



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior de Saúde

TRIAGEM DE MANCHESTER: INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS

Francisco António Dias da Costa

Viana do Castelo, novembro de 2020



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Francisco António Dias da Costa

**TRIAGEM DE MANCHESTER:
INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS**

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Clementina Sousa

e coorientação do

Mestre Ruben Torres

Viana do Castelo, novembro de 2020

Paula, Beatriz e Sofia ...

O amor supera a ausência, obrigado por estarem sempre comigo!

AGRADECIMENTOS

Este documento é o culminar de um percurso pessoal e resulta de muito esforço e dedicação, num trabalho muitas vezes solitário, mas também partilhado por diversas pessoas que, de diversas formas, contribuíram para que se realizasse.

Por esse motivo, não poderia deixar de agradecer a todas essas pessoas, sem as quais não seria possível trilhar este caminho.

À Professora Doutora Clementina Sousa e ao Mestre Ruben Torres, por partilharem comigo todo o seu conhecimento, proporcionando momentos de reflexão que me levaram no rumo certo. Obrigado pelo acompanhamento, disponibilidade, mas também pelo encorajamento nos momentos mais difíceis.

Aos colegas do Mestrado que proporcionaram um ambiente maravilhoso, formando um grupo fantástico de partilha de experiências pessoais que me enriqueceram.

A todos os professores que se cruzaram comigo no decorrer do curso, pela partilha de conhecimentos que colocaram durante as aulas.

À Enfermeira Chefe do meu serviço, pela disponibilidade que demonstrou para me ajudar a realizar todo este percurso e aos meus colegas do serviço por me “aturarem” com as minhas dúvidas e inquietações.

Aos meus colegas Enfermeiros que aceitaram participar neste estudo, pela disponibilidade demonstrada e pelas reflexões que partilharam comigo e que me permitiram cumprir os objetivos a que me propus.

À minha família, principalmente a mais próxima, e aos meus amigos, por não me deixarem desanimar, por me apoiarem nos momentos mais difíceis e por estarem sempre comigo.

A todos, aceitem a minha Gratidão!

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

RESUMO

O acesso universal e generalizado aos Serviços de Urgência (SU) constitui uma realidade cada vez mais frequente, não só em Portugal como em muitos outros países. Esta realidade permite que os utentes tenham liberdade de acesso aos serviços independentemente de a sua condição constituir ou não uma situação urgente ou emergente. Como resultado, observamos constantemente uma sobrelotação dos SU que resulta no atraso, que pode ser relevante, no atendimento e observação dos utentes que necessitam de cuidados imediatos.

A triagem de prioridades constitui-se então como uma ferramenta essencial na abordagem e gestão desta situação em que o número de utentes excede, em largos períodos, a capacidade de resposta dos serviços. Podemos assim perceber a importância da existência de um sistema de triagem que permita identificar precocemente sinais de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido, e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica.

Em Portugal, o Ministério da Saúde (MS) definiu o Sistema de Triagem de Manchester (STM) como o método de triagem a implementar obrigatoriamente em todos os SU do país. Esta atividade pode ser executada tanto por médicos como por enfermeiros. No entanto, em Portugal é realizada na sua maioria por enfermeiros.

Procuramos com este estudo conhecer a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a realização da triagem e que, por esse motivo, possam condicionar a atribuição de prioridades clínicas aos utentes que recorrem aos serviços com as possíveis consequências na qualidade dos cuidados prestados.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva. A recolha dos dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas realizadas a dez enfermeiros que trabalham em dois SU da região norte.

Da análise dos dados, obtivemos um conjunto de áreas temáticas. Na perspetiva dos enfermeiros, a implementação do STM apresenta diversos contributos, tanto para os utentes como para o serviço, no estabelecimento de prioridades, no atendimento ao utente, na qualidade dos cuidados e na melhoria do funcionamento do serviço.

