serviços de urgência com o objetivo de garantir a toda a população, em menos de 60 minutos, cuidados urgentes e

emergentes (Despacho n.º10319/2014). Segundo a mesma fonte, esta rede é constituída por serviços de urgência com níveis de assistência diferenciados, dotados de recursos humanos e materiais específicos ao nível da resposta que integram.

Existe três níveis diferenciados de resposta às necessidades de cuidados urgentes e emergentes (ibidem):

- O Serviço de Urgência Básico (SUB), primeiro nível de atendimento a situações de urgência, localizando-se mais próximos da população e constitui, portanto, um nível de abordagem e decisão para as situações de urgência de menor gravidade e mais comuns;
- O Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), segundo nível de atendimento, demarca-se como forma primordial de apoio diferenciado aos SUB existentes a montante, satelizando com os serviços de urgência a jusante e, portanto, com um nível de resposta mais diferenciado;
- O Serviço de Urgência Polivalente (SUP), corresponde ao terceiro e mais diferenciado nível de acolhimento, localizado habitualmente nos hospitais centrais ou centros hospitalares, dotado de todos os recursos necessários para dar resposta a qualquer situação de urgência e emergência.

Apesar de toda a reestruturação dos serviços de saúde, continuamos a assistir a uma sobrelotação destes serviços. O relatório anual da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) revela que nos últimos cinco anos a procura pelos serviços de urgência aumentou em cerca de 5% e em 2019 atingiu o pico com 6,4 milhões de episódios de urgência (Portugal, 2019).

O recurso ao serviço de urgência está "culturalmente enraizado nas sociedades modernas, conotado de valores de segurança, bem-estar, disponibilidade e acessibilidade" (Portugal, 2012, p.8), havendo um reconhecimento por parte da população da possibilidade de serem atendidos no serviço de urgência a qualquer hora, sem necessidade de marcação e, ainda, a possibilidade de realizarem todo o tipo de exames no momento.

De forma a responder à manifesta procura, desadequada, pelos serviços de urgência, é primordial estabelecer prioridades no atendimento de acordo com a situação clínica do doente. A triagem de prioridades surge, portanto, como uma estratégia de gestão do risco

clínico, permitindo gestão do tempo para os que dele necessitam (GPT, 2010), otimizando a segurança, eficácia e eficiência no atendimento, com recurso a protocolos validados, onde se inclui o da Triagem de Manchester.

1.2 A TRIAGEM NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Historicamente, o conceito de triagem surgiu como método de apoio aos militares nos campos de guerra durante a Revolução Francesa. O conceito criado em 1792 pelo cirurgião do exército francês, o Barão Jean Dominique Larrey, consistia em avaliar e identificar rapidamente os soldados feridos, separar os que exigiam atenção médica urgente e priorizar o tratamento (Coutinho, Cecílio e Mota, 2012). Larrey estratificou os feridos por gravidade das lesões e definiu quem deveria ser atendido em primeiro lugar, os “perigosamente feridos”, e os que poderiam ir para a fila do hospital, os “ligeiramente feridos” (Dippenaar e Bruijns, 2016).

Anos mais tarde, a Enfermagem, pelos desígnios de Florence Nightingale, teve, também, um importante contributo para o atual conceito de triagem. Quando atuava na guerra da Crimeia em 1854, esta enfermeira fazia a triagem dos feridos, no sentido em que incitou a separação física dos mesmos por grau de gravidade e por tipo de tratamento (Vargas et al, 2007).

Desde então, o conceito de triagem não mudou muito, sendo que o processo foi redefinido dos cenários de guerra para os serviços de urgência hospitalar (Dippenaar e Bruijns, 2016). Com o desenvolvimento da prática clínica a triagem nos serviços de urgência ganha notoriedade levando governantes de vários países, tais como Austrália, Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido e Portugal, a formalizarem a triagem como parte integrante dos serviços de urgência. Alguns destes países chegam a ser pioneiros na criação de sistemas de triagem, outros incorporam-lhe algumas alterações, adaptando-os às suas realidades, como é o caso de Portugal.

São vários os sistemas desenvolvidos para ajudar os profissionais de saúde na tomada de decisão na triagem, quanto à priorização no atendimento dos doentes no serviço de urgência, existindo metodologias com diferentes níveis de prioridades. Os primeiros sistemas de triagem, desenvolvidos na década de 60, baseavam-se em três níveis de prioridade (emergente, urgente e não urgente), evoluindo para quatro níveis em 1994 e posteriormente para cinco níveis (Duro e Lima, 2010). Estes últimos, são os recomendados na atualidade, uma vez que a evidência demonstra que os mesmos apresentam maior discriminação, fiabilidade, confiabilidade, sensibilidade e

especificidade na triagem dos doentes (Becker [et al], 2015; Ganley e Gloster, 2011; Christ [et al], 2010; Travers, 2002).

De acordo com Coutinho, Cecílio e Mota (2012) os quatro sistemas de triagem de cinco níveis mais utilizados e aceites internacionalmente são: *Emergency Severity Index*; *Australian Triage Scale*; *Canadian Triage and Acuity Scale* e o *Sistema de Triagem de Manchester*.

O *Emergency Severity Index* é um sistema de triagem de origem americana, em que o estabelecimento de prioridades é definido com base num único fluxograma onde são avaliados os recursos necessários para o atendimento. Não define tempo de atendimento, o mesmo fica ao critério de cada unidade (ibidem). Contudo, não é muito utilizado no país de origem (Santos [et al.], 2018).

Este protocolo apresenta cinco níveis de prioridade (Coutinho, Cecílio e Mota, 2012):

- nível 1 – emergente;
- nível 2 – urgente;
- nível 3 – sintomas relacionados com doença aguda e os fatores de risco não indicam risco de deterioração rápida;
- nível 4 – doentes com sintomas crónicos sem risco para a função de órgãos vitais;
- nível 5 – doentes estáveis que não necessitam de recursos.

O *Australian Triage Scale*, foi o primeiro protocolo de triagem a ser utilizado e consiste em atribuir um tempo de espera de acordo com a gravidade da situação clínica do doente (Santos [et al.], 2018). É utilizado por enfermeiros que utilizam uma lista de discriminadores clínicos para atribuir uma categoria de urgência que tem um tempo de atendimento definido (Coutinho, Cecílio e Mota, 2012):

- categoria 1 - imediata ameaça à vida: imediato;
- categoria 2 - iminente ameaça à vida: 10 minutos;
- categoria 3 - potencial ameaça à vida: 30 minutos;
- categoria 4 - doentes potencialmente graves: 60 minutos;

- categoria 5 - doentes menos urgentes: 120 minutos

O Canadian Triage and Acuity Scale é muito parecido com o modelo australiano, porém, é muito mais complexo, e é usado na maioria dos serviços de saúde canadenses (Santos [et al.], 2018). A triagem é realizada de acordo com os diagnósticos da International Classification of Diseases e as situações mais frequentes apresentadas pelos doentes no serviço de urgência (Coutinho, Cecílio e Mota, 2012). A escala apresenta cinco níveis que correspondem a uma cor e um tempo-alvo de observação (ibidem):

- nível 1 – reanimação: azul/imediato;
- nível 2 – emergente: vermelho/15 minutos;
- nível 3 – urgente: amarelo/30 minutos;
- nível 4 – menos urgente ou sem urgência: verde/60 minutos;
- nível 5 – não urgente: branco /120 minutos.

O Sistema de Triagem de Manchester, desenvolvido pelo Manchester Triage Group, começando a ser utilizado nos serviços de urgência do Reino Unido em 1996 (ibidem) e amplamente por toda a Europa, nomeadamente em Portugal, motivo pelo qual abordaremos este protocolo de forma mais pormenorizada no ponto seguinte.

Estes quatro sistemas diferem na metodologia, mas convergem na finalidade de priorizar o atendimento dos doentes por gravidade clínica, definindo tempos alvo para a primeira observação no serviço de urgência. A aplicação destes sistemas de triagem tem, ainda, como objetivo principal reduzir a mortalidade hospitalar, minimizar o tempo de tratamento, o tempo de permanência e utilização dos recursos, incluindo a hospitalização (Weyrich et al, 2012).

Os mesmos autores defendem que um bom sistema de triagem deve atender aos seguintes requisitos:

- Capacidade de discriminar - deve atribuir de forma confiável uma prioridade clínica a cada doente;

- Gestão do tempo - a triagem, para ser fiável, deve ocorrer entre 2-3 minutos, especialmente quando o fluxo de doentes é elevado;
- Consumo de recursos - deve ser o mais baixo possível;
- Praticabilidade;
- Confiabilidade;
- Dinâmico - deve permitir uma reavaliação e (re)triagem caso se verifique uma deterioração clínica do doente durante o tempo de espera;
- Segurança – a taxa de mortalidade nas prioridades mais baixas deve ser nula.

À medida que se foram aperfeiçoando os sistemas de triagem e a sua formalização, o foco convergiu para a organização, pela necessidade de serem definidos circuitos de encaminhamento de doentes e os cuidados ministrados (Silva, 2009), bem como para a avaliação do desempenho dos serviços de urgência, levando a avaliações de todo o processo e resultados (Fitzgerald [et al.], 2009). Os mesmos autores, salientam que o processo de triagem de prioridades se realizado corretamente reduz o tempo de espera e melhora os resultados do doente.

Em suma, a triagem de prioridades tornou-se parte integrante dos serviços de urgência à escala mundial, tornando-se numa ferramenta com valor clínico e organizacional, sendo o STM, o que foi adotado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) português.

1.3 O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER EM PORTUGAL

A implementação de um sistema de prioridades emerge da necessidade de tornar o atendimento nos serviços de urgência mais eficiente e humanizado, dada a elevada afluência de doentes que os procuram, maioritariamente com situações não urgentes, que consequentemente acarreta uma sobrecarga no acesso.

Considerando que a missão do serviço de urgência é de observar, tratar e encaminhar doentes urgentes e emergentes, a triagem de prioridades vem proteger o doente crítico na medida em que assegura maior prioridade às situações mais graves. Cabrera (2017) considera que o processo de triagem, independentemente do contexto onde é aplicado, rege-se pelos princípios básicos de saúde e dignidade humana, da gestão e uso eficiente dos recursos.

A escolha de um sistema de triagem prende-se com o contexto e os objetivos que se pretendem alcançar, bem como o grau de confiabilidade e validade do sistema (Dippenaar e Bruijns, 2016).

Em Portugal, decorria o ano de 2000 quando o STM foi implementado pela primeira vez nos serviços de urgência, designadamente no Hospital Geral de Santo António e no Hospital Fernando da Fonseca que foram pioneiros no estabelecimento e na divulgação deste sistema de triagem (Silva, 2009).

Imediatamente vários hospitais, a nível nacional, demonstraram interesse em implementar o STM, gerando a necessidade de criar uma entidade responsável pela monitorização da atividade desenvolvida neste campo. Foi então constituído o Grupo Português de Triagem (GPT), que formalmente foi reconhecido pelas entidades mentoras deste sistema, o Manchester Triage Group e pela British Medical Journal, como entidade representante do STM em Portugal (Silva, 2009). O GPT, constituído por médicos e enfermeiros, assume, com acordo ministerial, a responsabilidade da gestão e implementação do STM nos hospitais portugueses (ibidem, 2009).

Em 2005, o Ministério da Saúde determina, pelo Despacho n.º 19124/2005, a implementação de um protocolo de triagem de prioridades em todos os hospitais do SNS, com vista a garantir ao cidadão cuidados mais adequados e de qualidade, assegurando maior prioridade às situações mais graves. O mesmo, faz referência ao STM como sendo

o protocolo de eleição, embora remeta para os hospitais a decisão sobre o modelo de triagem a adotar.

A 2 de fevereiro de 2015, o Ministério da Saúde reitera a importância do STM, com a publicação do Despacho n.º 1057/2015 onde estabelece que todos os serviços de urgência do país deveriam implementar este protocolo de triagem até ao final do mesmo ano e assegurarem que usam a versão mais recente. No mesmo documento, são também estabelecidos planos de auditorias internas e externas de forma a garantir a qualidade da triagem.

Aquando da reorganização dos serviços de urgência destacou-se a importância de informatizar os sistemas de apoio à prática clínica, com o intuito de melhorar o seu funcionamento. Neste sentido, o GPT recomenda fortemente a informatização do STM, 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 reduzindo o tempo de triagem (GPT, 2010).

O STM destaca-se dos demais sistemas de cinco níveis pelas vantagens, que o tornam internacionalmente reconhecido e aplicado em grande escala. Entre as vantagens Coutinho, Cecílio e Mota (2012) e Cronin (2003), referem:

- a vasta produção científica que o caracterizam como sistema válido e confiável;
- o facto de ser adotado com sucesso em diferentes sistemas de saúde;
- tem preconizado um programa de treino específico, baseado em evidências, regulamentado e em conformidade com os padrões internacionais para as boas práticas clínicas;
- fornece um guia sistemático e lógico para a tomada de decisão;
- sustenta o conceito de auditoria individual sobre as triagens variado pelos profissionais.

Volvidas duas décadas desde a primeira utilização do STM em Portugal, esta metodologia está, atualmente, presente num número significativo de hospitais portugueses, com experiência comprovada, quer pelo seu valor na organização dos

serviços de urgência, quer como ferramenta de apoio à tomada de decisão e de gestão de risco (ibidem).

1.3.1 Metodologia do Sistema de Triagem de Manchester

O STM é um método de triagem de prioridades, executado por enfermeiros, que de uma forma objetiva e sistematizada, permite estabelecer uma prioridade clínica e o respetivo tempo alvo recomendado até à primeira observação médica, quer em situações de afluência normal do serviço de urgência, quer em situações de catástrofe (Silva, 2009).

Em linhas gerais, a metodologia do STM consiste no reconhecimento da queixa inicial, identificação de um fluxograma, seguidamente de um discriminador e atribuição de uma prioridade, baseando esta decisão, de acordo com MackWay-Jones, Marsden e Windle (2014), em três grandes princípios: facilitar a gestão clínica do doente e paralelamente a gestão do serviço, o que será alcançado pela atribuição exata da prioridade clínica; não permitir o estabelecimento de um diagnóstico ao doente; e por fim, a prioridade deverá refletir a condição particular apresentada pelo doente.

O STM integra 50 fluxogramas que abrangem quase todas as situações que se apresentam num serviço de urgência, incluindo alguns específicos para a obstetria e idade pediátrica e, ainda, mais 2 fluxogramas que enquadram situações de catástrofe. Cada fluxograma contém uma série de discriminadores (sob a forma de perguntas), apresentados por ordem decrescente de prioridade e que devem ser percorridos até parar no primeiro que seja positivo ou que não se consiga refutar. Os discriminadores podem ser gerais ou específicos, sendo que os gerais se aplicam a todos os doentes e surgem repetidamente ao longo dos vários fluxogramas, enquanto os específicos apenas se aplicam em algumas situações e tendem a estar relacionados com a queixa principal do doente (GPT, 2010).

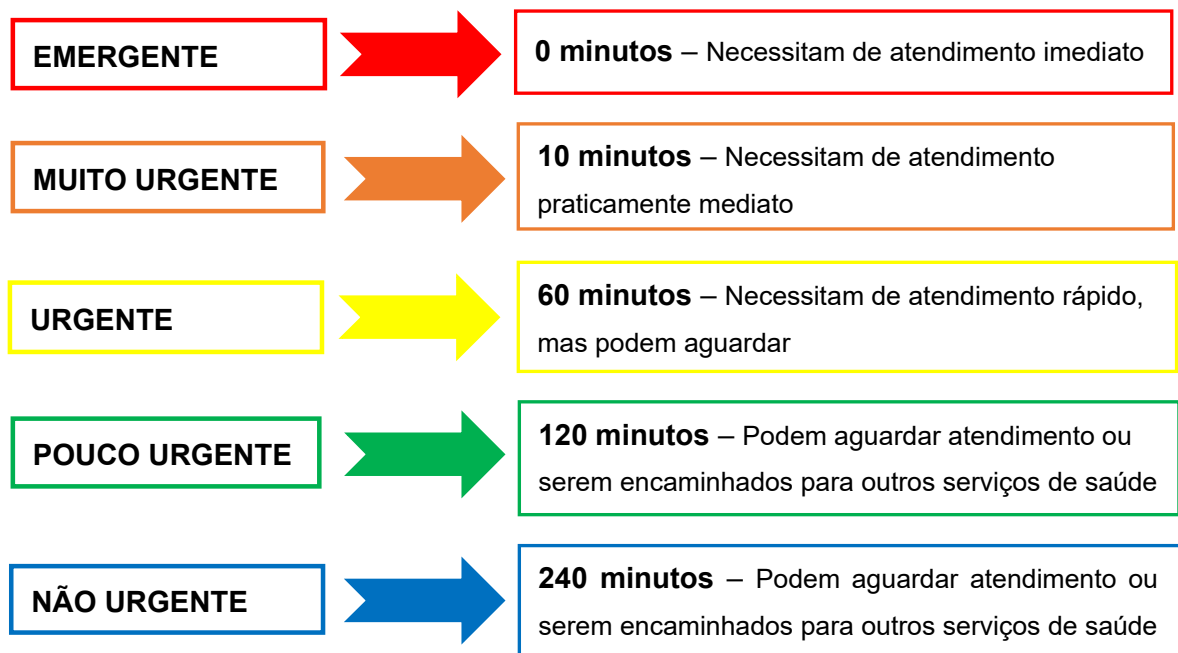
A dor é uma das apresentações valorizadas pelo STM (Carvalho, 2016), uma vez que é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (Portugal, 2003). Desta forma, a avaliação e registo da intensidade da dor deverá realizar-se em todo o processo de triagem, aparecendo quer em fluxogramas específicos (quando a dor é a queixa principal), bem como nos vários discriminadores (quando a dor é uma queixa secundária). A correta

avaliação das características da dor é fundamental na atribuição de uma prioridade clínica, contudo é, também, a mais difícil e desafiante por compreender elevada subjetividade das pessoas envolvidas no processo (enfermeiro e doente). Vários estudos concluíram que a maioria dos doentes que recorrem ao serviço de urgência, apresenta na triagem uma queixa relacionada com dor (Carvalho, 2016; Guedes, Martins e Chianca, 2015; Diniz [et al.], 2014).

O processo de triagem inicia-se com uma avaliação inicial decorrente da queixa apresentada, baseada no principal sinal ou sintoma referido ou identificado pelo profissional de saúde, e que motivou a vinda do doente ao serviço de urgência. Mediante isto, o enfermeiro seleciona o fluxograma mais específico para a queixa apresentada e perante a identificação de um discriminador relevante (resposta positiva), é determinada a prioridade clínica que corresponde a uma cor de identificação e consequentemente um tempo alvo, considerado seguro, para a primeira observação médica (ibidem).

Como vimos a referir, o STM tem cinco níveis de prioridade, identificados por cores, que representam um grau de gravidade, correspondendo à prioridade, que por sua vez, apresenta um tempo alvo previsto de atendimento (Figura 1).

Figura 1 – Tempo alvo previsto de atendimento para as cinco cores da Triagem de Manchester



Fonte: Adaptado do GPT, 2010

A triagem termina com o encaminhamento do doente para a área específica de atendimento ou sala de espera, de acordo com o protocolo de encaminhamento de doentes de cada serviço de urgência e suas especificidades.

A metodologia do STM facilita a rápida e segura avaliação inicial do doente, focada na recolha de informação que permite a atribuição de uma prioridade clínica a guiar a tomada de decisão (GPT, 2010).

Há disposições particulares, na metodologia do STM, que estão relacionadas com especificidades do país. Em Portugal, ao contrário de outros países, existe a cor branca na triagem, relacionada com a necessidade de implementar uma cor que identificasse os doentes que “utilizam” o serviço de urgência por situações não urgentes, servindo, nestes casos, como porta de entrada administrativa ou então o uso destes serviços para atividade programada. Neste sentido, o GPT, com autorização dos autores ingleses, criou a cor, bem como um conjunto de critérios, uniformizados a nível nacional, para a atribuição deste nível de prioridade (GPT, 2011a). Posteriormente, o Ministério da Saúde, por meio do Despacho n.º 4835-A/2016, determinou que a atribuição da cor branca deveria ser inferior a 5% da totalidade dos episódios de urgência para o ano de 2016 e inferior a 2% a partir de 2017, atribuindo responsabilidade a cada serviço para dar cumprimento a este objetivo (Despacho n.º 4835-A/2016). A esta classificação não foi conferida um tempo alvo para a primeira avaliação médica.

Enquanto instrumento de gestão do risco clínico, o STM prevê a retriagem do doente quando o seu estado clínico se agrava enquanto aguarda pelo atendimento médico, devendo nestas situações ser retriado para uma prioridade clínica superior (MackWay-Jones, Marsden e Windle, 2014). Silva (2009) reitera este pressuposto e acrescenta que a retriagem deverá ser realizada pelo elemento mais diferenciado em executar triagem de prioridades. Por outro lado, quando um doente é transferido entre serviços de urgência (no mesmo episódio de urgência), deve ser sempre retriado na chegada ao serviço de urgência de destino, como fator de segurança e de gestão de risco do doente, face ao eventual agravamento da situação clínica durante o transporte (Despacho n.º 4835-A/2016).