Os enfermeiros identificaram fatores associados ao processo de triagem, relacionados com os recursos humanos e materiais; relacionados com o enfermeiro triador como, por

exemplo, a experiência profissional nos cuidados ao utente crítico; relacionados com a estrutura física da sala onde é realizada a triagem, principalmente no que diz respeito à privacidade; relacionados com o utente e relacionados com o serviço, onde se identificam algumas situações associadas à organização e dinâmica de cada um.

Associado à identificação dos fatores que influenciam a intervenção dos enfermeiros enquanto triadores, os participantes deste estudo apresentaram algumas sugestões de melhoria para a execução da triagem como, por exemplo, desenvolver planos de formação orientados para a melhoria da eficácia do STM, melhorar a estrutura física da sala de triagem onde possa ser garantida a privacidade dos utentes, gerir os recursos humanos de forma a tornar mais fácil a abertura de mais um posto de triagem em caso de afluência elevada de utentes, separar a entrada para a sala de triagem da entrada das visitas com a elaboração de vias de circulação diferentes para cada caso, realizar uma integração mais adequada dos enfermeiros que tiveram aproveitamento no curso de Triagem de Manchester (TM) e eliminar as tarefas administrativas que são realizadas no momento da triagem.

Estas sugestões podem constituir-se como importantes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, especificamente no âmbito dos SU.

Palavras-chave: Intervenção do enfermeiro; Sistema de Triagem de Manchester; Fatores influentes; Serviço de Urgência

ABSTRACT

Universal and widespread access to Emergency Services is an increasingly frequent reality, not only in Portugal but in many other countries. This reality allows users to have free access to services regardless of whether their condition constitutes an urgent or emerging situation. As a result, we constantly observe an overcrowding of the Emergency Services that results in the delay, which may be relevant, in the care and observation of users who need immediate care.

Priority triage is then an essential tool in addressing and managing this situation in which the number of users exceeds, in large periods, the response capacity of the services. We can thus understand the importance of the existence of a triage system that allows early identification of signs of severity in an objective and systematic way, indicating the clinical priority with which the user must be attended, and the respective target time that is recommended until the first observation doctor.

In Portugal, the Ministry of Health defined the Manchester Triage System as the triage method to be mandatorily implemented in all the Emergency Services in the country. This activity can be performed by doctors and nurses. However, in Portugal it is performed mostly by nurses.

With this study we seek to know the nurse's perception of the factors that influence the realization of the triage and that, for this reason, may condition the assignment of clinical priorities to the users who use the services with the possible consequences on the quality of the care provided.

This is a study with a qualitative approach, of an exploratory and descriptive nature. Data collection was carried out through semi-structured interviews with nurses who work in two Emergency Services in the northern region.

From the data analysis, we obtained a set of thematic areas. From the perspective of nurses, the implementation of the Manchester Triage System presents several contributions, both for users and for the service, in the establishment of priorities, in patient care, in the quality of care and in improving the functioning of the service.

Nurses identified factors associated with the triage process, related to human and material resources; related to the triage nurse, such as, for example, professional experience in the care of critical users; related to the physical structure of the room where the triage is carried

out, especially with regard to privacy; related to the user and related to the service, where some situations associated with the organization and dynamics of each are identified.

Associated with the identification of the factors that influence the intervention of nurses as screeners, the participants of this study presented some suggestions for improvement for the execution of triage, such as developing training plans aimed at improving the effectiveness of Manchester Triage System, improving physical structure of the triage room where users' privacy can be guaranteed, manage human resources in order to make it easier to open another triage station in case of a high number of users, separate the entrance to the triage room from the entrance visits with the elaboration of different circulation routes for each case, perform a more adequate integration of nurses who were successful in the Manchester Triage course and eliminate the administrative tasks that are performed at the time of triage.

These suggestions can be important to improve the quality of care provided, specifically within the scope of the Emergency Services.

Keywords: Nurse's intervention; Manchester Triage System; Influential factors; Emergency Service

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Categorias de prioridades do STM	25
Tabela 2 - Idade	44
Tabela 3 - Género	45
Tabela 4 - Formação académica	45
Tabela 5 - Experiência profissional.....	45
Tabela 6 - Experiência no Serviço de Urgência	46
Tabela 7 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias.....	54

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Contributos do Sistema de Triagem de Manchester.....	56
Figura 2 - Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester.....	63
Figura 3 - Fatores relacionados com os recursos.....	64
Figura 4 - Fatores relacionados com o enfermeiro	68
Figura 5 - Fatores relacionados com a estrutura física	77
Figura 6 - Fatores relacionados com o Sistema de Triagem de Manchester	82
Figura 7 - Fatores relacionados com o utente	86
Figura 8 - Fatores relacionados com o serviço.....	92
Figura 9 - Sugestões de melhoria na realização da Triagem de Manchester	112

SUMÁRIO

SIGLAS/ACRÓNIMOS	12
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	16
1 - SISTEMAS DE TRIAGEM.....	17
1.1 - Definição, história e evolução dos sistemas de triagem	17
1.2 - Objetivos dos sistemas de triagem	18
1.3 - Tipos de sistemas de triagem	19
2 - SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER.....	23
2.1 - Auditoria do Sistema de Triagem de Manchester.....	26
2.2 - Fatores que influenciam o processo de Triagem de Manchester	28
2.3 - O enfermeiro na Triagem de Manchester.....	33
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO	39
1 – JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS DO ESTUDO	41
2 – TIPO DE ESTUDO	42
3 – CONTEXTO DO ESTUDO	43
4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	44
5 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS	47
6 – PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	49
7 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	51
CAPÍTULO III – ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
CONCLUSÕES FINAIS.....	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Erro! Marcador não definido.
ANEXOS	137
APENDICES.....	167

SIGLAS/ACRÓNIMOS

ALSG – Advanced Life Support Group

ATS – Australian Triage Scale

CA – Conselhos de Administração

CENA – College of Emergency Nursing Australasia

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTAS – Canadian Emergency Acuity Scale

DGS – Direção Geral da Saúde

ENA – European Nurses Association

ESI – Emergency Severity Index

GPT – Grupo Português de Triagem

MCDT – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

MS – Ministério da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ST – Sistema de Triagem

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

TM – Triagem de Manchester

INTRODUÇÃO

A investigação científica “é um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação” (Fortin, 1999, p.17). É com recurso à investigação científica que se torna possível o desenvolvimento do conhecimento numa dada disciplina, de uma forma rigorosa e sistemática, e se encontram respostas a questões que carecem de investigação.

Em Portugal, por razões de vária ordem, os utentes recorrem aos Serviços de Urgência (SU) muitas vezes em primeira instância, pois estes têm disponibilidade anunciada e efetiva nas vinte e quatro horas do dia, todos os dias do ano. Este facto coloca por vezes em causa a prestação de cuidados de saúde aos utentes em situação de doença ou lesão emergente/urgente, motivo para o qual foram criados (Diogo, 2007).

Associado a esta realidade, confrontamo-nos com o envelhecimento da população, o aumento dos acidentes e da sinistralidade bem como da prevalência das doenças crónicas, pelo que o número de utentes que procuram os SU tem vindo a aumentar (Amaral, 2017).

Na segunda metade do século passado, com o crescente número de utentes que recorriam aos SU, a incapacidade consistente de dar resposta atempada e segura e a necessidade de separar os casos emergentes/urgentes de todos os outros levou a que os profissionais e gestores dos serviços de saúde procurassem desenvolver e investir em medidas de hierarquização de atendimento que garantissem uma maior prioridade às situações mais graves. São então criados os Sistemas de Triage (ST), para apoiar o profissional de saúde numa identificação rápida dos utentes em situação de doença ou lesão emergente/urgente (Sheehy, 2011).

Em Portugal, o Ministério da Saúde (MS) através do Despacho n.º 19124/2005, de 2 de setembro, veio deliberar a obrigatoriedade da implementação, em todos os SU integrados na rede de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de um protocolo de triagem de prioridades, com vista a garantir à pessoa cuidados mais adequados e de maior qualidade assegurando uma maior prioridade às situações mais graves.