A Triagem de Manchester ao identificar o risco e ao preconizar a subsequente sistematização do circuito do doente é congruente com as denominadas Vias Verdes

(GPT, 2011b). As Vias Verdes constituem uma estratégia organizada, a nível extra e intra hospitalar, que visam melhorar a abordagem de situações clínicas que, pela sua natureza, beneficiam em termos de mortalidade e morbilidade de uma atuação estruturada e precoce (ibidem). Atualmente estão ativas quatro Vias Verdes: a Via Verde AVC; a Via Verde Coronária, a Via Verde Sépsis; a Via Verde trauma.

O STM não apresenta fluxogramas específicos para as Vias Verdes, contudo é possível a valorização de sinais e sintomas, bem como a prioridade clínica, compatível com as recomendações e protocolos preconizados para cada uma das Vias Verdes, ficando a cargo dos serviços de urgência assegurar os protocolos de encaminhamento.

A qualidade da triagem e do próprio sistema é avaliada através de auditorias, que a nível nacional seguem as orientações emanadas pelo Ministério da Saúde, incumbindo a todos os serviços de urgência, que tem em uso o STM, o dever de implementar auditorias internas mensais, como garante da qualidade da triagem que é efetuada nos próprios serviços (Despacho n.º 1057/2015).

A auditoria interna ao STM é definida pelo GPT (2012) como sendo uma análise metódica e independente, realizada por auditores internos, da respetiva instituição, com o objetivo de avaliar se as atividades e os resultados relativos ao protocolo de Manchester cumprem os requisitos previamente estabelecidos e se estes estão efetivamente implementados.

O mesmo grupo define algumas características inerentes ao auditor interno: i) possuir conhecimentos sobre o STM e deter o curso de triagem no serviço de urgência; ii) ter formação específica em auditoria, nomeadamente o curso de formação de formadores e auditores do protocolo de TM; iii) possuir competências de comunicação e relacionamento; iv) possuir capacidade de análise, síntese e tomada de decisão; v) ser reconhecido como profissional competente e idóneo (ibidem).

A auditoria interna tem como pressuposto a avaliação quer dos triadores, a nível individual, quer do serviço de urgência em geral, tendo como objetivo, para ambos, atingir uma aferição igual ou superior a 80% (ibidem).

Esta auditoria segue uma metodologia preconizada pelo GPT (2012):

- Auditoria individual: mensalmente selecionar uma semana e, nesta, selecionar aleatoriamente cinco episódios de urgência e respetivos registos de triagem por triador.

Os parâmetros avaliados são: i) análise da queixa apresentada pelo doente; ii) seleção do fluxograma adequado face à queixa; iii) seleção do discriminador e prioridade; iv) utilização da escala da dor (se aplicável); v) retriagem (se aplicável). O registo da auditoria deverá ser efetuado no relatório individual de auditoria interna.

- Auditoria global: focando os casos que foram auditados, expõe os resultados do desempenho global do serviço de urgência como: número de doentes admitidos; número de episódios triados; número de auditorias; número e tipo de prioridades atribuídas (incluindo a prioridade branca); tempo médio desde a admissão até à triagem; tempo médio de triagem; tempo médio entre triagem e primeira observação médica; percentagem de triagens corretas e incorretas; problemas detetados; sugestões de medidas corretivas.

A implementação do STM prevê, para além de auditorias internas, um processo de auditorias externas realizado por auditor externo à instituição, nomeado pelo GPT, que tem os seguintes objetivos: i) garantir a fiabilidade do protocolo de TM; ii) garantir a reprodutibilidade e comparabilidade dos resultados do sistema; iii) dar credibilidade aos indicadores produzidos pelo sistema; iv) cumprir o protocolo tipo firmado entre o GPT e os hospitais aderentes à triagem de Manchester (GPT, 2010).

A avaliação de todo o processo de triagem de Manchester torna-se fundamental de forma a imprimir melhorias quer no sistema quer a nível organizacional, com ganhos para a prática de cuidados.

Aquando da implementação do STM diversos estudos demonstraram que este sistema de triagem é um instrumento sensível, confiável e amplamente validado (Silva, 2009). O mesmo autor afirma que o STM é parte fundamental para o planeamento e gestão dos serviços de urgência em Portugal, funcionando como um excelente indicador de qualidade e de gestão do risco clínico (ibidem).

Recentemente, a Direção-Geral de Saúde (DGS) preconizou, através da norma n.º 002/2018, que todos os registos da triagem de prioridades nos serviços de urgência devem permitir a monitorização contínua dos seguintes indicadores de qualidade (Portugal, 2018):

- Demora média para a triagem;

- Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por nível de prioridade;
- Ponderação do número de óbitos até à primeira observação médica por nível de prioridades;
- Demora média entre a triagem e saída da pessoa do serviço de urgência por nível de prioridade.

Desde 2016 que o Ministério da Saúde e a ACSS disponibilizam, através do Portal do SNS, dados que permitem a monitorização diária dos serviços de urgência, dando a conhecer a frequência de utilização destes serviços, bem como as prioridades atribuídas e os diferentes tempos de espera. Segundo a mesma fonte, em 2019 foram registados a nível nacional 6,4 milhões de episódios de urgência, distribuídos pelos diferentes níveis de atendimento urgente (47,2% nos SUMC; 20,5% nos Centros de Trauma; 17,6% nos SUB e 14,7% nos SUP). A média de tempos a nível nacional é de: 22 minutos de espera para a triagem; 44 minutos de espera entre a triagem e a primeira observação médica; 225 minutos de permanência nos serviços de urgência (Portugal, 2021a). O relatório anual da mesma entidade revela que em 2019, a nível nacional, os atendimentos urgentes com pulseira vermelha, laranja e amarela, prevalecem, contudo, apenas 7,9% dos episódios de urgência é que geram internamento (Portugal, 2019).

Um estudo realizado por Justo (2015), com o objetivo de caracterizar as admissões hospitalares num serviço de urgência da região de Lisboa, concluiu que metade das admissões eram consideradas pouco urgentes (pulseira verde) e que a maioria dos doentes recorre a estes serviços por iniciativa própria.

Também Medeiros [et al.] (2019) evidenciaram no seu estudo uma predominância pela procura por serviços de urgência de doentes com queixas de baixa complexidade, classificados na triagem com prioridade pouco urgente, concluindo que subsiste uma procura excessiva e desajustada pelos serviços de urgência.

Diniz [et al] (2014) referem que a procura por estes serviços é formada por doentes que poderiam procurar atendimento em unidades de saúde de menor complexidade e diferenciação, diminuindo assim a sobrelotação dos serviços de urgência.

Martins, Cunã e Freitas em 2008, conduziram um estudo no Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, pretendendo avaliar a relação entre o STM, a mortalidade e a

readmissão dos doentes, concluíram que há relação direta entre a gravidade de cada prioridade e o número de óbitos, bem como a proporção de doentes internados.

Um outro estudo, conduzido no Brasil por Guedes, Martins e Chianca (2015), para avaliar o valor de predição do STM relativamente ao desfecho clínico, concluiu que a triagem de Manchester revelou ser um sistema que auxilia a prever os desfechos, sendo as prioridades mais elevadas associadas a maior mortalidade, internamento e maior tempo de permanência no serviço de urgência. No seu estudo, os autores, constataram que o desfecho do episódio de urgência com maior prevalência foi a alta para o domicílio (83,5%).

A metodologia do STM não garante, só por si, a eficácia do processo de triagem. É fundamental para o sucesso da mesma os conhecimentos e competências do triador. Em Portugal, a triagem é executada por enfermeiros devidamente qualificados com formação em triagem. Outrora, esta tarefa foi desempenhada por administrativos e médicos (Silva, 2009).

Para o mesmo autor (ibidem) existem vantagens na prática de triagem por enfermeiros ao invés de médicos, isto porque estes facilmente transformam a triagem numa consulta, devido à sua formação ser direcionada para o diagnóstico e tratamento. Em contrapartida, a formação do enfermeiro centrada no cuidar, numa visão holística do doente, torna-o mais qualificado para executar a triagem.

1.3.2 Competências do Enfermeiro Triador

Os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com as competências adequadas sobre a área na qual atuam, bem como as recomendações que balizem a boa prática a esse nível, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010).

Neste contexto, competência pode ser definida como a capacidade de utilizar os conhecimentos (saber), as habilidades (saber-fazer) e as atitudes (saber-ser) durante o exercício profissional (Gómez-Rojas, 2015). Na visão deste autor, a competência é reconhecida através da prática.

Num serviço de urgência, com as particularidades que o caracterizam, como ambientes frenéticos, repletos de imprevisibilidade, quer pela afluência de doentes quer pela

instabilidade e gravidade da situação clínica dos mesmos, importa que os enfermeiros possuam as competências necessárias para responder às exigências solicitadas.

Uma das funções do enfermeiro de um serviço de urgência é a realização da triagem de prioridades. A mesma é considerada uma atividade autónoma dos enfermeiros, ainda que guiada por protocolos de decisão (College of Emergency Nursing Australasia (CENA), 2009).

Para a realização da triagem de prioridades, o enfermeiro deverá realizar uma formação inicial que o habilita a sua execução no caso português pelo STM. A política sugerida, pelo GPT, é formar inicialmente as direções e chefias do serviço de urgência e posteriormente, estes irão formar os profissionais de saúde em cada serviço. O mesmo grupo destaca que estes enfermeiros devem ter alguma experiência profissional de cuidados de urgência, pelo menos seis meses, e capacidade para comunicar eficazmente com os doentes e suas famílias (GPT, 2010).

O curso de formação em triagem não prevê o desenvolvimento de perícia instantânea, pelo contrário, apresenta o método e vai permitir aos profissionais o desenvolvimento da sua competência e perícia na utilização do mesmo (ibidem).

A este respeito, também, a Emergency Nurses Association (2011) salienta que a formação inicial não prepara, adequadamente, os enfermeiros para a função complexa que é a triagem. Acrescenta que o desempenho com competência enquanto enfermeiro triador exige formação específica em triagem e demonstração de habilidades necessárias a uma triagem eficiente. Ademais, reforçam a necessidade de formação adicional que melhore o corpo de conhecimentos, as habilidades e atitudes dos enfermeiros triadores, nomeadamente cursos de suporte avançado de vida adulto e pediátrico, cursos de trauma e formação em emergência geriátrica.

Souza (2015) enumera algumas competências inerentes aos enfermeiros, que os tornam o profissional com o perfil mais adequado para a realização de triagem: a linguagem clínica orientada para a identificação de sinais e sintomas; capacidade de escuta voltada para a identificação da queixa principal; capacidade de estabelecer relação empática com o doente para reduzir sentimentos de ansiedade, agressividade e impaciência.

Também, o Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) (2012) enumera algumas competências inerentes ao enfermeiro da triagem: conhecimentos

diversificados; pensamento crítico; intuição; habilidades comunicacionais, onde a capacidade de escuta é realçada; serem detentores de algumas atitudes como saber quando não atuar, serem defensores dos doentes, capacidade de improvisar e organização.

A capacidade para o enfermeiro triador desenvolver a sua atividade de forma eficaz e competente está dependente dos conhecimentos e experiência dos profissionais, assim como de decisões baseadas na evidência, pelo que deve ser realizada por enfermeiros experientes (CENA, 2009).

O modelo de Patrícia Benner (2001), corrobora estes aspetos, ao salientar a importância da aquisição de conhecimentos e da experiência profissional ao longo do percurso profissional. Ao enfermeiro competente é reconhecido um corpo de conhecimentos e habilidades que lhe permite compreender as situações, definir prioridades e resolver problemas, apesar de ainda não ter a flexibilidade e rapidez do enfermeiro proficiente. A partir do nível de competente o enfermeiro tem progressivamente mais habilidades, conhecimentos e intuição (ibidem), e desta forma pode desempenhar de uma forma mais eficaz a função de triador.

O processo da triagem, conforme abordado previamente, inicia-se com a avaliação inicial do doente, na qual é recolhida informação que permite ao enfermeiro atribuir uma prioridade. Esta avaliação deve ser sistemática e consistente para dar uma imagem real da situação clínica do doente. É neste primeiro passo que as competências do enfermeiro triador se evidenciam. Embora, deva dar resposta às questões dirigidas pelos discriminadores no fluxograma, os conhecimentos e habilidades do enfermeiro são fundamentais no sentido de detetar os doentes em situação crítica.

Neste campo de competências o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica assume uma posição de destaque, uma vez que lhe são reconhecidos conhecimentos, habilidades e experiência, que permitem identificar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, identificando prontamente focos de instabilidade e atuando preventivamente (Regulamento n.º429/2018).

Devido à complexidade implícita na tomada de decisão na triagem de prioridades, num curto espaço de tempo, consideramos que o enfermeiro especialista poderá representar uma mais-valia para a execução desta função de forma competente, com garantia da qualidade e segurança dos cuidados. A OE recomenda que a triagem de prioridades, nas

urgências de adultos, seja assegurada, preferencialmente, por um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º743/2019).

Fathoni, Sangchan e Songwathana (2013) conduziram um estudo num hospital indonésio, onde pretendiam avaliar as relações entre conhecimento em triagem, treino e experiência dos enfermeiros de urgência com as habilidades destes profissionais para a triagem. Concluíam que para além dos conhecimentos e treino em triagem, também os conhecimentos e experiência na prestação de cuidados ao doente crítico, bem como a formação graduada específica, conferem mais habilidades para a tomada de decisão na triagem.

Compete ao enfermeiro especialista, conforme referido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 149, 2019), a gestão dos cuidados de enfermagem, adequando os recursos às necessidades, na articulação com a equipa multidisciplinar. Neste sentido, o enfermeiro especialista deve ser o profissional com maior conhecimento da organização e funcionamento do serviço de urgência. Na opinião de Murilo (2005), esta é uma condição essencial por parte do enfermeiro triador, bem como o conhecimento do perfil epidemiológico dos doentes frequentes, podendo desta forma articular os recursos mediante a prioridade clínica.

Para além das competências já mencionadas, é fundamental que o enfermeiro triador detenha técnicas de comunicação no estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente e/ou família/convivente significativo, uma vez que, é imprescindível que a avaliação inicial seja objetiva. Por outro lado, a triagem é o início do percurso do doente no serviço de urgência e a experiência durante a triagem, a forma como o enfermeiro triador comunica, tem correlação com a satisfação do doente em relação a todo o episódio de urgência (CAEP, 2012). As competências comunicacionais do enfermeiro triador são, ainda, essenciais para a gestão eficaz de conflitos aquando do processo de triagem, quer pela pressão da sala de espera, quer pela discordância de alguns doentes relativamente à prioridade que lhes foi atribuída.

Outro aspeto importante, que deriva das competências do enfermeiro triador aquando da avaliação inicial no processo de triagem, refere-se à atribuição de uma prioridade clínica desadequada, que advém da valorização de determinados fatores por parte do triador. Tal facto pode originar fenómenos de subtriagem (*undertriage*) e supertriagem (*overtriage*)

(Silva, 2009). O primeiro refere-se à atribuição de uma prioridade de um nível inferior, podendo colocar em risco o doente que necessita de um atendimento praticamente imediato e/ou cuidados mais diferenciados. O segundo corresponde à atribuição de uma prioridade mais elevada, pela sobrevalorização de determinados fatores, designada na prática comum por triagem defensiva, que conseqüentemente leva a cuidados mais precoces e desajustados da real situação do doente.

Um estudo realizado na Holanda concluiu que a subtriagem ocorre com maior frequência e principalmente nas prioridades laranja e amarela (Wulp, Baar e Schrijvers, 2008). Costa [et al.] (2020) no seu estudo, desenvolvido num hospital brasileiro, obtiveram resultados muito semelhantes. Estes autores apontam que estes dados podem relacionar-se com especificações do STM, bem como com a experiência do enfermeiro triador. Enfermeiros menos experientes são mais propensos a tomar decisões de “supertriagem” (Acosta, Duro e Lima, 2012).

Com o compromisso de desenvolver uma prática profissional, ética e legal, torna-se extremamente importante ao enfermeiro, nomeadamente em contexto de urgência e emergência “(...) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015, p.91).

Neste seguimento, é fulcral que os enfermeiros gestores dos serviços de urgência, além das auditorias aos processos, garantam formação contínua destes enfermeiros e criem estratégias de supervisão com o intuito de reforçar os conhecimentos e habilidades em triagem, isto é, aprimorar a competência profissional.

1.4 TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NA TRIAGEM

A tomada de decisão é parte integrante na prática diária do enfermeiro, sendo que a capacidade de tomar decisões acertadas é condição essencial para a gestão, segurança e qualidade dos cuidados.

A mesma é entendida como um processo cognitivo para chegar a uma decisão, pois implica a escolha entre várias hipóteses (Tamarin et al, 2012). Até o facto de não decidirmos é uma decisão.

O processo de triagem, conforme abordado anteriormente, dá-se com o acolhimento do doente pelo enfermeiro que, focando-se na identificação da queixa principal e dos principais antecedentes, realiza a colheita de dados, procede ao exame físico sumário para identificar sinais e sintomas que conduzam ao reconhecimento de padrões, a fim de, através de um julgamento clínico, que induz a um raciocínio lógico, o enfermeiro, auxiliado por um protocolo específico, tome decisões relativamente à atribuição de uma prioridade clínica (Acosta, Duro e Lima, 2012).

Por conseguinte, a triagem de prioridades no serviço de urgência caracteriza-se como um complexo processo de tomada de decisão do triador, no caso o enfermeiro. A utilização de escalas ou sistemas de triagem são fundamentais para auxiliar esta tomada de decisão no intuito de evitar que a mesma seja guiada por uma avaliação subjetiva do enfermeiro triador.

Uma sólida tomada de decisão requer tanto raciocínio como intuição, e ambos devem basear-se nos conhecimentos e competências dos profissionais (MackWay-Jones, Marsden e Windle, 2014). Também Hagbaghery et al. (2004) num estudo sobre os fatores facilitadores e inibidores da tomada de decisão clínica, concluíram que a competência do enfermeiro é um fator chave na tomada de decisão. Estas competências são adquiridas pelos conhecimentos, habilidades e experiência profissional.

A tomada de decisão do enfermeiro tem implícita um conjunto de habilidades, tais como: raciocínio/pensamento crítico, reconhecimento de padrões, formulação de hipóteses, representação mental e intuição (MackWay-Jones, Marsden e Windle, 2014; GPT, 2010).

Raciocínio/ Pensamento Crítico

O raciocínio é um processo cognitivo complexo de resolução de problemas, sendo a base do pensamento crítico, pois produz resultados sistematizados e inteligíveis (Jesus, 2004).

Existem essencialmente dois tipos de raciocínio envolvidos no pensamento crítico: indutivo e dedutivo. O indutivo contempla a capacidade de considerar todas as possibilidades para a tomada de decisão e está, particularmente, associado aos profissionais menos experientes. O dedutivo, por sua vez, está associado a profissionais especialistas ou experientes, na medida em que permite que o profissional reconheça rapidamente as informações relevantes das irrelevantes para tomar uma decisão (GPT, 2010).

O desenvolvimento do pensamento crítico em enfermagem é complexo, pois exige tempo e contextualização na prática clínica (Mártires et al, 2019).

Um estudo realizado por Crossetti [et al.] (2014), numa abordagem qualitativa, com o intuito de analisar os elementos estruturais do processo de tomada de decisão dos enfermeiros concluiu que o raciocínio e o pensamento crítico, entre outros, são competências apontadas pelos enfermeiros como fundamentais para a tomada de decisão competente.

Reconhecimento de Padrões

Este é a estratégia mais comum da prática clínica e particularmente importante, quando se pretende tomar decisões rápidas e com base em informações escassas (GPT, 2010). Nesta estratégia o triador interpreta os padrões dos sinais e sintomas apresentados por um doente em comparação com outras condições observadas anteriormente. A habilidade para utilizar esta capacidade na tomada de decisão desenvolve-se com a experiência, sendo por vezes confundida com intuição (ibidem).

A experiência dá aos enfermeiros a capacidade de avaliar a gravidade das situações, quando a intervenção imediata é necessária ou quando há uma incompatibilidade entre os achados da avaliação e as informações fornecidas pelo doente (Reay [et al.], 2019). Estes autores, no seu estudo, realçam relatos de enfermeiros que consideram importante para a tomada de decisão as apresentações anteriores dos doentes para comparar com apresentações clínicas semelhantes para determinar a prioridade correta. Esta

habilidade, segundo os participantes deste estudo, só poderá ser aprendida através dos anos de experiência profissional e proficiência (ibidem).

Formulação de Hipóteses

Esta estratégia é utilizada na tomada de decisão com o intuito de delimitar o problema e tentar prever os factos com uma certa probabilidade de acerto. A recolha de informação vai permitir confirmar ou eliminar uma hipótese e, assim, tomar uma decisão. Dependendo da perícia dos triadores, esta estratégia, que coloca em prática o raciocínio, poder ser indutiva ou dedutiva (MackWay-Jones, Marsden e Windle, 2014).

Os profissionais recorrem à formulação de hipóteses como forma de testar o seu raciocínio relativamente a um problema (Marques, 2014).

Representação Mental

Estratégia que permite simplificar situações complexas, pelo foco nas informações relevantes, promovendo uma visão geral do problema (GPT, 2010). O recurso a analogias coadjuva a tomada de decisão, permitindo simplificar o problema e visualizar perspetivas diferentes (MackWay-Jones, Marsden e Windle, 2014). Contudo, esta estratégia apresenta limitações quando a tomada de decisão necessita ser célere.

Intuição

Esta é definida como uma sensação percetiva de saber, sem uso consciente da razão; como uma impressão imediata e subjetiva (Crossetti [et al.], 2014). É entendida muitas vezes como o sexto sentido. A intuição representa um papel importante na tomada de decisões difíceis (Duro, Lima e Weber, 2017), sendo considerada frequentemente como a capacidade de decidir e resolver problemas com relativamente pouca informação (MackWay-Jones, Marsden e Windle, 2014).