Mais recentemente, o MS, através do Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro, determinava que todos os SU que “não tenham implementado o Sistema de Triage Manchester (STM) devem proceder à sua implementação até 31 de dezembro de 2015”.

Assim, o STM encontra-se implementado em todos os SU de Portugal. Trata-se de uma metodologia cujo objetivo é dispor de um sistema de triagem inicial que, de forma objetiva, reproduzível, passível de auditoria e com controlo médico, promova o atendimento em função de critério clínico, e não do administrativo ou da ordem de chegada ao SU (Silva, 2009). Segundo o mesmo autor, fazer triagem de prioridades é identificar critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido, baseada nas queixas apresentadas e nos problemas identificados e o respetivo tempo alvo recomendado até ao início da primeira observação médica, sem nenhuma pretensão de estabelecer diagnósticos clínicos.

O STM permite “(...) a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até à observação médica, caso a caso (...)” (GPT, 2002, p.8).

Trata-se de uma metodologia sólida, com um programa de formação muito rigoroso que habilita um profissional a fazer triagem, bem como a possibilidade de este se tornar formador e auditor em curso próprio disponibilizado pelo Grupo Português de Triagem (GPT). Esta metodologia proporciona aos profissionais um quadro de referência para o processo de triagem que permite a obtenção de competências essenciais para a sua execução, descrevendo uma relação entre a experiência e a aquisição de competências em cinco níveis: principiante, principiante avançado, competente, extremamente competente e perito (GPT, 2010).

A triagem pode ser desempenhada por médicos ou por enfermeiros, devidamente certificados pelo GPT e treinados para tal função, sendo que, na realidade portuguesa, são os enfermeiros que maioritariamente executam esta tarefa.

Assim, dada a relevância que a triagem apresenta na deteção precoce de sinais de gravidade e na priorização da necessidade de avaliação dos utentes, torna-se visível a importância do enfermeiro no processo, pois toda a experiência do utente no serviço de saúde vai ser determinada pelas decisões aí tomadas. Desta forma, o enfermeiro deve assumir, mobilizar e desenvolver múltiplas competências neste contexto de intervenção.

O objetivo principal do enfermeiro ao realizar a Triagem de Manchester (TM) é atribuir uma prioridade clínica correta ao utente que recorre ao SU, consoante a gravidade das queixas que apresenta naquele momento. Este será tanto mais eficaz quanto melhor conseguir atingir o objetivo pretendido, avaliado por um programa de auditoria interna que traduz a aferição do enfermeiro e do serviço na realização da triagem e que deverá corresponder no mínimo a 80%, sendo que o desvio em relação ao preconizado espera-se ser devido à atribuição de prioridades superiores ao determinado pela auditoria (GPT, 2012).

Sendo enfermeiro num SU onde o STM é utilizado e também formador/auditor do próprio sistema, no decurso da atividade profissional surgiu a necessidade de perceber melhor os aspetos que podem influenciar a realização da TM.

A opinião dos enfermeiros, relativamente ao exercício das suas funções, representa uma parte importante para a compreensão da forma como desenvolvem o seu trabalho e como determinados fatores podem afetar o seu desempenho. Neste sentido, surgiu a questão de investigação: “Qual a perceção dos enfermeiros sobre os contributos da Triagem de Manchester e os fatores que influenciam a sua realização?”

Para responder à questão foi estabelecido o objetivo geral, que delimita a pretensão do alcance do estudo. Assim, o objetivo do presente estudo é: conhecer a perceção dos enfermeiros sobre os contributos da Triagem de Manchester e os fatores que influenciam a sua realização. Para a sua consecução, recorreremos a um estudo descritivo exploratório, inscrito no paradigma qualitativo, utilizando como técnica de recolha de dados, a entrevista semiestruturada.