Acosta, Duro e Lima (2012), no seu estudo, concluíram que a intuição é uma habilidade utilizada pelos enfermeiros para a tomada de decisão na triagem, nomeadamente em algumas situações quando não há sinais reconhecidos.

Esta estratégia está intrinsecamente ligada à experiência profissional (ibidem). Os peritos veem as situações de uma forma holística e recorrem ao conhecimento decorrente da experiência profissional para suportar a tomada de decisão (Benner, 2001).

A intuição raramente envolve raciocínio, é o pensamento intuitivo que sustenta a tomada de decisão. Embora a intuição permaneça imensurável, o seu valor para a prática clínica é reconhecido e bem documentado (MackWay-Jones, Marsden e Windle, 2014).

Patel [et al.] (2008) conduziram um estudo num serviço de urgência pediátrico de um hospital universitário canadiano, onde pretendiam estudar os fatores que influenciam a tomada de decisão na triagem e de que forma o enfermeiro triador utiliza o protocolo de triagem no processo de tomada de decisão. Concluíram que a tomada de decisão na triagem, em situações de emergência, é baseada na intuição, sendo a mesma proporcional à perícia do enfermeiro.

Na triagem de prioridades, o GPT (2010) define uma abordagem para a tomada de decisão que consiste no cumprimento dos passos seguintes:

- 1) identificação do problema – realizada através da recolha de informação relevante. Esta é a fase que permite a identificação do fluxograma;

- 2) colheita e análise de informações que permitam alcançar a solução – realizada com auxílio dos discriminadores presentes no fluxograma selecionado. O reconhecimento de padrões desempenha um papel importante nesta fase;

- 3) avaliação de todas as alternativas e seleção da alternativa mais apropriada – obtidas as informações necessárias, as evidências devem ser interpretadas e agrupadas para levantar suposições, tendo em vista a tomada de decisão que conduzirá à prioridade. Nesta fase é fulcral as habilidades de raciocínio/pensamento crítico e a intuição;

- 4) implementação da alternativa selecionada – a seleção possível limita-se às cinco categorias de triagem existentes. O triador atribui a prioridade que melhor se adapta à condição clínica apresentada pelo doente;

- 5) monitorização da implementação e avaliação dos resultados – a triagem é dinâmica e deve responder tanto às necessidades dos doentes como às do serviço. Neste caso o triador deve proceder à reavaliação da triagem (retriagem), sempre que necessário, com posterior confirmação ou alteração da prioridade.

A tomada de decisão do enfermeiro na triagem torna-se preponderante, pois tem importantes implicações no atendimento dos doentes e consequentemente nos resultados clínicos (GPT, 2010). Sabe-se, ainda, que a tomada de decisão do enfermeiro na triagem pode impactar o desfecho final (Costa [et al.], 2020).

Cabrera (2017) refere que erros de triagem representam, frequentemente, erros associados à tomada de decisão do enfermeiro.

Como temos vindo a abordar, o processo de tomada de decisão na triagem depende muito do conhecimento e experiência do enfermeiro triador. Com o contínuo desenvolvimento profissional, os enfermeiros vão adquirindo competências e aprendendo com as suas experiências, alterando e melhorando a sua capacidade de tomada de decisão no momento da triagem (GPT, 2010). Freitas (2014), no seu estudo, concluiu que à medida que aumenta o tempo de experiência tende a diminuir a perceção das dificuldades em tomar decisões na triagem.

Com objetivo de identificar e avaliar as evidências disponíveis sobre as habilidades dos enfermeiros na triagem no serviço de urgência, Acosta, Duro e Lima (2012) procederam a uma revisão integrativa da literatura. Dos vários estudos analisados, concluíram que o conhecimento teórico é fundamental para a realização de triagem. Realçam um estudo realizado na Suécia, que identificou que se o enfermeiro tem menos conhecimento numa área específica pode atribuir uma prioridade não condizente com o estado do doente. Citam, ainda, estudos que comprovam que quantos mais anos de experiência em serviços de urgência maior a acuidade dos enfermeiros para a tomada de decisão na triagem.

No ano de 2000, a investigadora americana Kelly Jo Cone, desenvolveu um instrumento designado Triage Decision Making Inventory (TDMI), com o intuito de avaliar as perceções dos enfermeiros sobre a sua habilidade de tomada de decisão na triagem em serviços de urgência. Os itens desenvolvidos para o instrumento concentravam-se nas características cognitivas, experiência/confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico. Após aplicação do TDMI a autora concluiu que o mesmo se revelou uma ferramenta eficaz para avaliar a perceção que os enfermeiros têm relativamente à sua capacidade de tomar decisões precisas na triagem. Concluiu, ainda, que, a tomada de decisão na triagem é influenciada pela experiência profissional (Cone, 2000).

Recentemente, Marques (2014), utilizou e validou o TDMI para a língua portuguesa, sendo considerado como um instrumento válido e fiável para avaliar a perceção dos enfermeiros portugueses acerca da sua habilidade em tomar decisões na triagem. No seu estudo, a autora concentrou os itens em três subescalas: Características Cognitivas/Confiança na Habilidade, Intuição e Pensamento Crítico. Obteve valores de concordância mais elevados na subescala Características Cognitivas/Confiança na Habilidade, sendo a subescala Intuição a que reuniu valores mais baixos. A autora concluiu que a experiência profissional influencia a tomada de decisão dos enfermeiros triadores e contribui para o desenvolvimento das características cognitivas e confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico (ibidem).

Vários autores têm demonstrado que a tomada de decisão na triagem não é unicamente dependente das competências e habilidades do enfermeiro triador. Fatores relacionados com o ambiente, bem como fatores relativos ao próprio doente e à situação, também, devem ser considerados no processo de tomada de decisão na triagem.

Cabrera (2017) refere que a proveniência do doente à entrada no serviço de urgência pode ser um fator influenciador na tomada de decisão na triagem, prevalecendo na sociedade a ideia de que doentes vindos de ambulância têm um atendimento mais rápido.

A tomada de decisão do enfermeiro na triagem é influenciada pelo fluxo de doentes (Reay, 2019; Amaral, 2017), contudo, a mesma, também, permite regular o fluxo de doentes no serviço de urgência, estando intimamente relacionada com a taxa de morbilidade e mortalidade (Acosta, Duro e Lima, 2012).

Em suma, o processo de tomada de decisão na triagem impõe, ao enfermeiro, responsabilidades e dificuldades acrescidas, uma vez que desta decisão está dependente a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

CAPÍTULO II - OPÇÕES METODOLÓGICAS

O conhecimento transforma-nos, prospera-nos e enquanto pensadores do mundo que nos rodeia, suporta o agir com indubitabilidade, consistência e precisão.

Na enfermagem, a investigação científica é o caminho que deve ser trilhado para incrementar conhecimento enquanto ciência, disciplina e como profissão, visando construir e sustentar uma base científica que guie a prática de cuidados.

A investigação produzida em Portugal acerca da tomada de decisão dos enfermeiros na triagem é ainda incipiente, sendo o único estudo que se acedeu o realizado por Marques (2014) aquando da adaptação e validação do Triage Decision Making Inventory (TDMI) para a população portuguesa. A nível internacional foram desenvolvidos alguns estudos em relação à tomada de decisão dos enfermeiros na triagem, explorando fatores que influenciam a mesma (Reay [et al.], 2019; Crossetti [et al.], 2014; Acosta, Duro e Lima, 2012; Cone, 2000).

O estado do conhecimento descrito no capítulo anterior, permite-nos concluir que o STM demonstra ser um método confiável e de qualidade que guia os enfermeiros no processo de triagem, contudo por si só não garante a eficácia do mesmo, sendo parte importante a tomada de decisão do enfermeiro. Este pressuposto aliado ao facto de ser uma área pouco estudada em Portugal, justificam a pertinência e a nossa motivação para a realização do presente estudo.

Delimitado o nosso campo de interesse, seguiu-se um caminho de reflexão sobre a questão que irá conduzir a investigação. Assim, constituiu-se nossa inquietação saber:

- **Quais as características dos processos de triagem num serviço de urgência da região norte de Portugal, no ano 2019?**
- **Quais os fatores associados à perceção dos enfermeiros triadores sobre as habilidades de tomada de decisão na triagem?**

Uma vez explicitadas as questões de partida, segue-se, no presente capítulo, as opções metodológicas que alicerçaram o nosso estudo, desde a finalidade e objetivos do estudo, o tipo de estudo, a população e a amostra, os instrumentos utilizados na recolha de dados, o tratamento de dados e os procedimentos formais e éticos subjacentes.

2.1 OBJETIVOS E FINALIDADES DO ESTUDO

Os objetivos do estudo são norteados pelo estado do conhecimento e da arte e, também, pelas nossas inquietações.

Assim sendo, e perspetivando dar resposta às questões de investigação do presente estudo, delineamos como objetivos:

- **Conhecer as características dos processos de triagem num serviço de urgência da região norte de Portugal, no ano 2019.**

Para tal pretende-se:

- Descrever as características sociodemográficas dos doentes triados em 2019;
- Descrever o acesso ao SU dos doentes triados no ano 2019;
- Descrever os fluxogramas, os discriminadores e as prioridades atribuídas na triagem no ano 2019;
- Descrever os tempos de espera relacionados com a triagem no ano 2019;
- Descrever o desfecho dos episódios de urgência no ano 2019.

- **Analisar os fatores associados à perceção dos enfermeiros triadores sobre as habilidades de tomada de decisão na triagem, utilizando o protocolo de triagem de Manchester.**

Para tal pretende-se:

- Descrever as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros triadores;
- Descrever a perceção dos enfermeiros triadores sobre as habilidades de tomada de decisão na triagem;
- Avaliar a relação entre as características sociodemográficas e a perceção dos enfermeiros triadores sobre as habilidades de tomada de decisão na triagem;

- Avaliar a relação entre as características profissionais e a perceção dos enfermeiros triadores sobre as habilidades de tomada de decisão na triagem.

A concretização deste estudo almeja, ainda, contribuir para o desenvolvimento do conhecimento e prática dos enfermeiros relativamente à triagem, com repercussão na melhoria da organização, qualidade e segurança dos cuidados prestados.

2.2 TIPO DE ESTUDO

Considerando a problemática e os objetivos delineados optamos pela realização de um estudo de natureza quantitativa, com carácter descritivo-correlacional, retrospectivo e transversal.

A opção pela metodologia quantitativa atenta no facto de se tratar de um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, caracterizado pela objetividade, com o propósito de descrever e explicar um fenómeno (Fortin, 2009)

O presente estudo é de cariz descritivo-correlacional dado que visa descrever e explorar relações entre a tomada de decisão dos enfermeiros na triagem, utilizando o protocolo da TM, e algumas características pessoais, profissionais e do contexto, bem como a percepção dos enfermeiros sobre a sua tomada de decisão na triagem.

Adicionalmente trata-se, também, de um estudo com características retrospectivas uma vez que num momento da investigação são recolhidos e analisados dados *à posteriori* através da consulta dos registos nos processos arquivados, e transversal, pelo facto de examinar um grupo de indivíduos em relação aos fenómenos presentes num dado momento da investigação (Fortin, 2009).

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O contexto selecionado para a materialização do estudo foi um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um hospital do norte de Portugal.

O SUMC está vocacionado para o atendimento à pessoa em situação crítica, possuindo, para tal, recursos humanos, técnicos e físicos adequados à função que lhe está atribuída. Encontra-se subdividido em Urgência Geral, Urgência Obstétrica e Ginecológica e Urgência Pediátrica. Trata-se de um SMUC que dá apoio diferenciado a dois SUB da região e referencia para três SUP, situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou avaliação por especialidades não existentes no mesmo. O SUMC apresenta uma média diária de 227 episódios de urgência (dados extraídos da monitorização do SNS entre o período de 1 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2019) (Portugal, 2021a).

O acesso pode ser feito por iniciativa própria; por orientação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU); por orientação da linha de atendimento SNS 24; por referenciação dos Cuidados de Saúde Primários, consultas externas de especialidade do próprio hospital, clínicas privadas ou transferência inter-hospitalar.

Quando o doente chega ao SUMC é efetuada a sua inscrição no serviço de urgência pelo administrativo, registando a proveniência e a causa pela qual recorre a este serviço, atribuindo-lhe um número de episódio de urgência.

Posteriormente é realizada a triagem do doente através do sistema de triagem de prioridades – Sistema de Triagem de Manchester. Este sistema foi implementado no serviço de urgência onde decorre o nosso estudo em 2005, encontrando-se atualmente implementada a 2ª edição.

Após a triagem, encontram-se estabelecidos circuitos de encaminhamento dos doentes, para a primeira observação médica, de acordo com o fluxograma e a prioridade atribuída pelo enfermeiro triador. Assim, as grandes áreas de encaminhamento são a Triagem Geral (clínica geral), Medicina, Cirurgia Geral, Psiquiatria, Neurologia, Ortopedia, Pequena Cirurgia, Sala de Emergência, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia.

Os enfermeiros em Portugal, segundo a OE (2021), são na grande maioria do sexo feminino (82,3%), o grupo etário mais representado é dos 36 aos 40 anos, a maioria detém o grau académico de licenciado e 27% pertencem à categoria de Enfermeiro Especialista.

A equipa de enfermagem do SUMC é heterogénea, composta por cinquenta e seis elementos de ambos os sexos, treze dos quais especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, quatro especialistas em Enfermagem de Reabilitação e dois especialistas em Enfermagem Comunitária. Destes enfermeiros, cinquenta encontram-se habilitados com o curso de TM. Conta ainda com um Enfermeiro Gestor, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo o responsável pela formação e auditoria da TM no SUMC.

Considerando a problemática e os objetivos do estudo, a população alvo é constituída pelos enfermeiros triadores do SUMC e pelos registos das triagens efetuadas pelos mesmos.

A população, na opinião de Fortin (2009), é um conjunto de pessoas ou objetos que partilham características comuns, as quais são definidas por critérios de inclusão.

Para o efeito do presente estudo, determinou-se como critérios de inclusão para os enfermeiros:

- Aceitar participar no estudo;
- Triadores a exercer funções no SUMC selecionado.

Foram excluídos os enfermeiros a exercer funções no SMUC que não desempenhavam a função de triagem de prioridades, ficando a amostra constituída por 50 profissionais que corresponde a 89% da população elegível. Dos instrumentos entregues tivemos um retorno de 47, representando 94%.

Relativamente aos registos, e na impossibilidade de se incluir a totalidade, definiu-se uma amostra racional (Fortin, 2009), onde foram incluídos os registos de triagem efetuadas pelos enfermeiros triadores do SUMC, no período de 1 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2019, correspondendo a 68381 registos.

Para a constituição desta amostra, definiu-se como critérios de exclusão:

- Urgência Pediátrica (idade < a 18 anos);

- Urgência Obstétrica e Ginecológica.

Estes critérios prendem-se com a especificidade inerente a estas situações de urgência, pelo que a Ordem dos Enfermeiros e o Ministério da Saúde defendem que a triagem destes doentes se deve realizar na Urgência de Obstetrícia e na Urgência de Pediatria, respetivamente (OE, 2017; Despacho n.º 3762/2015).

2.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Selecionar ou desenvolver um método para a recolha dados é considerada por Polit, Beck e Hungler (2004) uma das tarefas mais desafiadoras no processo de pesquisa. Fortin (2009) corrobora da mesma ideia e afirma que cabe ao investigador decidir qual o instrumento ou instrumentos mais adequados às variáveis a estudar.

O principal objetivo do processo de recolha de dados é a obtenção de descrições, relações e explicações estatísticas, podendo-se recorrer a várias técnicas para a recolha de grande quantidade de informação, de forma a garantir a validade e fidelidade dos dados recolhidos (Tuckman, 2000).

Para a concretização do presente estudo e de acordo com os objetivos delineados, realizamos a recolha de dados em dois momentos. Num primeiro momento, utilizamos para a recolha de dados um questionário constituído por duas partes: uma primeira parte de caracterização sociodemográfica e profissional e na segunda, um inventário para a avaliação da tomada de decisão (APÊNDICE I).

Questionário Sociodemográfico e Profissional

O questionário foi construído especificamente para o presente estudo, constituído por nove questões, permitindo recolher informações relativamente às seguintes variáveis:

- Sociodemográficas - 1) Idade (em anos); 2) Sexo; 3) Formação Académica;
- Profissionais - 4) Categoria Profissional; 5) Experiência Profissional como Enfermeiro; 6) Experiência no Serviço de Urgência;
- Triagem de Manchester - 7) Frequência com que realiza triagem; 8) Última formação em TM; 9) Motivação para realizar triagem de Manchester.

Estas variáveis foram operacionalizadas em qualitativas (nominais e ordinais) e em quantitativas optando-se pelas últimas sempre que adequado.

Para o tratamento de dados, as variáveis que apresentavam grande variabilidade de respostas foram recodificadas, com o intuito de agrupar num número mais restrito de atributos.

Triagem Decision Making Inventory (TDMI)

Para analisar a percepção dos enfermeiros relativamente à tomada de decisão na triagem utilizou-se o Triagem Decision Making Inventory (TDMI) que foi criado como um instrumento para "avaliar as percepções dos enfermeiros sobre a sua habilidade de tomada de decisão na triagem em serviços de urgência e determinar se existem diferenças nesta tomada de decisão com base na experiência profissional" (Marques, 2014, p.56).

Originalmente o TDMI foi desenvolvido por Cone (2000). A tradução e adaptação cultural para português foi efetuada por Marques em 2014 e obedeceu a um conjunto de procedimentos com o intuito de obter uma versão para a população portuguesa equivalente à original, em termos de conteúdo e semântica, tendo tomado a designação de "Inventário de Tomada de Decisão na Triagem".

Assim o TDMI é composto por 36 itens e as suas respostas enquadram-se numa escala tipo Lickert de seis pontos (discordo bastante, discordo moderadamente, discordo minimamente, concordo minimamente, concordo moderadamente e concordo bastante), evitando a tendência de respostas medianas, seguindo a mesma linha da autora do TDMI versão portuguesa. Posteriormente os itens foram reagrupados por 3 subescalas:

- Características Cognitivas/Confiança na Habilidade - que integra 16 itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13, 17, 18, 21, 22, 24, 33, 34 e 35) relacionados com a priorização, organização, juízo clínico, conhecimento e experiência;
- Intuição - que integra 9 itens (8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 19 e 30) relacionados com o pensamento intuitivo, pressentimento e sexto sentido;
- Pensamento Crítico - integra 11 itens (12, 20, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32 e 36) relacionados com a capacidade em obter informação através da avaliação e comunicação, para a tomada de decisão.

O cálculo dos scores das subescalas foi feito através de médias ponderadas.

Quanto à consistência interna da medida, a autora (Marques, 2014) obteve no estudo de adaptação e validação do TDMI, um coeficiente *alfa de Cronbach* para o total da escala de 0,913 e para as suas subescalas o valor estava compreendido entre 0,751 e 0,905.

Segundo a autora, o TDMI versão portuguesa foi considerado um instrumento válido e fiável para avaliar as perceções dos enfermeiros sobre a sua habilidade de tomada de decisão na triagem em serviços de urgência (ibidem).

No nosso estudo, na análise da consistência interna obtivemos para o total da escala (36 itens) um *alfa de Cronbach* de 0,935 (tabela 1). Quanto às subescalas *Características Cognitivas/Confiança na Habilidade, Intuição e Pensamento Crítico*, obteve-se um valor de *alfa de Cronbach* de 0,857, 0,858 e 0,840, respetivamente. De acordo com os valores de referência de Pestana e Gageiro (2014), consideramos a consistência interna do inventário Muito Boa e das subescalas Boa.

Tabela 1 – Consistência interna do TDMI e subescalas

	Marques (2014)	Estudo Atual
<i>Características Cognitivas e Confiança na Habilidade</i>	0,905	0,86
<i>Intuição</i>	0,844	0,858
<i>Pensamento Crítico</i>	0,751	0,840
<i>Total do TDMI</i>	0,913	0,935

Não foi efetuado pré-teste, uma vez que a escala se encontrava validada para Portugal e as questões relativas às características sócio-profissionais foram validadas por peritos.

A recolha de dados por questionário decorreu entre fevereiro e março de 2020 e foi entregue aos enfermeiros triadores em mãos e, posteriormente, foi colocado num envelope fechado e devolvido, de forma a poder garantir o anonimato e não causar constrangimentos aos profissionais.

Num segundo momento, procedeu-se à análise documental da informação relativa aos episódios de urgência que foram triados de acordo com o STM, no ano 2019, e registados em base de dados do programa informático em uso no referido serviço (SClínico®), de acordo com os dados que foram solicitados: características sociodemográficas dos doentes; acesso ao SU; tempos de resposta relacionados com a triagem; fluxograma, discriminador e prioridade atribuídos na triagem pelo STM; ativação de vias verdes na triagem; desfecho do episódio de urgência.

Os dados foram fornecidos em formato de folhas de cálculo EXCEL®, sendo posteriormente importados para SPSS® (Statistical Package for Social Sciences) da IBM®, versão 26 para Windows.

2.5 TRATAMENTO DE DADOS

As técnicas de tratamento de dados tiveram em consideração os objetivos do estudo, o tipo de estudo e as variáveis quanto à escala de medida.