Quanto à estrutura, este trabalho encontra-se organizado em três partes distintas, mas interligadas.

Na primeira parte desenvolve-se o enquadramento teórico de acordo com a problemática do estudo e que resulta de uma revisão da literatura sobre a temática em questão. Abordaremos os Sistemas de Triagem de Prioridades, principais conceitos, a sua história e evolução; o Sistema de Triagem de Manchester; os fatores que interferem na realização da Triagem de Manchester bem como um capítulo sobre o enfermeiro na Triagem de Manchester.

A segunda parte centra-se na metodologia geral de investigação. Faremos referência à finalidade e objetivos do estudo, tipo de estudo, contexto e participantes e abordaremos o método de recolha de dados e o procedimento para a sua análise. Segue-se a apresentação das considerações éticas.

Por fim, na terceira parte apresentam-se os resultados obtidos e a sua análise, as principais conclusões do estudo e as referências bibliográficas, que sustentam todo o trabalho do ponto de vista teórico.

Acreditamos que este estudo possa tornar-se um incentivo à reflexão, um contributo para a melhoria da qualidade da TM, e conseqüentemente dos cuidados de enfermagem prestados ao utente urgente/emergente nesse contexto.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1 - SISTEMAS DE TRIAGEM

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

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

1.1 - DEFINIÇÃO, HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE TRIAGEM

O termo triagem vem do verbo francês *trier* que, na tradução para português, significa tipar, escolher, separar (Funderburke, 2008).

No entanto, muitas são as definições de triagem encontradas, grande parte relativas à triagem em ambiente hospitalar, ao nível dos SU.

O termo triagem tem sido utilizado para descrever a situação na qual os profissionais de saúde têm de seleccionar quais os utentes que serão atendidos em primeiro lugar, sobretudo em serviços de emergência hospitalar (Medeiros [et al], in Fonseca [et al], 2011).

Soler [et al] (2010) referem que a triagem é um método que permite a gestão do risco clínico de forma a organizar, com segurança, o fluxo de utentes, quando a procura e as necessidades dominam os recursos reais.

Silva (2009) refere que fazer triagem de prioridades é identificar critérios de prioridade, de modo objetivo e estruturado, reconhecendo uma prioridade clínica e uma estimativa do tempo que o utente poderá esperar pela observação médica, tendo em conta os problemas identificados.

A utilização da triagem, na área da saúde, remonta às guerras Napoleónicas. Foi utilizada por Jean Dominique Larrey, cirurgião do exército de Napoleão na Revolução Francesa que utilizou um método que consistia em "(...) avaliar rapidamente e identificar os soldados feridos, separar os que exigiam atenção médica urgente e priorizar o tratamento para recuperá-los o mais rápido possível para o campo de batalha" (Coutinho [et al], 2012, p.189).

Só a partir da década de 60 do século passado este conceito ganhou visibilidade no contexto civil e, na atualidade, é uma palavra bastante usada em saúde, mais concretamente em contexto de SU, onde os profissionais avaliam os utentes à chegada, promovendo o atendimento com base nas suas reais necessidades clínicas (Neves, in Rego e Nunes, 2010).

Nos SU de países como os EUA, Canadá, Austrália e Inglaterra, o processo de Triagem foi-se desenvolvendo, dada a enorme procura deste tipo de serviços por utentes que não careciam dos seus recursos, por não experimentarem situações de doença ou lesão emergente/urgente (Bracken in Sheehy, 2001).

Dada a persistência deste problema nos SU, os profissionais e gestores dos serviços de saúde procuraram desenvolver e investir em Sistemas de Triagem, que procurassem fazer uma melhor seleção dos utentes que experimentavam situações de doença ou lesão emergente/urgente (Diogo, 2007).

Atualmente, triagem, é usada quase exclusivamente em contexto clínico e refere-se à "...decisão sobre a alocação de um recurso médico escasso" (Iserson e Moskop, 2007, p.275). Desta forma, no contexto clínico, a triagem consiste na separação de utentes, não em função do diagnóstico, mas sim, do prognóstico.