Para tal, recorremos a técnicas de estatística descritiva, nomeadamente as distribuições de frequências absolutas e relativas. Para as variáveis quantitativas recorremos a medidas de tendência central (média, mediana e moda), posição (quartis 25 e 75) e de dispersão (amplitude e desvio padrão).

Na análise inferencial, no caso das variáveis quantitativas, avaliamos os pressupostos inerentes aos testes paramétricos, designadamente normalidade de distribuição (teste Shapiro-Wilk) e homogeneidade de variâncias (teste de Levene). Para amostras superiores a 30, assumimos o teorema do limite central. Quando a normalidade de distribuição não estava assegurada, avaliamos a assimetria e a curtose, que quando não eram extremas continuamos a utilizar testes paramétricos (valores absolutos de assimetria e achatamento inferiores a 3 e a 7, respetivamente (Kline, 1998, cit. Marôco, 2014)).

Assegurados os pressupostos, utilizou-se como teste paramétrico para duas amostras independentes, o teste *t de Student* com o intuito de detetar diferenças significativas de médias em variáveis quantitativas. Em contrapartida, quando observamos que os mesmos não estavam assegurados recorremos ao teste não paramétrico de Kuskall-Walis.

Para a comparação de médias em variáveis com mais de duas categorias, com normalidade de distribuição e homogeneidade de variâncias, recorremos ao teste de ANOVA a um fator nominal.

Quando se pretendeu avaliar a associação entre duas variáveis quantitativas, usou-se o coeficiente de correlação de Pearson, uma vez que se observaram os pressupostos para a utilização de testes paramétricos. Por convenção, considerou-se que o coeficiente de correlação, entre 0,90 e 1,00 indica uma associação muito alta; entre 0,70 e 0,89, alta; entre 0,40 e 0,69 de moderada; entre 0,20 e 0,39, baixa e menor que 0,20 como uma associação muito baixa (Pestana e Gageiro, 2014).

Assumiu-se um nível de significância de 5%.

Para o tratamento estatístico de dados recorreu-se ao sistema operativo SPSS® (Statistical Package for Social Sciences) da IBM®, versão 26 para Windows.

2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Toda a investigação realizada junto de seres humanos deve ser dirigida no respeito pelos direitos da pessoa, levantando questões morais e éticas que requerem uma análise cuidada de todos os procedimentos a seguir (Fortin, 2009), uma vez que o comportamento de seres humanos "pode dificultar, prejudicar, perturbar, tornar-se enganoso, ou afetar, de qualquer outro modo, negativamente, a vida dos que nele participam" (Tuckman, 2000, p.19)

Neste sentido, o percurso que se realizou para materializar o presente estudo pautou-se pelo respeito de todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação e também, no seguimento das orientações emanadas pelo do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Soares, 2018), em conjugação com a Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013).

O desenvolvimento do estudo, concretamente o processo de recolha de dados e o tratamento dos mesmos, realizou-se após autorização concedida pelo Conselho de Administração do Hospital em questão, e parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da mesma instituição, sob a referência n.º 15/2020 (ANEXO I).

Relativamente ao instrumento de colheita de dados, adotamos os seguintes procedimentos:

- Remeteu-se um pedido de autorização para a autora do inventário TDMI versão portuguesa, a fim de a utilizar no nosso estudo, ao qual se obteve resposta positiva (APÊNDICE II);

- O questionário aos enfermeiros fez-se acompanhar com informação elucidativa sobre a finalidade do estudo e onde foi dada a garantia de confidencialidade e anonimato da informação recolhida e, sobretudo, reforçado o seu direito em não participar no estudo sem qualquer tipo de consequências.

No que diz respeito à recolha e tratamento dos dados do sistema informático obedeceu-se, tal como consta anteriormente, ao requisito de assegurar o anonimato e confidencialidade de todos os dados recolhidos, servindo os mesmos exclusivamente para efeitos deste estudo.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

No presente capítulo procede-se à apresentação dos resultados à luz dos objetivos delineados e das opções metodológicas, tomando-se como referência as respostas aos 47 questionários validados, correspondendo a uma taxa de retorno de 94%, e os dados extraídos das triagens efetuadas pelos enfermeiros triadores no ano 2019.

Os resultados são apresentados sob a forma de tabelas, com o intuito de permitir uma melhor organização e sistematização da informação. Inicia-se pela descrição dos resultados para de seguida se proceder à análise das relações e diferenças.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO AO SU E DOS PROCESSOS DE TRIAGEM

Os dados relativos aos doentes adultos que recorrem ao SU e foram triados no período de 1 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2019, referem-se a 68 381 registos.

Os doentes são maioritariamente do sexo feminino (54,7%). As idades variam entre os 18 e os 102 anos, com média de 57,31±20,866 anos e mediana de 59 anos. O percentil 25 situa-se nos 41 anos e o percentil 75 nos 75 anos (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos doentes triados conforme as características sociodemográficas (n=68381)

Sexo	ni	%
Feminino	37419	54,7
Masculino	30962	45,3
Idade		
18-24 anos	5475	8
25-64 anos	35667	50,7
65-79 anos	15875	23,2
≥ 80 anos	12364	18,1
Mínimo-Máximo	Média ± DP	Mediana
18 - 102	57,31±20,866	59

Relativamente à proveniência dos doentes à entrada no serviço de urgência (tabela 3), foram agrupados em cinco grupos: Referenciação por Carta (Consulta Externa, Centro de Saúde e Clínicas Privadas); Linha Saúde 24; Vontade própria (Exterior e Domicílio); INEM; Transferido de outra unidade de saúde (Hospital de agudos, Hospital de dia, Unidades de Convalescença, Unidade de Longa Duração e Manutenção, Unidade de Média Duração e Reabilitação, Transferido de outro hospital). Neste sentido, constatamos que a maioria provém do domicílio (66,9%) e logo de seguida por meios INEM (19,8%). É

de salientar que 8,3% das pessoas dão entrada no serviço de urgência com referênciação por carta, seguidamente por encaminhamento da Linha de Saúde 24 e Transferidos de outro hospital/unidade de cuidados (ambos com 2,5%).

Foram ativadas 856 vias verdes, sendo as mais frequentes as Vias Verdes AVC (48,7%) e a Coronária (33,1%). Por outro lado, as que apresentaram menos expressão são as Vias Verdes Trauma e Sepsis (9,7% e 8,5%, respetivamente) (tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos doentes triados conforme a proveniência à entrada no SU e a ativação de Via Verde (n=68381)

Proveniência à entrada no SU	ni	%
Domicílio	45770	66,9
INEM	13541	19,8
Referenciação por carta	5690	8,3
Linha Saúde 24	1696	2,5
Transferido de outra unidade de saúde	1684	2,5
Ativação Via Verdes		
Sim	856	1,3
Não	67525	98,7
Vias verdes		
AVC	417	48,7
Coronária	283	33,1
Trauma	83	9,7
Sepsis	73	8,5

Relativamente à distribuição das triagens de acordo com o turno de admissão no SU, foi no turno da manhã que se observou maior proporção de admissões (56,8%), seguido do turno da tarde (33,8%) e o turno da noite é aquele que apresenta menor incidência (9,5%). Ao analisarmos as triagens de acordo com o dia da semana, constatamos que a maior afluência ao SU acontece à segunda-feira (17,1%), diminuindo ligeiramente com o passar dos dias da semana, sendo ao sábado e ao domingo que se verifica uma menor

afluência (11,6% e 11,5%, respetivamente. No que concerne ao mês de admissão no SU, observamos alguma uniformidade ao longo dos meses, no entanto, é evidente uma maior afluência nos meses de julho e agosto (9,8% e 9,3%, respetivamente). Os meses de janeiro e fevereiro são aqueles onde observamos uma menor afluência (7,0% e 7,1%, respetivamente) (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição conforme turno, dia da semana e mês de admissão (n=68381)

Turno	ni	%
Manhã	38812	56,8
Tarde	23097	33,8
Noite	6472	9,5
Dia da Semana		
Segunda-feira	11687	17,1
Terça-feira	11000	16,1
Quarta-feira	9895	14,5
Quinta-feira	9688	14,2
Sexta-feira	10293	15,1
Sábado	7943	11,6
Domingo	7875	11,5
Mês		
Janeiro	4799	7,0
Fevereiro	4842	7,1
Março	5479	8,0
Abril	5824	8,5
Maio	5757	8,4
Junho	5356	7,8
Julho	6361	9,3
Agosto	6683	9,8
Setembro	6090	8,9
Outubro	5820	8,5
Novembro	5578	8,2
Dezembro	5792	8,5

No que concerne ao fluxograma selecionado pelos enfermeiros triadores (tabela 5), constatamos que o fluxograma que mais se destaca nas triagens é o Problemas nos membros (18,5%). Seguidamente, evidenciam-se os fluxogramas Dispneia (8,9%), Dor abdominal (8,6%), Indisposição no adulto (6,8%) e Dor lombar (6,2%). Entre os fluxogramas menos selecionados destacam-se o Doenças Sexualmente Transmissíveis, Exposição a Químicos, Hemorragia Vaginal e o Auto-agressão, todos com uma percentagem menor que 0,1%.

Tabela 5 – Distribuição das triagens de acordo com o fluxograma (n=68381)

Fluxograma	ni	%
Problemas nos membros	12642	18,5
Dispneia	6063	8,9
Dor abdominal	5877	8,6
Indisposição no adulto	4640	6,8
Dor lombar	4251	6,2
Dor torácica	3256	4,8
Problemas oftalmológicos	3133	4,6
Problemas urinários	2555	3,7
Infecções locais e abscessos	2493	3,6
Cefaleia	2480	3,6
Feridas	2153	3,1
Diarreia e/ou Vômitos	2012	2,9
Queda	1689	2,5
Dor de garganta	1615	2,4
Lesão toraco-abdominal	1244	1,8
Doença mental	1130	1,7
T.C.E.	1093	1,6
Problemas de ouvidos	1087	1,6
Problemas faciais	984	1,4
Erupções cutâneas	895	1,3
Estado de inconsciência/Síncope	826	1,2
Comportamento estranho	805	1,2
Hemorragia gastrointestinal	679	1,0
Grande traumatismo	633	0,9
Dor cervical	594	0,9
Corpo estranho	542	0,8
Mordeduras e picadas	428	0,6
Palpitações	385	0,6
Problemas estomatológicos	379	0,6
Agressão	284	0,4
Convulsões	281	0,4
Diabetes	274	0,4
Dor testicular	254	0,4
Sobredosagem e envenenamento	191	0,3
Queimaduras profundas e superficiais	144	0,2
Asma	130	0,2
Embriaguez aparente	112	0,2
Alergias	76	0,1
Auto-agressão	27	0
Hemorragia vaginal	26	0,0
Doenças sexualmente transmissíveis	12	0,0
Exposição a químicos	7	0

Relativamente aos discriminadores, que permitem a inclusão numa das cinco prioridades, para efeitos deste estudo, e na impossibilidade de os dissecarmos todos pela multiplicidade (APÊNDICE III), analisamos apenas os mais frequentes (percentagem superior a 1%). Nesta lógica, observamos que os discriminadores dor moderada (31,3%) e a dor ligeira < 7 dias (14,1%), foram os que mais se destacaram. Seguidamente, evidenciam-se os discriminadores dor pleurítica (5%), SaO₂ muito baixa (3%) e, ainda, dor severa, edema e problema recente (ambos com 2,6%). Os discriminadores défice neurológico agudo e dor precordial (ambos com 1,1%) são os que menos se evidenciam.

No seguimento dos discriminadores, analisamos a prioridade atribuída pelos enfermeiros triadores através do STM e constatamos que a prioridade Urgente é a que mais se evidencia (57,7%), seguindo-se a Pouco Urgente (26,0%) e a Muito Urgente (15,6%). As prioridades Emergente e Não Urgente são as que apresentam menor prevalência (0,3% e 0,4%, respetivamente) (tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das triagens conforme os discriminadores mais frequentes e prioridade clínica (n=68381)

Discriminadores	ni	%
Dor moderada	21418	31,3
Dor ligeira < 7 dias	9610	14,1
Dor pleurítica	3394	5,0
SaO2 muito baixa	2031	3,0
Edema	1783	2,6
Dor severa	1777	2,6
Problema recente	1752	2,6
Novos sintomas e/ou sinais neurológicos	1606	2,3
Pulso anormal	1382	2,0
Vómitos persistentes	1320	1,9
Pequena hemorragia incontrolável	1270	1,9
Instalação súbita	1230	1,8
Alteração do estado de consciência de novo	1204	1,8
SaO2 baixa	1121	1,6
Olho vermelho	943	1,4
Défice neurológico agudo	183	1,1
Dor precordial	727	1,1
Outros	15620	22,8
Prioridade		
Emergente	177	0,3
Muito urgente	10654	15,6
Urgente	39465	57,7
Pouco urgente	17798	26,0
Não urgente	287	0,4

Quanto ao tempo de demora para a triagem varia entre 0 e 2637 minutos, com média de 29,26±83,70 minutos e mediana de 10,05 minutos. O percentil 25 situa-se nos 4,93

minutos e o percentil 75 nos 21,10 minutos. Relativamente ao tempo de duração da triagem, constatamos que a esta varia entre 0 e 26 minutos, com média de $2,08 \pm 1,204$ minutos e mediana de 1,77 minutos. O percentil 25 situa-se nos 1,27 minutos e o percentil 75 nos 2,53 minutos. No que concerne ao tempo de demora para a primeira observação médica esta varia entre 0 e 59 minutos, com média de $17,32 \pm 16,137$ minutos e mediana de 13 minutos. O percentil 25 situa-se nos 4 minutos e o percentil 75 nos 28 minutos. Finalmente, quando nos reportamos ao tempo de permanência no SU, ou seja, tempo de duração desde a admissão no serviço de urgência até ao momento da alta, este varia entre 0 e 9703 minutos, com média de $333,70 \pm 478,789$ minutos e mediana de 187 minutos. O percentil 25 situa-se nos 104 minutos e o percentil 75 nos 329 minutos (tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das triagens conforme tempo de demora para a triagem, duração da triagem, demora para a primeira observação médica e permanência no SU em minutos (n=68381)

TEMPO	Demora para a triagem	Duração da triagem	Demora para a primeira observação médica	Permanência no SU
Média $\pm$ DP	29,26 $\pm$ 83,720	2,08 $\pm$ 1,204	17,62 $\pm$ 16,137	333,70 $\pm$ 478,789
Mediana	10,05	1,77	13	187
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	2637	26	59	9703
Percentis				
25	4,93	1,27	4	104
50	10,05	1,77	13	187
75	21,10	2,53	28	329
Sem informação	0	0	1769	0

Quanto ao desfecho do episódio (tabela 8), a maioria (41,2%) teve alta para o domicílio/exterior não referenciado e, ainda, uma percentagem considerável (37,5%) teve alta com encaminhamento para o Centro de Saúde. Salientamos que 10,7% dos doentes foi internado no hospital, 6,1% foi encaminhada para a Consulta Externa e 3,4% foi

transferida para outro hospital. O desfecho do episódio de urgência menos representado (0,2%) é o falecimento. Os restantes saíram contra parecer médico (0,5%) ou abandonaram o serviço de urgência (0,3%).

Tabela 8 – Distribuição das triagens por desfecho do episódio de urgência (n=68381)

Desfecho do episódio de urgência	ni	%
Abandono	204	0,3
Centro de Saúde	25672	37,5
Consulta Externa	4164	6,1
Domicílio/exterior não referenciado	28192	41,2
Transferido para outro hospital	2322	3,4
Internamento	7314	10,7
Falecido	161	0,2
Saída contra parecer médico	352	0,5

3.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS TRIADORES

No que se refere às características sociodemográficas, os participantes são maioritariamente do sexo feminino (74,5%). As idades variam entre os 27 anos e os 63 anos, com uma média de $41,02 \pm 9,389$ anos e uma mediana de 39 anos. O percentil 25 situa-se nos 34 anos e o percentil 75 nos 48 anos. Quando agrupamos em faixas etárias, a mais representada é a dos 31 aos 40 anos (44,7%), seguida dos 41 aos 50 anos (27,7%), sendo as menos representadas as dos com mais de 50 anos e com menos de 35 anos (17% e 10,6%, respetivamente).

Se nos reportamos à formação académica, observa-se que 85,1% dos profissionais tem licenciatura, 12,8% detém um mestrado e 2,1% tem um bacharelato (tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição conforme as características sociodemográficas (n=47)

Sexo	ni	%
Feminino	35	74,5
Masculino	12	25,5
Idade		
≤ 35 anos	5	10,6
31-40 anos	21	44,7
41-50 anos	13	27,7
> 50 anos	8	17
Formação Académica		
Bacharelato	1	2,1
Licenciatura	40	85,1
Mestrado	6	12,8

No que se refere à categoria profissional predomina a categoria de Enfermeiro (63,8%) sendo os restantes 36,2% Enfermeiros Especialistas.

Os anos de exercício profissional como enfermeiro e os anos de exercício no SU, foram agrupados, considerando-se o modelo de desenvolvimento de competências sugerido por Benner (2001), que considera como peritos as pessoas que trabalham há mais de 5 anos na mesma área. Neste caso, agrupamos o tempo de exercício na profissão e o tempo de exercício no SU nas seguintes classes: ≤ 2 anos; 3-5 anos; > 5 anos.

Quanto ao tempo de experiência profissional, quando se considerou toda a experiência profissional, varia entre os 5 e os 41 anos, com uma média de $17,91 \pm 9,122$ anos e mediana de 16 anos. A maioria dos participantes trabalha há mais de 5 anos (89,4%).

Se nos reportarmos ao tempo de experiência profissional no serviço de urgência em estudo, varia entre 1 e 40 anos, com uma média de $11,77 \pm 9,185$ anos e mediana de 10 anos. 74,5% dos enfermeiros desenvolvem a sua atividade profissional há mais de 5 anos no SU em estudo.

Analisando a frequência com que os enfermeiros triadores efetuam triagem, verificamos que 48,9% realiza entre 6 a 10 vezes por mês e 14,9% realiza triagem mais de 10 vezes por mês, realizando os restantes menos de 5 vezes.

Para efeitos de tratamento de dados agrupamos o tempo da última formação em TM em três grupos: ≤ 2 anos, 3-5 anos e > 5 anos. Verificamos que a maioria (44,7%) dos enfermeiros realizou-a entre 3 a 5 anos, 34% há mais de 5 anos e os restantes há menos de 2 anos.

No que diz respeito à motivação para a triagem de Manchester, a maioria dos enfermeiros triadores distribui-se equitativamente por “Motivado” e “Nem Motivado Nem Desmotivado” (42,6% respetivamente). Há 10,6% que refere estar “Completamente Motivado” e uma minoria (4,3%), refere-se “Completamente Desmotivado” (tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição conforme a caracterização profissional (n=47)

Categoria Profissional	ni	%
Enfermeiro	30	63,8
Enfermeiro Especialista	17	36,2
Tempo de exercício na profissão		
3 - 5 anos	5	10,6
> 5 anos	42	89,4
Tempo de Exercício no SU		
≤ 2 anos	5	10,6
3 - 5 anos	7	14,9
> 5 anos	35	74,5
Frequência com que faz triagem/ mês		
≤ 5 vezes	17	36,2
6 - 10 vezes	23	48,9
> 10 vezes	7	14,9
Formação em TM		
≤ 2 anos	10	21,3
3 - 5 anos	21	44,7
> 10 anos	16	34
Motivação para a TM		
Completamente desmotivado	2	4,3
Nem motivado Nem desmotivado	20	42,6
Motivado	20	42,6
Completamente motivado	5	10,6

3.3 TOMADA DE DECISÃO NA TRIAGEM

A tomada de decisão foi avaliada através do TDMI, na versão portuguesa (Marques, 2014), que caracteriza a perceção dos enfermeiros relativa à tomada de decisão no momento da triagem.

É na dimensão *Intuição* que observamos maior amplitude (min -3; máx - 5,78), com a menor média (4,44±0,697) e menor mediana (4,44). Em sentido oposto encontramos as *Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade*, com variação entre 4,06 e 5,63, com média de 4,94±0,420 e mediana de 4,94. O *Pensamento Crítico* apresenta valores intermédios (min - 3,45; máx - 5,91; média 4,84 ± 0,609; mediana 5). Quando consideramos o score total do *TDMI* observamos uma variação entre 1,83 e 5,56, com média de 4,78±0,493 e mediana de 4,81 (tabela 11).

Tabela 11 - Medidas de estatística descritiva das subescalas e total do TDMI - média ponderada (n=47)

Subescalas/ Total TDMI	Mínimo	Máximo	Média ± Dp	Mediana
Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade	4,06	5,63	4,94 ± 0,420	4,94
Intuição	3,00	5,78	4,44 ± 0,697	4,44
Pensamento Crítico	3,45	5,91	4,84 ± 0,609	5,00
TDMI	1,83	5,56	4,78 ± 0,493	4,81

Características dos Enfermeiros Associadas à Tomada de Decisão na Triagem

Procedemos, agora, à análise das relações e diferenças entre as características sociodemográficas e profissionais e a perceção dos enfermeiros sobre a tomada de decisão na triagem, recorrendo para tal a testes de estatísticos considerando os objetivos do estudo.

Para efeitos da análise da associação entre a idade dos enfermeiros e a perceção sobre a tomada de decisão na triagem, recorremos à correlação de Pearson, considerando existir normalidade de distribuição (teorema do limite central), uma vez que a dimensão da amostra é superior a 30.

Não se observam correlações estatisticamente significativas entre a idade e as subescalas **Intuição** e **Pensamento crítico** ($\text{sig} > 0,05$). Observando uma correlação positiva fraca com as **Características Cognitivas/Confiança na Habilidade** ($r=0,350$, $\text{sig}=0,016$), bem como com a escala total ($r=0,293$; $\text{sig}=0,045$) (tabela 12).

Tabela 12 - Correlação entre a idade e as subescalas e total do TDMI ($n=47$)

Subescalas/ Total TDMI	Idade	
	R	Sig
Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade	0,350	0,016
Intuição	0,248	0,093
Pensamento Crítico	0,194	0,191
TDMI	0,293	0,045

Relativamente ao sexo, observa-se normalidade de distribuição em todos os grupos e para todas as subescalas e total do TDMI (APÊNDICE IV), bem como homogeneidade de variâncias (APÊNDICE V). Deste modo, na comparação entre grupos optou-se pelo teste t para amostras independentes.

Da análise das diferenças não observamos diferenças estatisticamente significativas (tabela 13).

Tabela 13 - Análise das diferenças das subescalas e total do TDMI entre os sexos (n=47)

Subescalas/ Total TDMI	Teste t		
	valor de teste	df	Sig
Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade	0,234	45	0,816
Intuição	0,689	45	0,494
Pensamento Crítico	0,313	45	0,756
TDMI	0,450	45	0,655

Para efeito de tratamento de dados, agrupamos a formação académica dos enfermeiros em dois grupos: formação graduada (bacharelato e licenciatura) e pós-graduada (Mestrado e Doutoramento). Avaliamos a normalidade de distribuição, não se verificando no caso da subescala *Intuição* em enfermeiros com formação pós-graduada. No entanto, também não observamos assimetria (Skewness -0,915; std Skewness 0,845) ou achatamentos (Kurtosis -1,770; std Kurtosis 1,741) severos (APÊNDICE IV). Observamos homogeneidade de variâncias (APÊNDICE V), pelo que, para a comparação entre grupos optamos pelo teste t, não se observando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (tabela 14).

Tabela 14 - Análise das diferenças das subescalas e total do TDMI em função da formação académica (n=47)

Subescalas/ Total TDMI	Teste t		
	valor de teste	df	Sig
Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade	-1,953	45	0,057
Intuição	-0,345	45	0,732
Pensamento Crítico	-0,737	45	0,465
TDMI	-1,123	45	0,267

No que concerne à categoria profissional, procedemos à análise da normalidade de distribuição, observando-se em todos os grupos (APÊNDICE IV), contudo não observamos homogeneidade de variâncias na subescala Características Cognitivas/confiança na Habilidade (Levene 4,342; Sig. 0,043), pelo que procedemos à análise das diferenças através do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, não se observando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (tabela 15).

Tabela 15 - Análise das diferenças das subescalas e total do TDMI em função da categoria profissional (n=47)

Kruskal-Wallis			
Subescalas/ Total TDMI	valor de teste	gl	Sig
Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade	1,43	1	0,23
Intuição	0,12	1	0,73
Pensamento Crítico	0,91	1	0,34
TDMI	0,44	1	0,5

Para a análise das associações entre o tempo de exercício profissional como enfermeiro e o tempo de exercício profissional no serviço de urgência e a tomada de decisão, tendo por referência o teorema do limite central, recorreremos à correlação de Pearson.

Da análise da associação entre o tempo de exercício na profissão e as subescalas e o total TDMI, não observamos correlações estatisticamente significativas (Sig > 0,05) para a *Intuição*, *Pensamento Crítico* e para o total do TDMI. Por outro lado, para as Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade observamos uma correlação positiva, embora o coeficiente de relação indique uma associação baixa ($r=0,339$; sig=0,020) (tabela 16).

No que concerne à associação entre o tempo de exercício no serviço de urgência e as subescalas e total do TDMI, observamos correlações estatisticamente significativas (Sig < 0,05) positivas para todas as dimensões. Relativamente à subescala *Pensamento Crítico*

observamos uma correlação baixa ($r=0,338$), ao passo que para as restantes dimensões e para o total do **TDMI** existe uma associação moderada ($r > 0,464$) (tabela 16).

Tabela 16 - Análise da correlação entre o tempo de exercício na profissão, tempo de exercício no SU e as subescalas e total do TDMI (n=47)

Subescalas/ Total TDMI	Tempo Exercício na Profissão		Tempo de Exercício no SU	
	R	Sig	R	Sig
Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade	0,339	0,020	0,464	0,010
Intuição	0,177	0,233	0,476	0,010
Pensamento Crítico	0,178	0,232	0,338	0,020
TDMI	0,258	0,080	0,470	0,01

Para a análise das características relacionadas com a TM e a perceção sobre a tomada de decisão consideramos a frequência da triagem e a motivação.

Relativamente à frequência com que os enfermeiros realizam TM por mês, verificamos os pressupostos para aplicação dos testes paramétricos. Para a subescala *Pensamento Crítico* e total do TDMI no grupo que realiza TM mais de 10 vezes por mês, a distribuição não é normal (Shapiro-Wilk=0,763; gl=7; sig=0,017 e Shapiro-Wilk=0,769; gl=7; sig=0,020, respetivamente). No entanto, também, não observamos assimetria (Skewness -1,998; std Skewness 0,794; Skewness -2,012; std Skewness 0,794, respetivamente) ou achatamentos (Kurtosis 4,440; std Kurtosis 1,587; Kurtosis 4,576; std Kurtosis 1,587, respetivamente). Nos restantes grupos a distribuição é normal. Observamos homogeneidade de variâncias em todas as subescalas e total do **TDMI** (APÊNDICE V). Assim, utilizamos a ANOVA a um fator nominal, que revelou não existir diferenças estatisticamente significativas entre a frequência com que os enfermeiros realizam TM e as subescalas, bem como para o total do TDMI (tabela 17).

Tabela 17 - Análise de diferenças das subescalas e total do TDMI em função frequência da realização de triagem (ANOVA; n=47)

Subescalas/ Total TDMI	F	gl	Sig
Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade	1,259	2,44	0,294
Intuição	0,821	2,44	0,447
Pensamento Crítico	0,998	2,44	0,377
TDMI	1,095	2,44	0,344

Referente à última formação em TM, avaliamos a normalidade de distribuição, não se verificando nos casos da subescala *Pensamento Crítico* (em enfermeiros cuja última formação em TM foi há mais de 5 anos) e total do TDMI (em enfermeiros que realizaram formação em TM há 3-5 anos) (Shapiro-Wilk=0,881; gl=16; sig=0,040; Shapiro-Wilk=0,907; gl=21; sig=0,048, respetivamente) no entanto, também não observamos assimetria (Skewness -1,512; std Skewness 0,661; Skewness -0,119; std Skewness 0,501, respetivamente) ou achatamentos (Kurtosis 2,456; std Kurtosis 1,279; Kurtosis -1,491; std Kurtosis 0,972, respetivamente). Os restantes grupos seguem distribuição normal (APÊNDICE V). Observamos homogeneidade de variâncias, pelo que, para a análise das diferenças, utilizou-se a ANOVA a um fator nominal.

Da análise das diferenças não se observam diferenças estatisticamente significativas entre a última formação em TM e as subescalas e o total do TDMI (tabela 18).

Tabela 18 - Análise de diferenças das subescalas e total do TDMI em função da última formação em TM (ANOVA; n=47)

Subescalas/ Total do TDMI	F	gl	Sig
Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade	2,107	2,44	0,134
Intuição	2,353	2,44	0,107
Pensamento Crítico	3,104	2,44	0,055
TDMI	3,006	2,44	0,060

Relativamente à motivação dos enfermeiros para realizarem TM agrupou-se a variável em: resposta negativa (completamente desmotivado e desmotivado); resposta neutra (nem desmotivado nem motivado) e resposta positiva (motivado e completamente motivado). Uma vez que não se obteve respostas negativas, optou-se pelo teste t para a análise de diferenças, uma vez que se garantiu os pressupostos para a utilização de testes paramétricos (APÊNDICE IV e V).

Da análise das diferenças entre grupos, não se observa diferenças estatisticamente significativas (tabela 19).

Tabela 19 - Análise das diferenças das subescalas e total do TDMI em função da motivação para a TM (n=47)

Subescalas/ Total TDMI	Teste t		
	valor de teste	df	Sig
Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade	-0,200	43	0,843
Intuição	0,433	43	0,667
Pensamento Crítico	-0,630	43	0,532
TDMI	-0,154	43	0,879

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo discutimos os aspetos mais significativos dos resultados, com o intuito de obter resposta a algumas das interrogações iniciais, tendo por base o conhecimento produzido, as investigações realizadas neste âmbito, bem como o nosso olhar em torno desta temática.

O fio condutor da discussão seguirá a mesma linha do capítulo anterior, iniciando com a caracterização dos processos de triagem realizados no serviço de urgência, seguindo-se a discussão relativa à caracterização sociodemográfica e profissional dos triadores, passando aos resultados obtidos relativamente à tomada de decisão dos enfermeiros e posterior discussão destes dados com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros triadores.

Caracterização dos processos de triagem

O serviço de urgência é um serviço público, que visa o atendimento de doentes agudos urgentes e emergentes, com uma distribuição de serviços baseada na densidade populacional e nas distâncias das localidades aos serviços. O acesso ao serviço de urgência é livre, o que conduz frequentemente à sua saturação. Neste contexto, tornou-se primordial priorizar e gerir o atendimento dos doentes no serviço de urgência, onde o Sistema de Triagem de Manchester ganha destaque. De acordo com o GPT (2012), este sistema, por meio de um algoritmo validado, veio a constituir um excelente instrumento de apoio à tomada de decisão na triagem e permitir uma caracterização real e consistente do perfil dos doentes que recorrem ao SU.

Os dados em análise referem-se aos registos das triagens de adultos sendo constituídos por 68381 processos, onde observamos predomínio do sexo feminino, o que segue a mesma linha de resultados de outros estudos (Medeiros [et al], 2019; Justo, 2015; Diniz [et al.], 2014). O sexo, masculino ou feminino, influencia as atitudes interpessoais a serem adotadas e esperadas socialmente, bem como a perceção individual. Tal facto, conforme Diniz [et al.] (2014) pode influir na perceção diferenciada entre os sexos do processo saúde-doença e desta forma justificar a maior afluência do sexo feminino ao serviço de urgência. Mais mulheres, mais idosas, associadas à fragilidade, podem ser razões que motivam a maior procura destes serviços por este grupo.

Relativamente à idade dos doentes prevalece a faixa etária dos 25 aos 64 anos, o que espelha o universo da população portuguesa, verificando-se em 2019 uma maior representatividade da população nos grupos etários entre os 40 e os 69 anos (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2021b). Por outro lado, demonstram que, a procura por estes serviços é realizada tendencialmente pela população adulta e idosa, podendo relacionar-se com o facto de que o aumento da idade está associado a maior prevalência de doenças crónicas, que podem agudizar, e agudas, logo maior necessidade de procura por cuidados de saúde.

O acesso ao serviço de urgência pode ocorrer por diversos meios, resultando da referenciação de outras unidades ou serviços de prestação de cuidados de saúde, por encaminhamento das linhas de apoio de urgência ou por vontade do próprio doente. No presente estudo, prevalece o recurso ao serviço de urgência por vontade do próprio (Domicílio, 66,9%). Resultados semelhantes foram obtidos por Justo (2015) em que 93,5% das admissões no serviço de urgência foram realizadas por vontade do doente. Estes resultados, podem relacionar-se com a facilidade de acesso a todas as horas, característica intrínseca aos serviços de urgência, a proximidade da população a estes serviços, bem como a crença instalada de que nos serviços de urgência os problemas de saúde são resolvidos rapidamente (CRRNEU, 2012), poderão realizar-se todo o tipo de exames, cujos resultados são recebidos com maior rapidez.

As vias verdes são circuitos de encaminhamento, que acontecem extra e intra-hospitalar, que visam promover o atendimento precoce e sistematizado a determinadas situações que, pela sua gravidade beneficiam de uma abordagem diferenciada e célere. A ativação das vias verdes na triagem depende da sintomatologia apresentada pelo doente, bem como da avaliação e tomada de decisão eficientes por parte do enfermeiro triador.

Neste sentido, foram ativadas vias verdes em 856 triagens, com maior prevalência para as vias verdes AVC (48,7%) e coronária (33,1%). As doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte e morbilidade em Portugal (INE, 2021b), motivando inúmeras campanhas de informação e educação para a saúde, alertando a população para os seus sinais e sintomas e, no caso, onde deverão dirigir-se. Este poderá ser um dos motivos para o predomínio destas vias verdes, aliado ao facto da sintomatologia de apresentação destas doenças ser, na maioria das vezes, bastante característica e diferenciadora o que poderá facilitar a tomada de decisão do enfermeiro triador na sua ativação.

O funcionamento do serviço de urgência é assegurado todos os dias, nas 24 horas, apresentando uma sazonalidade muito própria, influenciada por fatores, como características culturais, populacionais, situacionais, bem como características das doenças, também elas, sazonais.

Relativamente ao turno e dia da semana de admissão no serviço de urgência, verificamos que a maior afluência acontece no turno da manhã, com uma redução pronunciada no turno da noite (9,5%). Observamos maior afluência de doentes nos dias úteis, destacando-se a segunda-feira (17,1%), diminuindo ao longo da semana, para voltar a subir à sexta-feira (15,1%), sendo ao fim de semana que a afluência é menor. Estes resultados estão em concordância com os dos estudos de Carvalho (2016) e Justo (2015).

A prevalência de admissões no turno da manhã poderá estar relacionada com o facto da maioria das admissões num serviço de urgência serem consideradas pouco urgentes (Medeiros [et al.], 2019; Justo, 2015; Diniz [et al.], 2014), o que motiva os doentes a evitar deslocar-se ao serviço de urgência no período noturno, que coincide com o horário de sono. Podemos, também, considerar a incapacidade do doente em se deslocar por meios próprios, necessitando do acompanhamento de um familiar/convivente significativo, ou de uma rede de transportes públicos, que no período noturno pode ser mais difícil. Diniz [et al.] (2014) acrescentam que a procura por serviços de urgência no período noturno é realizado por doentes que se enquadram no perfil de urgência/emergência. Aliado a estes fatores acrescentamos que no período diurno e em dias úteis, existe maior disponibilidade de especialidades médicas que dão apoio no atendimento ao SMUC, sendo o mesmo do conhecimento dos utilizadores do serviço. Este facto pode também concorrer, para a diminuição da afluência verificada aos fins de semana, gerando um pico na afluência no início da semana, nomeadamente à segunda-feira. Verificamos existir um ligeiro aumento à sexta-feira, que associamos a fatores relacionados com o contexto onde decorreu o estudo, nomeadamente o facto de acontecer uma feira semanal, que propicia um aumento da circulação de pessoas e como tal poderá influenciar a procura pelo serviço de urgência.

Relativamente aos meses do ano, observamos bastante estabilidade, contudo, nos meses de julho e agosto constatamos um ligeiro aumento (9,3% e 9,8%, respetivamente). Estes dados podem arrolar as circunstâncias que caracterizam estes meses. São,

normalmente, meses de férias verificando-se movimentos pendulares da população, sobretudo emigrantes que regressam ao país de origem e o turismo.

Na triagem, como constatamos no quadro teórico, a tomada de decisão do enfermeiro é sustentada no protocolo de TM. Este tem implícito princípios básicos como a identificação de um fluxograma, de um discriminador e respetiva atribuição da prioridade clínica (GPT, 2010). Contudo, o protocolo não substitui a interação, o diálogo, a observação, a escuta, o respeito, que são prementes, como afirmam Souza (2015) e CAEP (2012), para uma tomada de decisão acurada e segura. Esta decisão do enfermeiro triador irá influenciar todo o episódio de urgência, assim como a relação que o doente irá criar.

A triagem inicia-se com a recolha de informação e avaliação de sinais e sintomas por parte do enfermeiro, que permitirá a integração num dos 50 fluxogramas do STM. O fluxograma mais selecionado pelo enfermeiro triador foi problemas nos membros (18,5%). Seguidamente, embora com menos expressão, evidenciaram-se os fluxogramas dispneia, dor abdominal, indisposição no adulto e dor lombar. Cada fluxograma fornece um quadro organizacional, com vários discriminadores, que auxiliam o processo de decisão na triagem. Dos discriminadores mais selecionados, evidenciamos predomínio dos discriminadores de dor, designadamente dor moderada e dor ligeira < 7 dias (31,3% e 14,1%, respetivamente). Estes dados, são semelhantes aos resultados de outros estudos (Carvalho, 2016; Guedes, Martins e Chianca, 2015; Diniz [et al.], 2014).

Dos fluxogramas e discriminadores mais utilizados, a dor foi a queixa mais identificada pelos enfermeiros triadores, quer seja como queixa principal identificada nos fluxogramas, bem como relacionada com a mesma e identificada nos discriminadores. Estes dados podem relacionar-se com o facto de a dor ser um sintoma constante na maioria das situações clínicas e, os doentes perante a situação de dor, que é incomoda, queixam-se no sentido de encontrarem resposta a este desconforto.

Salientamos, ainda, como possível justificação para estes resultados, a subjetividade implícita de quem experiencia a dor, bem como a subjetividade de quem avalia, dependente de fatores relacionados com o enfermeiro triador, nomeadamente a experiência, conhecimentos e sensibilidade na avaliação da dor dos doentes.

Identificadas as queixas do doente, com posterior seleção do fluxograma adequado e discriminador, é atribuída uma prioridade clínica que identifica um tempo limite de segurança para a primeira observação médica. No estudo, prevalece a prioridade

urgente/amarelo (57,7%). Se nos concentrarmos nas prioridades consideradas com carácter de urgência (emergente/vermelho, muito urgente/laranja e urgente/amarelo) verificamos que estas predominam (73,6%). Estes dados condizem com o perfil de atendimento para o qual foi concebido o serviço de urgência, mas contrariam vários estudos que constataram que existe uma procura excessiva pelos serviços de urgência por doentes pouco urgentes, nomeadamente o realizado por Justo (2015), em que os atendimentos urgentes com pulseira vermelha, laranja e amarela representaram 48,8%. Também, Medeiros [et al.], 2019 constatou que apenas 35% dos atendimentos eram classificados com as prioridades mais urgentes. Dados publicados no relatório anual do Ministério da Saúde, relativamente ao acesso a cuidados de saúde a nível nacional no ano 2019, revela que os atendimentos urgentes triados com pulseira vermelha, laranja e amarela ronda os 58% (Portugal, 2021), comparativamente no nosso estudo são mais elevados.

Embora existam critérios objetivos no protocolo de TM, a avaliação subjetiva do enfermeiro é um aspeto fulcral e que faz a diferença em todo o processo. A revisão da literatura, evidenciou que os conhecimentos, habilidades e experiência do enfermeiro triador são fundamentais no processo de triagem. Reay [et al.] (2019) afirmam que a experiência dá aos enfermeiros a capacidade de identificar sinais e sintomas de gravidade que requerem uma intervenção urgente. Os enfermeiros triadores do estudo são detentores de bastante tempo de experiência profissional, condizente com o nível de perito definido por Benner (2001), podendo deste forma, justificar os resultados obtidos na prioridade atribuída aos doentes.

Amaral (2017), acrescenta à experiência profissional dos enfermeiros, a formação contínua e a prática clínica, como fatores que influenciam a tomada de decisão na triagem. Neste seguimento, importa realçar que a maioria dos enfermeiros triadores do nosso estudo detém formação recente em triagem e, em termos de prática clínica, a maioria realiza triagem entre 6 e 10 vezes por mês ou mais, o que pode confrontá-los com múltiplas situações semelhantes e facilitar a identificação de problemas.

Casos muitos urgentes e urgentes são os que mais comumente estão sujeitos a fenómenos de supertriagem (Costa [et al.], 2020; Wulp, Baar e Schrijvers, 2008) pelo que poderemos admitir que no presente estudo essa tendência também exista, ainda que, a supertriagem seja uma decisão mais associada a enfermeiros menos experientes (Acosta, Duro e Lima, 2012), que não é o caso dos enfermeiros do presente estudo

A monitorização dos tempos de espera fornecidos pelo STM é um indicador de qualidade dos serviços de urgência, sendo foco de atenção do processo de auditoria à triagem, bem como do Ministério de Saúde. Sabemos que os tempos de espera são frequentemente os motivos mais apontados nas reclamações dos utilizadores dos serviços de saúde. Importa, portanto, perceber a forma como os serviços são prestados e os fatores envolventes de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos doentes.

Relativamente ao tempo de demora para a triagem, demorou em média $29,26 \pm 83,720$ minutos, com um mínimo de 0 minutos e máximo de 2637 minutos. Dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (2021) evidenciam que, em 2019, a nível nacional, o tempo médio de espera entre a admissão do doente no serviço de urgência e a triagem foi de 22 minutos. A diferença entre a média nacional e a encontrada no presente estudo pode dever-se, em nosso entender, à afluência horária de doentes, mas também ao facto de no serviço onde decorre o estudo estar implementado um procedimento em que o administrativo deve informar o enfermeiro triador sempre que é realizada a admissão de um doente com sintomatologia de dor torácica ou que apresente défices neurológicos. Isto faz com que o enfermeiro realize a triagem destes doentes, bem como aqueles que vêm encaminhados pela Linha Saúde 24 e INEM, com critérios de via verde, acabando por aumentar o tempo de espera para a triagem noutras situações. De realçar, o facto de o máximo de tempo de demora para a triagem se situar nos 2627 minutos, que pode dever-se às transferências entre serviços de urgência, mantendo o mesmo episódio, que seguindo as normas da DGS (Portugal, 2018) obriga a uma retriagem, sendo que não foi possível ter acesso aos casos de retriagem, por limitações dos registos no sistema informático.