1.2 - OBJETIVOS DOS SISTEMAS DE TRIAGEM

Dado o elevado número de utentes que recorrem normalmente aos SU torna-se necessária a capacidade de se identificarem aqueles que necessitam de cuidados mais rapidamente. Através do sistema de triagem de prioridades no SU é possível o encaminhamento do utente no serviço, respeitando uma série de critérios, de forma a que seja "...observado no local, com a logística e pela equipa mais adequada, em tempo útil" (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, 2012, p.21).

É mencionado por Asenjo [et al] (2007) que a implementação de um ST dá um enorme impulso à organização dos fluxos de encaminhamento de utentes pós triagem, assim como à organização geral do SU, de forma a responder às necessidades confirmadas pela triagem.

Estes autores acrescentam algumas funções dos ST, tais como: identificar os utentes em risco de vida; garantir a prioridade de acordo com o nível de classificação; garantir a reavaliação dos utentes que devem esperar; decidir qual a área mais apropriada para

observar os utentes; dar informação sobre o processo de atendimento; dar informação aos familiares; melhorar o fluxo de utentes e descongestionamento dos serviços; fornecer informações para melhorar o funcionamento do serviço e priorizar o acesso ao atendimento sem fazer diagnósticos.

Beveridge [et al] (1998) e Cordeiro [et al] (2002) definem como objetivos dos ST no SU: identificar rapidamente os utentes que experimentam situações de doença ou lesão emergente/urgente; avaliar precocemente todos os utentes, de modo a assegurar-lhes a prioridade de acesso aos cuidados de que necessitam, de acordo com a gravidade da sua situação de doença ou lesão; antecipar exames complementares de diagnóstico e terapêutica ao atendimento médico, de acordo com protocolos definidos; determinar a área mais adequada para o atendimento do utente que recorre ao SU e descongestionar e regular a afluência dos utentes nos SU.

Segundo Jimenez, citado por Coutinho [et al] (2012), a triagem de utentes tem como objetivos: identificar rapidamente os utentes em situação de risco de morte; assegurar as prioridades tendo em conta o nível de classificação; estabelecer prioridades no acesso ao atendimento e não fazer diagnósticos; alocar o utente à área de tratamento mais adequado à situação; reduzir o congestionamento dessas mesmas áreas; promover a reavaliação periódica dos utentes.

Assim, os ST têm a finalidade de selecionar os utentes que têm prioridade no atendimento, devendo os mais graves ser atendidos primeiro. “Com a realização do serviço de triagem espera-se a otimização do tempo e recursos utilizados, bem como o aumento na resolubilidade do serviço e a satisfação do usuário de saúde e da equipe multidisciplinar” (Silva [et al], 2013, p.3).

1.3 - TIPOS DE SISTEMAS DE TRIAGEM

Ao longo dos anos emergiram diferentes sistemas de triagem. Assim, os modelos de triagem estruturados, usados nos SU, são vários e com diferentes metodologias.

Considerando que o processo da triagem de prioridades, requer capacidade de interpretação, discriminação e avaliação onde se utiliza o raciocínio clínico, o reconhecimento de padrões, a formulação de hipóteses, a representação mental e a intuição, existem diversos sistemas de triagem baseados em algoritmos de decisão com

opções estruturadas, facilitadoras do raciocínio e promotoras da uniformidade de critério (Silva, 2009).

Os ST podem distinguir-se quanto ao profissional triador, à profundidade da triagem realizada, à existência de algoritmos de triagem, à existência de protocolos de atuação associados, ao número de categorias de urgência, ao ambiente e contexto onde se aplicam e aos recursos, equipamentos e meios que envolvem (Diogo, 2007).

Os ST mais adequados incorporam também mecanismos para formação e auditoria, de forma a permitir a monitorização e avaliação dos resultados (Silva, 2009).