No que diz respeito ao tempo de duração da triagem, a média situa-se nos $2,08 \pm 1,204$ minutos, com o mínimo de 0 minutos e o máximo de 26 minutos, havendo 75% dos casos que foi menor ou igual a 2,53 minutos, o que no geral está de acordo com o preconizado pelo GPT, em que a triagem deve acontecer em 2-3 minutos (GPT, 2010). O facto de encontrarmos um tempo máximo de triagem prolongado e fora do preconizado pode significar dificuldades do enfermeiro triador na avaliação e recolha de informação importante no sentido de atribuir uma prioridade clínica adequada.

Relativamente ao tempo de espera para a primeira observação médica, os doentes esperam em média $17,62 \pm 16,137$ minutos, com um mínimo de 0 minutos e máximo de 59

minutos. A nível nacional esta média, situa-se nos 44 minutos (ACSS, 2021a). Estes dados vão de encontro ao preconizado pelo STM que preconiza de acordo com a prioridade clínica um tempo limite para a primeira avaliação médica, no caso de doentes emergentes é de 0 minutos (tempo mínimo), e no caso de doente não urgentes é de 240 minutos (tempo máximo). Embora o tempo para a primeira observação médica possa ser influenciado por fatores relacionadas com as equipas médicas, pode ele também apresentar um cunho da tomada de decisão do enfermeiro na triagem. Este, pelo conhecimento da afluência de doentes, bem como dos fluxos de encaminhamento para as diversas especialidades médicas pode, atendendo a cada situação, mediar o fluxo de forma a que o tempo de espera para a primeira observação médica não ultrapasse o estipulado para a prioridade clínica.

Importa, ainda, frisar que relativamente ao tempo de espera para a primeira observação médica há um elevado número de casos sem registos (1769), o que pressupõem que os sistemas de informação em saúde necessitam ser aperfeiçoados com o objetivo de promover a satisfação das necessidades dos profissionais de saúde na prática de cuidados, bem como enquanto ferramentas de apoio à tomada de decisão, com vista à melhoria dos cuidados de saúde.

No presente estudo, o doente permanece no serviço de urgência em média $333,70 \pm 478,789$ minutos, que diferem da estatística nacional, em que no ano de 2019 essa média se situou nos 225 minutos. Também Carvalho (2016) constatou, no seu estudo sobre avaliação da triagem de Manchester e a pessoa com dor, que a média de permanência no serviço de urgência foi de 236,42 minutos. De acordo com o GPT (2010), o referencial para os serviços de urgência em Inglaterra é de 240 minutos.

O facto de encontrarmos uma média de permanência no SU muito superior à média nacional, pode estar relacionada com fatores do contexto, nomeadamente o facto de se tratar de um SUMC e como tal não têm disponível nas 24 horas todas as especialidades médicas, bem como todos os meios complementares de diagnóstico, obrigando nalguns casos a maior tempo de permanência no serviço de urgência. A transferência de doentes entre serviços de urgência também faz aumentar o tempo de permanência no serviço de urgência, uma vez que se mantém o mesmo episódio de urgência.

Esta diferença no tempo de permanência no serviço de urgência constitui um importante indicador de qualidade do serviço de urgência, que merece atenção de gestores e

administradores no sentido de perceber os reais fatores que influenciaram estes resultados, promovendo a implementação de estratégias de melhoria da prática de cuidados.

O episódio de urgência termina com a alta do doente. O desfecho do episódio mais frequente é a alta para o domicílio/exterior não referenciado (41,2%), substancialmente inferior a observado por Guedes, Martins e Chianca (2015) (83,5%). Dos doentes admitidos no SU 10,7% foram internados, sendo superiores aos 7,9% apurados a nível nacional. Estas situações podem relacionar-se com o facto de no presente estudo a prevalência de doentes com triagem urgente ou de maior gravidade ser mais elevada que a média nacional. Martins, Cunã e freitas (2008) constataram que há relação direta entre a gravidade de cada prioridade e a proporção de doentes internados.

É de salientar que alguns doentes, decorrente da agudização da sua doença, necessitam efetivamente de cuidados de urgência, não necessitando, contudo, de internamento, pelo que poderão ter alta para o domicílio ou serem referenciados para os Centros de Saúde Primários, o que pode justificar que 37,5% dos episódios de urgência ter encaminhamento para estes serviços.

Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros triadores

A amostra, constituída por 47 enfermeiros, exhibe predomínio do sexo feminino, que segue a estrutura da profissão de enfermagem em Portugal, em que 82,3% do universo de enfermeiros, em 2020, é do sexo feminino (OE, 2021). Estes dados corroboram as relações estabelecidas na história da profissão de enfermagem com o universo feminino. Contudo, a nossa amostra é constituída por mais homens que a estrutura da profissão a nível nacional, que poderá estar relacionado com o interesse por mais tecnologia e pela componente técnica inerentes ao serviço de urgência, mais concretamente à emergência.

Os enfermeiros que participaram no estudo têm mais de 25 anos de idade e maioritariamente entre 31 e 40 anos, o que se sobrepõe à estrutura etária dos enfermeiros portugueses, que poderá estar relacionado com a conjuntura vivenciada nos últimos anos, com menor admissão de enfermeiros nas instituições portuguesas e aumento da emigração de profissionais jovens. Cumulativamente é frequente os

enfermeiros que exercem a profissão no serviço de urgência tenham tido mobilidade dentro das instituições, com passagem por outros serviços.

A maior complexidade das situações clínicas dos doentes que procuram o SU exige uma resposta em tempo útil, segura e de qualidade, o que exige necessidade de formação contínua, sendo que os enfermeiros do serviço de urgência investem na formação conferente de grau e/ou especialização, como se observa no estudo, em que mais de 1/3 dos enfermeiros têm formação especializada na área da enfermagem. Este resultado poderá, ainda, estar relacionado com a norma emitida pela OE que estabelece a dotação segura dos cuidados de enfermagem, pela adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população, que no caso dos serviços de urgência recomenda que 50% dos enfermeiros sejam especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento n.º743/2019)

Os saberes que se desenvolvem com a experiência profissional, aliada aos processos de formação contínua e à reflexão na e sobre a ação, determinam a competência para a tomada de decisão. O Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências adaptado por Benner (2001) à enfermagem, relativamente ao desenvolvimento da perícia, assume que a competência se transforma com a experiência e o domínio da prática e é resultado da articulação entre o conhecimento teórico e o conhecimento prático. A experiência assume-se, portanto, como um fator determinante para o desenvolvimento de perícia. Embora o conceito de experiência, a que Benner (2001) faz alusão, seja mais abrangente do que a simples passagem do tempo, para efeitos deste estudo consideramos que o nível de perito é atingido com a média de cinco anos de experiência no contexto da prática de cuidados de enfermagem. Assim, a maioria dos enfermeiros do estudo são peritos, quer consideremos o total de experiência profissional, em que cerca de 90% tem mais de cinco anos de experiência, quer pela experiência em contexto de serviço de urgência, com cerca de 75% dos enfermeiros com mais de cinco anos de experiência. Determinadas características próprias de um serviço de urgência, como sendo altamente tecnicista, com uma panóplia de situações e procedimentos complexos, torna-o um serviço atrativo para os enfermeiros menos experientes, sedentos de experiências que permitam o desenvolvimento de certas competências, o que poderá explicar a percentagem de cerca de 15% de enfermeiros triadores com experiência entre os 3 e 5 anos, quer na profissão quer em contexto de serviço de urgência.

A triagem de prioridades, pelo STM, tem como principal objetivo a atribuição de uma prioridade, mediante a identificação de critérios de gravidade, à qual é atribuído um tempo-alvo para a primeira observação médica. Para a execução desta função é primordial que o enfermeiro possua formação específica em triagem, no sentido de executar esta função de forma objetiva, uniforme e sistematizada.

Relativamente à última formação que os enfermeiros realizaram em TM constatamos que prevalece a formação realizada há menos de 5 anos, por cerca de dois terços dos profissionais. O GPT preconiza que a formação em TM poderá ser realizada após o enfermeiro completar seis meses de experiência profissional no serviço de urgência ou sempre que se verifiquem atualizações ao protocolo (GPT, 2010), como se verificou em 2015 com implementação da nova versão do protocolo de TM. Por este motivo a maioria dos enfermeiros da nossa amostra possui formação recente.

A reforçar a experiência que os enfermeiros, integrantes da nossa amostra, detêm em triagem é, ainda, o facto de 48,9% realizarem triagem com uma frequência de 6 a 10 vezes por mês e 14,9% mais de 10 vezes por mês, o que traduz uma experiência considerável na realização desta atividade.

A motivação encontra-se na base de qualquer comportamento, assumindo-se, na prática de cuidados de enfermagem, como um aspeto fundamental para o alcance de uma maior eficiência e de maior qualidade nos cuidados. Tratando-se da realização de triagem, esta é uma atividade que divide os enfermeiros do nosso estudo, uma vez que observamos que a maioria dos enfermeiros se distribui equitativamente por dois níveis, o Motivado e o Nem Motivado Nem Desmotivado. Estes resultados são interessantes e algo preocupantes, dadas as exigências e responsabilidades do enfermeiro na tomada de decisão, como referem alguns autores do quadro teórico. Não sendo este o foco do nosso estudo, não foram esclarecidos que fatores influenciam a motivação para a realização desta atividade.

Tomada de decisão na triagem

O processo de triagem ao envolver a categorização de doentes, priorização de cuidados e a alocação de recursos constitui uma atividade crucial ao funcionamento de um serviço de urgência e garantia da qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, é essencial

que os enfermeiros desenvolvam habilidades de tomada de decisão essenciais à realização de triagem. A avaliação da tomada de decisão dos enfermeiros na triagem com recurso ao TDMI pretende identificar as habilidades percebidas pelos enfermeiros para a tomada de decisão. Nesta escala, desenvolvida por Cone (2000) e validada para Portugal por Marques (2014), valores médios mais elevados estão relacionados com mais habilidades para a tomada de decisão na triagem.

Assim, no presente estudo, observamos uma percepção muito positiva dos enfermeiros triadores relativamente às habilidades para a tomada de decisão, sendo que o total do TDMI apresentou um score médio de $4,78 \pm 0,493$ o que vai de encontro ao resultado ($5 \pm 0,453$) do estudo de Marques (2014). O TDMI integra habilidades como a *Intuição*, o *Pensamento Crítico* e *Características Cognitivas/Confiança na Habilidade*.

Estes resultados podem estar relacionados com a experiência dos enfermeiros triadores em contexto de urgência (74,5% com mais de 5 anos), bem como a frequência mensal com que fazem triagem. A experiência na prestação de cuidados ao doente em situação crítica confere aos enfermeiros habilidades na avaliação e priorização de cuidados, muito semelhante ao que acontece na triagem de prioridades. Fathoni, Sangchan e Songwathana (2013) referem que as habilidades para a triagem são semelhantes à abordagem ABCDE do doente crítico.

Acosta, Duro e Lima (2012) referem que o enfermeiro triador recorre à intuição, aos conhecimentos teóricos, à confiança e à coragem para a tomada de decisão na triagem, sendo que estas habilidades se desenvolvem com a experiência e a observação. O nível de experiência permite aos enfermeiros compreender as situações e tomar decisões acertadas, baseando-se em experiências anteriores (Benner, 2001). Neste sentido, a experiência relaciona-se com o aumento da confiança e precisão na tomada de decisão. Os enfermeiros triadores do estudo possuem uma elevada experiência profissional, bem como experiência em contexto de serviço de urgência. Esta confere mais conhecimentos e competências, que sustentam a confiança para agir, repercutindo-se na percepção dos enfermeiros triadores sobre as habilidades de tomada de decisão. Freitas (2014), no seu estudo, concluiu que à medida que aumenta o tempo de experiência tende a diminuir a percepção das dificuldades em tomar decisões na triagem.

Com o contínuo desenvolvimento profissional, os enfermeiros vão adquirindo competências e aprendendo com as suas experiências, alterando e melhorando a sua

capacidade de tomada de decisão no momento da triagem (GPT, 2010). A percepção positiva apresentada pelos enfermeiros triadores sobre as habilidades para a tomada de decisão pode dever-se, também, aos conhecimentos e competências desenvolvidos por meio de formação contínua, considerando que cerca de 1/3 detém uma especialidade, bem como o facto de terem realizado recentemente a última formação em triagem (a maioria há menos de 5 anos). Benner (2001) defendeu a necessidade de os profissionais realizarem formação contínua, associada à constante necessidade de tomada de decisão, para que sejam capazes de analisar situações complexas e responder às mesmas com competência. Amaral (2017) concluiu no seu estudo que a formação contínua em triagem, bem como a prática clínica, assumem elevada importância para a eficácia das decisões na triagem e, consequentemente, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Também Fathoni, Sangchan e Songwathana (2013), obtiveram associações positivas entre as habilidades para a triagem e os conhecimentos e treino em triagem. Concluíram, ainda, que enfermeiros com formação graduada em doente crítico detinham mais habilidades para a tomada de decisão na triagem.

A triagem de prioridades seguindo o protocolo de TM, ou seja, baseada em algoritmos de decisão, fornece estrutura e regras para a triagem, o que pode ser útil para promover a confiança e percepção positiva na tomada de decisão, conforme constatamos no estudo.

Relativamente às subescalas *Características Cognitivas/Confiança na Habilidade, Intuição e Pensamento Crítico*, importa realçar que a média varia entre $4,44 \pm 0,697$ e $4,94 \pm 0,420$, o que reflete o observado com o total do TDMI. Contudo, foi na subescala Intuição que observamos menor concordância entre os enfermeiros, apresentando a média mais baixa e maior amplitude nas respostas (mínimo 3 e máximo 5,78), o que vai de encontro aos resultados de Marques (2014).

Estes resultados, demonstram que os enfermeiros percecionam de forma menos positiva a intuição como habilidade de tomada de decisão na triagem, o que se pode justificar, conforme Crossetti [et al.] (2014), com o facto de a intuição ser uma habilidade definida como uma sensação percetiva, como uma impressão, que engloba elevada subjetividade. Desta forma, torna-se difícil perceber e mensurar o seu contributo para a tomada de decisão.

Porém, vários autores defendem que a intuição é uma habilidade inerente à tomada de decisão na triagem (MackWay-Jones, Marsden e Windle, 2014; GPT, 2010; Patel [et al.],

2008) e é fundamental o seu emprego quando as decisões a tomar são de carácter difícil (Duro, Lima e Weber, 2017).

Habilidades como priorização, organização, juízo clínico e conhecimento, integram a subescala *Características Cognitivas/Confiança na Habilidade*, onde observamos a média de concordância mais elevada, sugerindo que os enfermeiros percecionam estas habilidades como componentes importantes na tomada de decisão na triagem. Estes resultados, podem relacionar-se com o facto de estas habilidades serem facilmente descritas e avaliadas e como tal, também, os profissionais as aplicam nas diversas tomadas de decisões durante a prática de cuidados. Resultados semelhantes foram obtidos por Crossetti [et al.] (2014), onde o conhecimento, experiência clínica, raciocínio, avaliação do doente e ética profissional foram habilidades consideradas, pelos enfermeiros, prioritárias para a tomada de decisão. Acosta, Duro e Lima (2012) referem que a avaliação sistemática e organizada na triagem conduz ao reconhecimento de padrões, que através de um julgamento clínico e crítico, que induzem um raciocínio, levam o enfermeiro a tomar decisões relativamente à priorização dos doentes.

A complexa tomada de decisão do enfermeiro na triagem, pode ser influenciada por diversos fatores e influenciará todo o atendimento do doente no serviço de urgência. Desta forma, torna-se evidente que o enfermeiro triador deverá ser detentor de habilidades como a organização e priorização, nomeadamente quando situações inerentes ao contexto, como o elevado fluxo de doentes, assim o exigem. Acresce, ainda, a necessidade de o enfermeiro triador deter um corpo sólido de conhecimentos que lhe conferem uma base que irá sustentar a avaliação do doente, permitindo organizar o pensamento na procura e identificação de critérios de gravidade, que conduzem a um juízo clínico acurado e preciso.

Neste seguimento, a capacidade de organização e priorização, os conhecimentos, o juízo clínico, o pensamento crítico e a intuição são percecionadas pelos enfermeiros como habilidades fundamentais para a tomada de decisão do enfermeiro na triagem.

O processo de decisão envolve componentes racionais e emocionais e é influenciado por condições estruturais, conjunturais, percurso de vida e profissional e características pessoais. Com o presente estudo, tínhamos como objetivo analisar a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a sua habilidade de tomada de decisão na triagem.

Assim, relativamente às características sociodemográficas dos enfermeiros, no que concerne à idade, não observamos correlação entre esta variável e as habilidades Intuição e Pensamento Crítico. Contudo, constatamos existir uma correlação positiva, ainda que fraca, entre o total do TDMI e as habilidades Características Cognitivas/Confiança na Habilidade. Estes dados podem relacionar-se com o facto de quanto mais elevada a idade dos enfermeiros, maior o tempo de experiência profissional. Como, constatamos anteriormente, o tempo de experiência profissional pode permitir o desenvolvimento dos conhecimentos e habilidades levando à perícia, conferindo aos enfermeiros confiança para a tomada de decisão. Neste particular, os resultados do presente estudo não corroboram os de Amaral (2017). A correlação positiva para o total do TDMI, pode dever-se à correlação positiva observada nas habilidades Características Cognitivas/Confiança na Habilidade.

Relativamente ao sexo, não observamos diferenças estatisticamente significativas com as habilidades de tomada de decisão na triagem, o que vai de encontro aos resultados de Amaral (2017), que pode dever-se ao facto de habilidades fundamentais à realização de triagem e tomada de decisão assertiva se desenvolverem com a experiência, a formação, o treino e a aquisição de conhecimentos (Fathoni, Sangchan e Songwathana, 2013; Acosta, Duro e Lima, 2012; Marques, 2014; Cone, 2000), que ocorrem independentemente do sexo do profissional.

Também não observamos diferenças significativas entre a formação académica e as habilidades para a tomada de decisão, o que, também neste caso, corrobora o estudo de Amaral (2017). Silva (2009) refere que a eficácia da triagem não está dependente do grau de diferenciação do enfermeiro, mas sim na sua disciplina na aplicação do algoritmo. Resultados diferentes obtiveram Fathoni, Sangchan e Songwathana (2013) que concluíram que a formação graduada dos enfermeiros triadores influencia a tomada de decisão na triagem.

No que diz respeito às características profissionais dos enfermeiros triadores não constatamos diferenças significativas entre a categoria profissional e as habilidades para a tomada de decisão na triagem, pois como refere Silva (2009) a eficácia da triagem depende da disciplina do enfermeiro na aplicação do algoritmo e não do seu grau de diferenciação, ao que Amaral (2017) acrescenta a experiência e treino em triagem.

Relativamente à experiência profissional, constatamos associação significativa, ainda que baixa, entre as habilidades características cognitivas/confiança na habilidade e o tempo de experiência profissional enquanto enfermeiro, não se observando para as habilidades Intuição e Pensamento Crítico.

Benner (2001) realça a experiência profissional como um meio para adquirir conhecimento prático que suporta a tomada de decisão. Derivado deste corpo de conhecimentos, os enfermeiros peritos transmitem confiança, procurando neles, os enfermeiros menos experientes auxílio para retirar as suas dúvidas (Acosta, Duro e Lima, 2012). Desta forma, é expectável que mais anos de experiência confira aos enfermeiros mais habilidades cognitivas e confiança que irão influenciar a tomada de decisão na triagem. Os enfermeiros triadores com mais anos de experiência profissional apresentam uma perceção positiva em relação à habilidade *Características Cognitivas/Confiança na Habilidade*.

Marques (2014), no seu estudo, concluiu que os enfermeiros triadores com mais anos de exercício profissional apresentavam uma perceção positiva, embora de forma ligeira, em relação à sua habilidade de tomada de decisão na triagem. Também os resultados dos estudos de vários autores (Fathoni, Sangchan e Songwathana, 2013; Patel [et al.] 2008, Cone, 2000) confirmam a existência de relação entre a experiência profissional e a tomada de decisão na triagem.

No presente estudo não encontramos relação entre a experiência profissional e as habilidades Intuição e Pensamento Crítico, pode dever-se ao facto destas habilidades se desenvolverem com a prática e experiência em contexto de urgência. Os conhecimentos resultantes da prática, nomeadamente na avaliação sistemática do doente crítico, procurando sinais e sintomas de gravidade, bem como focos de possível instabilidade, permitem que o enfermeiro desenvolva as suas habilidades de pensamento intuitivo e de pensamento crítico.

Neste seguimento, quando nos reportamos à experiência dos enfermeiros em contexto de serviço de urgência, constatamos existir associação estatisticamente significativa e moderada com as habilidades de tomada de decisão na triagem. Estes resultados são similares aos de Marques (2014), Cone (2000) e confirmam a influência da experiência profissional nas habilidades de tomada de decisão na triagem. Também, Duro e Lima

(2010) referem existir evidências de que a triagem está relacionada com a experiência do enfermeiro em contexto de urgência.

Fathoni, Sangchan e Songwathana (2013) referem que a experiência em serviços de urgência, nomeadamente superior a 5 anos, influencia as habilidades para a realização de triagem, o que pode explicar alguns resultados do presente estudo, uma vez que a maioria dos enfermeiros têm experiência em serviço de urgência superior a 5 anos, que poderá traduzir a sua perceção positiva das habilidades de tomada de decisão.

Relativamente à prática clínica, nomeadamente à frequência com que os enfermeiros fazem triagem, e à última formação em triagem, não observamos diferenças estatisticamente significativas com as habilidades de tomada de decisão na triagem. Resultados diferentes foram obtidos por Amaral (2017), em que a prática clínica e a formação em triagem influenciam positivamente o desempenho dos enfermeiros na triagem e, conseqüente, tomada de decisão. Também, Fathoni, Sangchan e Songwathana (2013) concluíram existir correlações estatisticamente significativas entre o conhecimento específico em triagem e o treino.

Contrariamente, e indo de encontro aos resultados do estudo, o GPT (2010) refere que a formação em triagem consiste na apresentação do método aos enfermeiros, habilitando-os à realização desta atividade, contudo esta só por si não basta, pois a experiência, conhecimento, intuição, pensamento crítico são habilidades fundamentais à sua concretização e tomada de decisão eficiente.

Desta forma, reforçamos a necessidade de se repensar a formação em triagem, investindo em formações com maior componente prática, com recurso à demonstração, simulação e análise retrospectiva de habilidades, promovendo a reflexão, a auto e hétero análise. Em nosso entender, só assim, a formação poderá incrementar os conhecimentos e habilidades para uma tomada de decisão eficiente na triagem.

Também não foram observadas diferenças significativas entre a motivação para a realização de triagem e as habilidades de tomada de decisão na triagem. Conforme temos vindo a constatar, a perceção das habilidades de tomada de decisão na triagem não deriva tanto das características pessoais dos enfermeiros triadores, parecendo ser mais influenciadas pela experiência profissional. Desta forma, a motivação, enquanto característica intrínseca do enfermeiro triador, que o leva à ação pode relacionar-se mais concretamente com o estímulo para o desenvolvimento de competências. Este estímulo

pode derivar de fatores internos ou externos. Neste seguimento, compete aos enfermeiros gestores dos serviços de urgência motivar o desempenho dos enfermeiros triadores, através do reforço positivo e apoio na melhoria das capacidades de tomada de decisão, fomentando e promovendo a formação contínua destes enfermeiros.

Limitações do estudo e recomendações para futuras investigações

Não obstante os importantes contributos desta investigação para a prática, formação e investigação em enfermagem, torna-se relevante assinalar algumas limitações evidenciadas durante este percurso.

A escassez de estudos a nível nacional e internacional, com evidencia científica recente, que abordem a tomada de decisão do enfermeiro na triagem, limitou e dificultou a discussão em alguns dos resultados, restringindo-nos à evidência dos mesmos e considerações mais pertinentes. Este facto levou-nos a constatar a existência de basta produção científica aquando da implementação da triagem e consequente protocolo de Manchester nos serviços de urgência.

Como limitação apontamos o facto de termos realizado este estudo durante uma fase pandémica, que inevitavelmente criou alguns condicionalismos em termos de tempo para a consecução deste estudo.

Assumimos como limitação o facto da seleção da amostra de enfermeiros ser não probabilística que, sob o ponto de vista estatístico, limita a extrapolação dos resultados e conclusões, não podendo ser generalizados com confiança para a população, bem como o estudo ter sido desenvolvido numa única Unidade de Saúde.

Salientamos, ainda, a demora e as limitações em aceder a todos os registos dos processos de triagem, assim como a presença de dados omissos que demonstram que o sistema informático permite omissões nos registos dos dados, pelo que seria pertinente uma análise sobre o mesmo de forma a imprimir melhorias.

O presente estudo, têm como ponto forte o facto de aliar à perceção dos enfermeiros relativamente às habilidades de tomada de decisão na triagem, uma avaliação dos processos de triagem, que são parte integrante dessa tomada de decisão.

Do presente estudo, sobressaem recomendações para a formação contínua, nomeadamente sobre a necessidade de repensar os cursos de formação em triagem, bem como desenvolver planos de avaliação de desempenho dos enfermeiros triadores em todo o processo de tomada de decisão, identificando necessidades de formação orientada para o contexto de urgência e emergência de forma a melhorar as competências dos enfermeiros na triagem.

A par da formação é necessário aprofundar o nível de investigação como o recurso a desenhos de pesquisa que permitam aprofundar o processo de tomada de decisão na triagem. Poderia ser pertinente avaliar no contexto real da prática por meio da observação. Por conseguinte, esta opção constitui uma das nossas recomendações para futuras investigações.

Fica clara a necessidade de monitorizar as características do acesso ao serviço de urgência e dos processos de triagem, enquanto indicadores de qualidade dos serviços, identificando os fatores que influenciam todo o processo de forma a instituir melhorias.

Como contributos para a prática, a mais-valia desta investigação passa pela sua divulgação com os enfermeiros triadores, gestores e administradores, no sentido de os envolver num processo de melhoria continua da prática de cuidados, para, posteriormente avaliar o impacto das intervenções implementadas.

CONCLUSÕES

A tomada de decisão está implícita na prática de cuidados autónomos e competentes do enfermeiro, sendo que enquanto profissional responsável pela função de triagem é-lhe exigido um conjunto de habilidades para que tome decisões rápidas, precisas e eficazes. Ao enfermeiro triador compete a responsabilidade de priorizar o atendimento de acordo com a gravidade da situação clínica dos doentes e assim gerir fluxos e circuitos de doentes no serviço de urgência. As dificuldades inerentes a esta função, conduzem a uma tomada de decisão que pode ter implicações para o doente e para o funcionamento do serviço de urgência.

O presente estudo permitiu caracterizar os processos de triagem de uma urgência da região norte de Portugal, permitindo conhecer as características dos doentes que recorrem ao serviço de urgência e analisar a gestão clínica dos mesmos, bem como alguns indicadores de qualidade da prestação de cuidados. Este conhecimento, possibilita a definição de estratégias de melhoria contínua.

Neste sentido, é premente destacar os principais resultados encontrados na análise efetuada aos processos de triagem, a saber:

- Foram analisados 68381 processos de triagem, no período de 1 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2019;
- Os doentes admitidos no serviço de urgência tinham idades compreendidas entre os 18 e os 102 anos, com média de $57,31 \pm 20,866$;
- Prevalece o sexo feminino;
- A maioria provém do domicílio, ou seja, recorre ao serviço de urgência por vontade própria;
- Foram ativadas 856 vias verdes, destacando-se as vias verdes AVC e a Coronária;
- Relativamente ao fluxo de doentes no serviço de urgência, o turno da manhã é o mais utilizado nas admissões, a segunda-feira é o dia da semana que se regista maior afluência e agosto é o mês com maior número de admissões;
- O fluxograma mais selecionado pelos enfermeiros na triagem é Problemas nos membros, o discriminador dor moderada e a prioridade urgentes.

- As prioridades com carácter de urgência (Emergente, Muito Urgente e Urgente) foram as mais identificadas,. Estes resultados, embora diferentes da média nacional, vão ao encontro daquilo que é a missão e objetivos de um serviço de urgência ;
- No que concerne aos tempos relacionados com a triagem, sendo os mesmos indicadores de qualidade do SU, as médias são de: 29,26±83,70 minutos de espera para a triagem; 2,08±1,204 minutos de duração da triagem; 17,32±16,137 minutos de espera para a primeira observação médica; 333,70±478,789 minutos de permanência no SU. Estes resultados vão de encontro ao que é esperado e são consonantes com o que se procede a nível nacional, exceto no tempo de permanência no serviço de urgência que extrapola o esperado. Estes dados reforçam, que a atenção dada aos Cuidados de Saúde Primários, bem como à reorganização dos serviços de urgência, em Portugal, é uma tarefa ainda não superada, sendo necessário um melhor planeamento no acesso aos cuidados de saúde.
- Quanto ao desfecho do episódio a maioria teve alta para o domicílio/exterior não referenciado ou encaminhados para o Centro Saúde. Do total de admissões no serviço de urgência 10,7% seguiu para internamento. Este resultado, em particular, difere do esperado contudo segue o aumento verificado a nível das prioridades mais urgentes atribuídas, que concluímos estarem relacionados.

Posto isto, os resultados impõem uma atenção dos intervenientes em todo este processo, bem como a intervenção de gestores e administradores no sentido de se perceber a forma como os serviços são prestados e que fatores estão envolvidos, no intuito de implementar melhorias com vista a garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados no serviço de urgência.

O presente estudo permitiu-nos, ainda, caracterizar os enfermeiros triadores de um hospital do norte de Portugal:

- São maioritariamente do sexo feminino;
- As idades compreendidas entre 27 e 63 anos e média de 41,02±9,389 anos;
- A maioria é licenciada e pertence à categoria profissional de Enfermeiro;

- No que concerne à experiência profissional, quer em contexto de urgência quer na profissão, a maioria são considerados peritos;
- A maioria dos enfermeiros detém experiência e treino na realização de triagem
- Detém formação em triagem recente, o que é esperado dada a nova versão do STM implementada no hospital em 2015;

E porque a tomada de decisão do enfermeiro desempenha um papel preponderante em todo este processo, importa realçar as habilidades de tomada de decisão dos enfermeiros triadores com o propósito de imprimir melhorias na prática e ao nível da formação, quer em triagem bem como na formação contínua. Por conseguinte:

- Os enfermeiros triadores apresentaram uma perceção de concordância muito positiva em relação às habilidades *Características Cognitivas/Confiança na Habilidade, Intuição e Pensamento Crítico* para a tomada de decisão;
- As correlações encontradas entre as características sociodemográficas e profissionais e as habilidades de tomada de decisão, permitiram-nos concluir que fatores como a idade dos enfermeiros e a experiência profissional influenciam positivamente as habilidades *Características Cognitivas/Confiança na Habilidade*, não influenciando, contudo, as habilidades Pensamento Crítico e Intuição.
- A experiência profissional em contexto de urgência é o fator que mais influencia positivamente as habilidades de tomada de decisão para a triagem.

O presente estudo pretende constituir-se como uma matriz conceptual com potencial para fomentar mudanças na prática, promovendo e proporcionando a reflexão sobre os cuidados prestados, a orientação da tomada de decisão, bem como a visibilidade da dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros. Mudança também exigida, cada vez mais, às instituições, de forma a garantir os mais elevados padrões de qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, Aline M.; DURO, Carmen L.; LIMA, Maria A. S. - Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de enfermagem**. [Em linha] 33 (2012) 181-190 [Consultado a 12 de novembro de 2020] Disponível em <http://scielo.br/>.

AMARAL, Paula M. F. – **Qualidade da Triagem de Manchester e Fatores que a influenciam**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2017. Dissertação de Mestrado.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL – **Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial: Princípios éticos para pesquisa médica envolvendo seres humanos**. [Em linha]. Genebra: 2013. [Consultado a 05 de março de 2020]. Disponível em https://www.ulsba.min_saude.pt.

AZEREDO, Thereza [et al.] - Efficacy of the Manchester Triage System: a systmatic review. **International Emergency Nursing**. [Em linha] 23 (2015) 47-52. [Consultado em 3 de dezembro de 2019] Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.001>.

BECKER, Juliana [et al.] - Triagem no serviço de emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. [Em linha] 49 :5 (2015) 783-789. [Consultado a 10 de novembro de 2019] Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361042235011>.

BENNER, Patrícia - **De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto editora, 2001.

CABRERA, Joana A. A. - **Triagem de Manchester, que futuro?** Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2017. Dissertação de Mestrado.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS (CAEP) – **Triage Training Resources: Participant's manual**. [Em linha] Canadá: 2012 [Consultado a 9 de dezembro de 2020]. Disponível em http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf.

CARVALHO, Márcio M. C. - **O Sistema de Triagem de Manchester e a avaliação da pessoa com dor**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2016. Dissertação de Mestrado.

CHRIST, Michael [et al] - Modern triage in emergency department. **Deutsches Arzteblatt**. Vol. 107, Nº 50 (2010), p. 892-898.

COLLEGE OF EMERGENCY NURSING AUSTRALASIA (CENA) - **Position statement - triage nurse**. [Em linha] Austrália: 2009. [Consultado a 10 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.cena.org.au/public/118/files/Position%20Statements/CENA-Position-Statement-Triage-Nurse.pdf>.

CONE, K. J. - **The Development of an instrument to measure decision making perceptions in emergency department triage nurses**. Saint Louis, Missouri: Saint Louis University, 2000. Doctoral dissertation.

COSTA, Jaqueline P. [et al.] - Acurácia do Sistema de Triagem de Manchester em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [Em linha] Porto Alegre: 2020 [Consultado a 20 de outubro de 2020] Disponível em <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190327>.

COUTINHO, Ana; CECÍLIO, Luiz; MOTA, Joaquim - Classificação de Risco em Serviços de Emergência: Uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica De Minas Gerais**. Belo Horizonte: Vol. 22, Nº 2 (2012), p. 188-198.

CRONIN, J. G. – The introduction of the Manchester triage scale to na emergency department in the Republic of Ireland. **Accident and Emergency Nursing**. Vol.11, n.º 2 (2003), p.121-125.

CROSSETTI, Maria da Graça O. – Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. [Em linha] 35 (3) 2014 [Consultado a 12 de novembro de 2019]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45947>.

DESPECHO N.º11/2002 **DR I Série B**. 55 (2002/03/6) 1865-1866

DESPACHO n.º 19124/2005 **DR II Série**. 169 (2005/08/17) 12834-12834.

DESPACHO n.º 18459/2006 **DR II Série**. 176 (2006/09/12) 18611-18612.

DESPACHO n.º 10319/2014 **DR II Série**. 153 (2014/08/11) 20673-20678.

DESPACHO n.º 1057/2015 **DR II Série**. 122 (2015/02/02) 3039-3039.

DESPACHO n.º 3762/2015 **DR II Série**. 73 (2015/04/15) 9186-9187.

DESPACHO n.º 4835-A/2016 **DR II Série**. 69 (2016/04/08) 11826-(2) -11826-(2).

DINIZ, Aline S. [et al.] – Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. ISSN 1518-1944. Vol.16, n.º 2 (2014), p.312-320.

DIPPENAAR, Enrico; BRUJINS, Stevan – Triage is easy, said no triage nurse ever. **International Emergency Nursing**. [Em linha] 29 (2016) 1-2 [Consultado em 10 de novembro de 2019] Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2016.09.005>.

DURO, Cármen; LIMA, M. Alice - O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências: análise da literatura. **Online Brazilian Journal of nursing**. Vol 9, Nº 3 (2010), p. 1-6.

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION (ENA) - **Triage qualifications and Competency: Position statement**. [Em linha] Schaumburg: 2011 [Consultado a 10 de fevereiro de 2020]. Disponível em https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/position-statements/triagequalificationscompetency.pdf?sfvrsn=a0bbc268_8.

FATHONI, Mukhamad; SANGCHAN, Hathairat; SONGWATHANA, Praneed - Relationships between Triage Knowledge, Training, Working Experiences and Triage Skills among Emergency Nurses in East Java, Indonesia. **Nurse Media Journal of Nursing**. Vol.3, n.º 1 (2013), p.511-525.

FITZGERALD, G. [et al]. - Emergency Department triage revisited. **Emergency Medicine Journal**. Vol. 27 (2010), p. 86-92.

FORTIN, Marie-Fabenne – O processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FREITAS, Maria M. – **Dificuldades Percecionadas e Grau de Satisfação dos Enfermeiros que fazem Triagem de Manchester nos Serviços de Urgência**. Leiria: Escola Superior de Saúde de Leiria. 2014. Dissertação de Mestrado.

GANLEY, L.; GLOSTER, A. S. - An overview of triage in the emergency department. **Nursing standard**. Vol. 26, Nº 12 (2011), p. 48-56.

GENTILE, Stéphanie [et al.] - Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. **BMC Health Services Research**. [Em linha] 10:66 (2010) p. 2-6. [Consultado em 9 de fevereiro de 2020]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/66>.

GÓMEZ-ROJAS, Juan P. – Las competencias profesionales. **Revista Mexicana de Anestesiología**. Vol. 38, n.º 1 (2015), p. 49-55.

GUEDES, Helisamara M.; MARTINS, José C. A.; CHIANCA, Tânia C. M. – Valor de predição do sistema de triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em linha] 68:1 (2015) 45-51. [Consultado a 20 de março de 2020]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680107p>.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - **Triagem no serviço de urgência - manual do formando**. 2ª edição. Amadora: Grupo Português de Triagem, 2010. ISBN 9789899665200.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM – **Critérios para atribuição de cor branca**. Grupo Português de Triagem. [Em linha] 2011a [Consultado a 9 de fevereiro de 2020] Disponível em <http://www.grupoportuguesdetriagem.pt/documentos-comunicacoes/documentacao-gpt/>.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - **O sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes: Princípios aplicáveis, integração e compatibilização de metodologias de trabalho**. Grupo Portugues de Triagem. [Em linha] 2011b [Consultado a 9 de fevereiro de 2021] Disponível em <http://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - **Manual de auditorias ao sistema de triagem de Manchester**. Amadora: Grupo Português de Triagem, 2012. ISBN 9789899665200.

HAGBAGHERY, Mohsen A. [et al.] - The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. **BMC Nursing** [Em linha]. 3:2 (2014) 1-11 [Consultado em 9 de fevereiro de 2021]. Disponível em <http://biomedcentral.com/1472-6955/3/2>.

JUSTO, Ana R. M. - **Caraterização e Análise das Admissões Hospitalares na Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2015. Dissertação de Mestrado.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. - **Emergency Triage: Manchester Triage Group**. 3ª edição. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd, 2014.

MARCULINO, Leilane [et al.] – Saberes e práticas do enfermeiro acerca do sistema Manchester de classificação de risco. **Revista de Enfermagem UFPE Online**. Recife. ISSN 1981-8963. Vol. 9 (2016), p. 9462-9468.

MARQUES, Sandra G. - **Tomada de decisão do enfermeiro triador em situação de emergência - Validação do Triage Decision Making Inventory para a população portuguesa**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. Dissertação de Mestrado.

MARTINS, Henrique G.; CUNÃ L. M.; FREITA, P. – Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large portuguese hospital. **Emerg Med J**. [Em linha] 26:3 (2009) 183-186. [Consultado a 10 de outubro de 2020] Disponível em <https://emj.bmj.com/>.

MEDEIROS, Ana K. S. [et al.] – Caracterização do acolhimento com classificação de risco em um hospital. **Brazilian Journal of Health Review**. ISSN 2595-6825. Vol.2, n.º 2 (2019), p. 2006-2028.

MURILO, Josefina M. – Rol del Enfermero en el Área de Triage. **Avances en Enfermería**. Vol. 23, n.º 1 (2005), p. 82-89.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Parecer conjunto CE e CJ: Triagem hospitalar de AVC**. [Em linha]. (8 Jan. 2010). [Consultado a 12 de dezembro 2020]. Disponível em https://ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CE_CJ_%202010_2.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Triagem nos Serviços de Urgência Obstétrica e Ginecológica por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.** [Em linha]. Lisboa: OE, 2017. [Consultado a 11 de novembro de 2019]. Disponível em [Parecer_24_2017_MCEESMO_TriagemEESMO_ServicosUrgenciaObstetrica.pdf](http://ordemenfermeiros.pt/Parecer_24_2017_MCEESMO_TriagemEESMO_ServicosUrgenciaObstetrica.pdf) (ordemenfermeiros.pt).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Anuário Estatísticos.** [Em linha]. Lisboa: 2021. [Consultado a 10 de fevereiro de 2021]. Disponível em <https://ordemdosenfermeiros.pt>.

PATEL, V. [et al] - Calibrating urgency: triage decision making in a pediatric emergency department. **Advances in Health Sciences Education.** Vol. 13, Nº 4 (2008), p. 503-520.

PESTANA, Maria; GAGEIRO, João – **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.** 6ª Edição. Lisboa: Silabo, 2014. ISBN: 978-972-618-775-2.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernardette P. - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2004. ISBN 9798573079844.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – **Rede de referência hospitalar de urgência/emergência.** Lisboa: DGS, 2001. ISBN 972-9425-99-X.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – **A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.** [Em linha] Lisboa: DGS, 2003. [Consultado em 22 de outubro de 2020]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – **Relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU)**. [Em linha] Lisboa: DGS, 2012. [Consultado a 20 de fevereiro de 2020]. Disponível em <https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia20120701.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – **Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata**. [Em linha] Lisboa: DGS, 2018. [Consultado a 20 de fevereiro de 2020]. Disponível em <https://dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>.

PORTUGAL. Administração Central do Sistema de Saúde, IP – **Acessos a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas**. [Em linha]. Lisboa: 2019. [Consultado a 21 de março de 2020]. Disponível em [Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf \(sns.gov.pt\)](https://www.sns.gov.pt/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf).

PORTUGAL. Administração Central do Sistema de Saúde, IP – **Monitorização do SNS**. [Em linha] Lisboa: 2021a. [Consultado a 21 março de 2020]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/>.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (INE) – **Estatísticas: População**. [Em linha] 2021b [Consultado a 10 de fevereiro de 2021]. Disponível em <https://inec.pt>

REAVY, Grudun [et al.] - Triage emergency nurse decision-making: Incidental findings from a focus group study. **International Emergency Nursing**. [Em linha] 48 (2020) 3-8. [Consultado a 20 de março de 2020]. Disponível em <https://www.elsevier.com>.

REGULAMENTO n.º 429/2018. **DR II SÉRIE**. 135 (2018/07/16) 19359-19370.

REGULAMENTO N.º 743/2019. **DR II SÉRIE**. 184 (2019-09-25) 128-155.

REGULAMENTO n.º 140/2019. **DR II Série**. 26 (2019-02-06) 4744-4750.

SACOMAN, Thiago [et al.] – Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde Debate**. [Em linha] São Paulo: Vol. 43, N. 121 (2019), p. 354-367. [Consultado a 21 de março de 2020]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105>.

SANTOS, Emily [et al.] – Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: Frente a Superlotação dos Serviços Hospitalares de Urgência. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. ISSN 1980-1769. Vol.5, n.º 1 (2018), p. 187-202.

SILVA, António M. - **Triagem de Prioridades - Triagem de Manchester**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe.

SOARES, J. – **Integridade na Investigação científica: Recomendação do Conselho Nacional de Ética da Vida**. [Em linha]. Lisboa:2018. [Consultado a 05 de março de 2020]. Disponível em <https://cnev.pt/pt/pareceres/integridadenainvestigacaocientifica.pdf>.

UNWIN, Maria; KINSMAN, Leigh; RIGBY, Scott – Why are we waiting? Patient's perspectives for accessing emergency department services with non-urgent complaints. **International Emergency Nursing**. [Em linha] 9 (2016) 3-8. [Consultado a 20 de março de 2020]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.09.003>.

USCHER-PINES, Lori [et al.] – Deciding to visit emergency department for non-urgent conditions: a systematic review of the literature. **The American Journal of managed care**. Vol.19,1 (2013), p. 47-59.

VARGAS, Maria Ambrosina [et al.] – Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: Vol.60, n.º 3 (2007), p. 339-343.

WEYRICH, Peter [et al] - Triage systems in emergency department. **Med Klin intensivmed Notfmed**. Vol. 107, Nº 1 (2012), p. 67-68.

WULP, Van; BAAR, M. E. V.; SCHRJVERS, A. J. P. - **Reliability and validity of the Manchester Triage System**. Holanda: Gildeprint Drukkerijen, 2008. ISBN: 978-90-393-5276-2.

TUCKMAN, Bruce - manual de Investigação em Educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 200. ISBN 9789723108798.

ANEXO I - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº15/2020 -CES	
		Pág. 1 de 2

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: CES Nº 141 de 13/12/2019 Assunto: Triagem de Manchester: Processos de decisão dos enfermeiros num hospital do norte de Portugal	Solicitado pelo Conselho de Administração Em nome do(s) investigador(es): Claudia Isabel Abreu Azevedo Enfermeira VI curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo Orientação: Prof. Doutor Luis Graça e professora Doutora Clementina Sousa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo
---	---

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Pretende-se analisar os processos de decisão dos enfermeiros na triagem de Manchester num serviço de urgência no norte de Portugal, tratando-se de estudo de natureza quantitativa com caráter descritivo-correlacional e retrospectivo

2. Fundamentação

Em Portugal o sistema de triagem implementado nos Serviços de urgência do Sistema Nacional de Saúde é o sistema de Triagem de Manchester que se baseia na classificação de doentes em cinco níveis de prioridade, desde o não urgente ao emergente. O enfermeiro é o profissional responsável pela realização de triagem, onde através de uma avaliação rápida e sistemática do estado do utente atribui uma prioridade clínica tendo em conta a gravidade da situação. O processo de triagem pressupõe uma tomada de decisão por parte do enfermeiro, requerendo conhecimento dos algoritmos de decisão, capacidade de raciocínio clínico, reconhecimento de padrões, a formulação de hipóteses, representação mental e intuição. Embora auxiliada por algoritmos de decisão, a triagem é uma decisão e intervenção autónoma do enfermeiro do serviço de urgência. Vários estudos têm vindo a demonstrar a confiabilidade e a qualidade do Sistema de Triagem de Manchester, contudo o mesmo por si só não garante o sucesso na classificação do risco dos doentes, sendo parte importante a tomada de decisão do enfermeiro, uma vez que se algum achado clínico for descurado poderá levar a uma decisão menos adequada. A recolha de dados será realizada recorrendo a dois instrumentos. Análise documental à informação dos processos de triagem registados em base de dados do sistema informático em uso no serviço de urgência a fornecer pelo Serviço de informática. O pedido de dados será efetuado por intermédio do enfermeiro chefe do serviço de urgência que será responsável pela anonimização, nomeadamente no que respeita ao enfermeiro triador.

A recolha de dados, não deverá ter qualquer identificação do enfermeiro triador e do doente. Esta condição deverá ser garantida pelo Serviço de Informática para a eventual realização do estudo.

	Realização de Projeto de Investigação Clínica	
	Parecer nº15/2020 -CES	Pág. 2 de 2

3. Conclusão/parecer

O projeto está conforme pelo que não foi encontrado qualquer obstáculo à emissão de parecer favorável à sua realização.

Nota: Referências bibliográficas:

Foi dada indicação de referências bibliográficas.

Relator(es)	António Rodrigues
Ratificado em reunião do dia	12/02/2020
Enviado parecer:	

12/02/2020 O Presidente da CES

ANTÓNIO RODRIGUES, DR
PRESIDENTE DA CES

ANTÓNIO RODRIGUES, DR
PRESIDENTE DA CES

Rosário Barros
Enfermeira Diretora
12/02/2020

APÊNDICES

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO

Caro Colega

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, encontro-me a desenvolver um estudo sobre “Triagem de Manchester: Processos de decisão dos enfermeiros num hospital do norte de Portugal”.

Neste sentido solicito a sua colaboração para participar nesta investigação através do preenchimento deste questionário que têm como objetivo avaliar as perceções dos enfermeiros acerca da sua habilidade de tomada de decisão na triagem em serviços de urgência.

Sendo este questionário anónimo, garanto a completa confidencialidade das suas respostas. A informação recolhida será utilizada exclusivamente para efeito desta investigação.

Obrigada pela sua colaboração

Cláudia Azevedo

Parte I

Caracterização sócio-profissional

1. **Qual a sua idade?** _____ anos
2. **Qual o seu sexo?**
 - ☐ Feminino
 - ☐ Masculino
3. **Qual a sua formação académica?**
 - ☐ Bacharelato
 - ☐ Licenciatura
 - ☐ Mestrado
 - ☐ Doutoramento
4. **Qual a sua categoria profissional?**
 - ☐ Enfermeiro
 - ☐ Enfermeiro Especialista
5. **Qual a sua experiência profissional como enfermeiro?** _____ anos
6. **Qual a sua experiência profissional como enfermeiro no serviço de urgência?** _____ anos
7. **Com que frequência faz triagem de Manchester?**
 - ☐ Nunca
 - ☐ ≤ 5 vezes por mês
 - ☐ 6-10 vezes por mês
 - ☐ > 10 vezes por mês
8. **Há quanto tempo fez a última formação acerca de triagem de Manchester?**
 - ☐ ≤ 2 anos
 - ☐ 3-5 anos

☐ 6-10 anos

☐ > 10 anos

9. Qual o seu nível de motivação para a realização de triagem de Manchester?

☐ Completamente desmotivado

☐ Desmotivado

☐ Nem Desmotivado nem Motivado

☐ Motivado

☐ Completamente Motivado

Parte II Triage Decision Making Inventory (TDMI) Traduzido e validado por Sandra marques
--

Das seguintes frases assinale a opção que corresponde à sua opinião

1. Discordo bastante	2. Discordo moderadamente	3. Discordo minimamente
4. Concordo minimamente	5. Concordo moderadamente	6. Concordo bastante

	Disc. Bastante	Disc. Moderada /	Disc. Minima /	Conc. Minima/	Conc. Moderada /	Conc. Bastante
1. Tenho conhecimento das diferentes áreas dentro do serviço de urgência	1	2	3	4	5	6
2. Sinto-me confortável a tomar decisões no serviço de urgência	1	2	3	4	5	6
3. Consigo trabalhar sob pressão e manter-me organizado	1	2	3	4	5	6
4. Consigo priorizar o cuidado ao doente e ter trabalho feito	1	2	3	4	5	6
5. Tenho confiança no meu juízo clínico para tomar decisões corretas que melhorem os resultados nos doentes	1	2	3	4	5	6
6. Se um doente tiver uma paragem cardíaca junto de mim, sei o que fazer	1	2	3	4	5	6
7. Posso contar com as minhas capacidades e juízo clínico enquanto estou a trabalhar na triagem	1	2	3	4	5	6
8. Quando estou a triar um doente consigo avaliar a gravidade do seu estado só de olhar para ele	1	2	3	4	5	6
9. Quando estou a triar, tenho uma boa intuição em relação aos doentes críticos	1	2	3	4	5	6
10. Consigo perceber pela aparência da pessoa se precisa ou não de atendimento imediato	1	2	3	4	5	6
11. Quando avalio um doente na triagem, geralmente, consigo prever quando alguma coisa adversa pode acontecer	1	2	3	4	5	6
12. Comunico bem com os doentes na triagem	1	2	3	4	5	6
13. Não sei quais as questões certas a fazer na triagem	1	2	3	4	5	6
14. Consigo fazer juízos clínicos corretos na triagem	1	2	3	4	5	6
15. Tenho um pressentimento quando alguma coisa má vai acontecer	1	2	3	4	5	6

	Disc. Bastante	Disc. Moderada/	Disc. Minima/	Conc. Minima/	Conc. Moderada/	Conc. Bastante
16. A minha experiência anterior é facilitadora da tomada de decisão na triagem	1	2	3	4	5	6
17. Sinto confiança nas minhas capacidades para triar	1	2	3	4	5	6
18. Sinto-me confortável na tomada de decisão na triagem	1	2	3	4	5	6
19. Independentemente do que aprendi nos livros, sigo a minha intuição na triagem	1	2	3	4	5	6
20. Recebo reforço positivo sobre as minhas decisões na triagem	1	2	3	4	5	6
21. Sei que tendo capacidades para tomar decisões precisas na triagem	1	2	3	4	5	6
22. Consigo diferenciar entre doentes em estado crítico e subagudos na triagem	1	2	3	4	5	6
23. Sou capaz de filtrar a informação de que preciso para a tomada de decisão acerca dos doentes na triagem	1	2	3	4	5	6
24. Sei quais as questões a colocar na triagem para obter a informação necessária	1	2	3	4	5	6
25. Responsabilizo-me pelos doentes até serem levados para uma área de tratamento	1	2	3	4	5	6
26. Sou capaz de associar as queixas dos doentes com os resultados da minha avaliação na triagem	1	2	3	4	5	6
27. Quando a triagem está muito movimentada, consigo manter a calma e estar concentrado	1	2	3	4	5	6
28. A triagem é importante porque dá ao doente uma primeira impressão sobre o meu serviço (estrutura)	1	2	3	4	5	6
29. Consigo reorganizar os meus pensamentos e priorizar quem deve ser visto de seguida, quando a triagem está muito movimentada	1	2	3	4	5	6
30. Tenho um sexto sentido para doentes em estado crítico	1	2	3	4	5	6
31. Associo os mecanismos da lesão com a história dada pelo doente na triagem	1	2	3	4	5	6

	Disc. Bastante	Disc. Moderada/	Disc. Minima/	Conc. Minima/	Conc. Moderada/	Conc. Bastante
32. Comunico bem com o pessoal do serviço de urgência quando estou a trabalhar na triagem	1	2	3	4	5	6
33. Sou capaz de separar a informação de que preciso para tomar decisões na triagem	1	2	3	4	5	6
34. Sei quais as questões certas, para colocar, quando estou na triagem	1	2	3	4	5	6
35. Sou alguém em quem os meus colegas de trabalho podem confiar para tomar decisões corretas	1	2	3	4	5	6
36. Consigo falar com os doentes e chegar à razão pela qual eles vieram ao serviço de urgência	1	2	3	4	5	6

APÊNDICE II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO TDMI

Cláudia Azevedo <claudia.a.azevedo@gmail.com>

Pedido de Autorização

sandra Marques [REDACTED]

21 de novembro de 2019 21:04

Para: Cláudia Azevedo <claudia.a.azevedo@gmail.com>

Boa noite Cláudia.

É com muito prazer que dou autorização para utilizar a escala TDMI.
Estou disponível se precisar de alguma ajuda.

Bom trabalho

Um abraço

Sandra Marques

APÊNDICE III - DISTRIBUIÇÃO DAS TRIAGENS CONFORME OS DISCRIMINADORES

DISCRIMINADORES	ni	%
Comportamento não disruptivo	258	,4
Compromisso da via aérea	64	,1
Compromisso vascular distal	73	,1
Convulsão atual	14	,0
Corrimento	1	,0
Criança muito quente	1	,0
Criança quente	21	,0
Défice neurológico agudo	783	1,1
Deformação	54	,1
Deformação grosseira	169	,2
Diplopia	24	,0
Dispneia aguda	27	,0
Disúria	628	,9
Dor à mobilização das articulações	53	,1
Dor à palpação da região temporal	60	,1
Dor abdominal	246	,4
Dor epigástrica	209	,3
Dor irradiando para a região dorsal	181	,3
Dor ligeira <7 dias	9610	14,1
Dor moderada	21418	31,3
Dor não moderada	9	,0
Dor pleurítica	3394	5,0
Dor precordial	727	1,1
Dor que irradia para o ombro	7	,0
Dor severa	1777	2,6
Edema	1783	2,6
Edema da facial	240	,4
Edema da língua	24	,0
Enfisema subcutâneo	2	,0
Erupção cutânea desconhecida	20	,0
Estridor	3	,0
Evisceração de órgãos	2	,0
Exantema eritematoso ou bolhoso	129	,2
Exaustão	13	,0
Fezes pretas ou raiadas de sangue	247	,4
Fratura exposta	3	,0
Grande hemorragia incontrolável	63	,1

Hematemeses	132	,2
Hematoma no couro cabeludo	45	,1
Hematoma no pavilhão auricular	2	,0
Hematoquésias ou rectorragias	351	,5
Hematúria clinicamente evidente	695	1,0
Hemoptise	52	,1
Hemorragia exsanguinante	2	,0
Hemorragia vaginal intensa	1	,0
Hiperglicemia	113	,2
Hiperglicemia com cetose	32	,0
Hipoglicemia	31	,0
Hipotermia	40	,1
História cardíaca significativa	81	,1
História clínica significativa	21	,0
História de convulsão	87	,1
História de hematemeses	72	,1
História de hemoptise	59	,1
História de perda de consciência	576	,8
História de risco especial de infecção	7	,0
História de sobredosagem ou envenenamento	4	,0
História de T.C.E.	95	,1
História de viagens ao estrangeiro	20	,0
História inadequada	36	,1
História inapropriada	577	,8
História psiquiátrica significativa	614	,9
História significativa de alergia	15	,0
História significativa de doença respiratória	164	,2
História significativa de hemorragia gastrointestinal	9	,0
Idade < ou = a 25 anos	47	,1
Inalação de fumos	1	,0
Incapacidade de andar	239	,3
Incapacidade de articular frases completas	195	,3
Infecção local	208	,3
Inflamação local	280	,4
Início agudo pós-traumático	3	,0
Início repentino	84	,1
Instalação súbita	1230	1,8
Lesão eléctrica	2	,0

Lesão ocular química	10	,0
Letárgico	3	,0
Mecanismo de lesão	276	,4
Mortalidade moderada	27	,0
Novos sintomas e/ou sinais neurológicos	1606	2,3
Olho vermelho	943	1,4
Pele crítica	1	,0
Pequena hemorragia incontrolável	1270	1,9
Perda recente de audição	224	,3
Perda súbita de visão com início nas 24 horas anteriores	42	,1
Possibilidade de gravidez	2	,0
Possível gravidez	67	,1
Problema não recente	276	,4
Problema recente	1752	2,6
Provável infecção respiratória	412	,6
Prurido ligeiro	157	,2
Prurido moderado	224	,3
Prurido severo	17	,0
Pulso anormal	1382	2,0
Púrpura	7	,0
Queimadura química	9	,0
Recente redução de acuidade visual	673	1,0
Respiração ineficaz	50	,1
Retenção urinária/oligoanúria	299	,4
Risco moderado de agressão a terceiros	52	,1
Risco moderado de auto-agressão	137	,2
Risco moderado de morte por envenenamento	7	,0
Risco não moderado de auto-agressão	140	,2
SaO2 baixa	1121	1,6
SaO2 muito baixa	2031	3,0
SaO2 não baixa	6	,0
Sensação de corpo estranho	220	,3
Sinais de desidratação	93	,1
Sinais de dor severa	1	,0
Sinais de meningismo	7	,0
Subfebril (Febrícula)	457	,7
Traumatismo directo da região cervical	37	,1
Traumatismo direto da região lombar	266	,4

Traumatismo escrotal	1	,0
Traumatismo não recente	19	,0
Traumatismo ocular penetrante	26	,0
Traumatismo recente	45	,1
Vertigens	97	,1
Vómitos	299	,4
Vómitos persistentes	1320	1,9
Total	68381	100,0

APÊNDICE IV - TESTES NORMALIDADE DE DISTRIBUIÇÃO

Testes de Normalidade				
	SEXO	Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.
Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade (Categorizado)	Feminino	,963	35	,285
	Masculino	,946	12	,581
Intuição	Feminino	,973	35	,545
	Masculino	,927	12	,351
Pensamento Crítico	Feminino	,948	35	,100
	Masculino	,937	12	,459
Total TDMI	Feminino	,966	35	,347
	Masculino	,953	12	,688

Testes de Normalidade				
	CATEGORIA PROFISSIONAL	Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.
Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade (Categorizado)	Enfermeiro	,943	30	,110
	Enfermeiro Especialista	,915	17	,122
Intuição	Enfermeiro	,954	30	,212
	Enfermeiro Especialista	,965	17	,724
Pensamento Crítico	Enfermeiro	,960	30	,314
	Enfermeiro Especialista	,911	17	,104
Total TDMI	Enfermeiro	,965	30	,412

Testes de Normalidade

FORMAÇÃO ACADÉMICA			Shapiro-Wilk		
			Estatística	gl	Sig.
Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade (Categorizado)	Graduado		,971	41	,359
	Pós-Graduado		,949	6	,735
Intuição	Graduado		,971	41	,359
	Pós-Graduado		,764	6	,027
Pensamento Crítico	Graduado		,959	41	,144
	Pós-Graduado		,912	6	,451
Total TDMI	Graduado		,970	41	,344
	Pós-Graduado		,889	6	,312

FORMAÇÃO ACADÉMICA			Estatística do teste Padrão	
			Estatística	
Intuição	Pós-graduado	Assimetria	-,915	,845
		Curtose	-1,770	1,741

Testes de Normalidade				
		Frequência que faz triagem de Manchester		Shapiro-Wilk
Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade (Categorizado)	< = 5 vezes por mês	,948	17	,424
	6-10 vezes por mês	,944	23	,219
	> 10 vezes por mês	,823	7	,068
Intuição	< = 5 vezes por mês	,947	17	,405
	6-10 vezes por mês	,961	23	,490
	> 10 vezes por mês	,879	7	,223
Pensamento Crítico	< = 5 vezes por mês	,968	17	,791
	6-10 vezes por mês	,949	23	,281
	> 10 vezes por mês	,763	7	,017
Total TDMI	< = 5 vezes por mês	,940	17	,312
	6-10 vezes por mês	,965	23	,564
	> 10 vezes por mês	,769	7	,020

Frequência que faz triagem de Manchester			Estatística do teste Padrão	
			Estatística	
Pensamento Crítico	> 10 vezes por mês	Assimetria	-1,998	,794
		Curtose	4,440	1,587
Total TDMI	> 10 vezes por mês	Assimetria	-2,012	,794
		Curtose	4,576	1,587

Testes de Normalidade				
		Shapiro-Wilk		
		Formação TM		
Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade (Categorizado)	<=2 anos	,918	10	,339
	3-5anos	,939	21	,206
	> 5 anos	,902	16	,086
Intuição	<=2 anos	,891	10	,172
	3-5anos	,953	21	,396
	> 5 anos	,928	16	,228
Pensamento Crítico	<=2 anos	,958	10	,758
	3-5anos	,952	21	,365
	> 5 anos	,881	16	,040
Total TDMI	<=2 anos	,969	10	,884
	3-5anos	,907	21	,048
	> 5 anos	,912	16	,127

			Estatística do teste Padrão	
			Estatística	
			Formação TM	
Pensamento Crítico	> 5 anos	Assimetria	-1,186	,564
		Curtose	1,025	1,091
Total TDMI	3-5anos	Assimetria	-,119	,501
		Curtose	-1,491	,972

APÊNDICE V - TESTES DE HOMOGENEIDADE DE VARIÂNCIAS

Testes da homogeneidade de variância das características sociodemográficas e profissionais conforme as subescalas e escala do TDMI (n=47)

	Características Cognitivas/ Confiança na Habilidade		Intuição		Pensamento Crítico		TDMI	
Variável	Levene	Sig	Levene	Sig	Levene	Sig	Levene	Sig
Sexo	0,471	0,496	0,126	0,724	0,000	0,986	0,001	0,971
Formação Académica	0,248	0,122	0,552	0,461	1,196	0,280	1,390	0,245
Categoria Profissional	4,342	0,043	0,157	0,694	1,437	0,237	1,265	0,267
Frequência com que faz TM	0,459	0,635	0,305	0,739	0,206	0,814	0,15	0,860
Última formação em TM	0,201	0,819	1,515	0,231	0,716	0,495	1,100	0,342