Existem ST Pré-hospitalar, tais como a Simple Triage and Rapid Treatment System, o Sistema de Triagem de Trauma e o Sistema de Triagem Telefónica. Os ST Pré-hospitalares englobam todos aqueles que incorporam a triagem de utentes num ambiente exterior ao hospital, denominado pré-hospitalar, como sejam: domicílio, via pública, estabelecimentos públicos e outras estruturas de saúde, que não prestam cuidados diferenciados no âmbito da emergência e urgência (Diogo, 2007).

Existem também ST Hospitalar que são aplicados nos SU, aos utentes que aí ocorrem, de forma a hierarquizar a prioridade de atendimento.

Na maioria dos países desenvolvidos, os SU utilizam ST que permitem classificar os utentes entre três a cinco níveis de prioridade de atendimento. Medeiros [et al] (2011) refere que as escalas que permitem maior confiabilidade são as de cinco níveis, por apresentarem maior consonância entre os observadores e consentir uma melhor classificação de utentes. Também Christ [et al] (2010), num estudo realizado com o objetivo de identificar os instrumentos utilizados na triagem e avaliar a sua validade e confiabilidade, concluíram que os sistemas de cinco níveis, quando comparados aos sistemas de três níveis, são métodos mais válidos e confiáveis de avaliação da gravidade dos utentes admitidos nos departamentos de emergência.

Christ [et al] (2010) e Weyrich [et al] (2012) identificaram alguns sistemas de triagem de cinco níveis, aceites internacionalmente: *Emergency Severity Index* (ESI), *Australian Triage Scale* (ATS), *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS) e o Sistema de Triagem de Manchester (STM).

O ESI é um sistema de triagem utilizado nos Estados Unidos desde 1999. A prioridade é definida com base num único fluxograma, com avaliação dos recursos necessários para a

assistência adequada. Não determina tempo alvo para atendimento, sendo que cada instituição determina a sua norma interna (Coutinho [et al], 2012).

Segundo os mesmos autores, o ESI apresenta cinco níveis de prioridade:

- Nível 1 (emergente): avaliação médica imediata.
- Nível 2 (urgente): é recomendado não mais que 10 minutos para o atendimento.
- Nível 3: os sintomas relacionam-se a doença aguda e os fatores de risco não indicam risco de deterioração rápida.
- Nível 4: utentes com queixas crônicas, sem ameaça à função de órgãos vitais.
- Nível 5: os utentes apresentam-se estáveis e não necessitam de recursos.

A ATS desenvolveu-se na Austrália, em meados dos anos 70, como uma escala de cinco prioridades baseada em tempo alvo e cor. Nos anos 90, foi modificada e adotada como parte da política de triagem pelo Australasian College for Emergency Medicine (Coutinho [et al], 2012).

A cada uma das cinco categorias de urgência corresponde uma série de descritores clínicos, que vão desde sintomas a parâmetros clínicos e comportamentais. É aplicada por enfermeiros que utilizam essa lista de descritores clínicos para atribuir uma das categorias de urgência:

- 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: utentes sérios potencialmente – 60 minutos.
- Categoria 5: utentes menos urgentes – 120 minutos.

A CTAS foi editada em 1998 e baseia-se no estabelecimento de uma relação entre um grupo de eventos sentinelas, definidos pelos diagnósticos da *International Classification of Diseases* (CID 10 CM), e as condições mais frequentes apresentadas pelos utentes que procuram o SU. Foi implantada no Canadá em 1999 sendo utilizada amplamente em todo o país (Coutinho [et al], 2012).

Apresenta cinco níveis, que correspondem a uma cor e tempo alvo, assim descritos:

- Nível 1: reanimação – azul: imediato.
- Nível 2: emergente – vermelho: 15 minutos.
- Nível 3: urgente – amarelo: 30 minutos.
- Nível 4: menos urgente ou semi-urgente – verde: 60 minutos.
- Nível 5: não urgente – branco: 120 minutos.

O STM foi desenvolvido pelo *Manchester Triage Group* e será abordado de forma particular no ponto seguinte.

Os quatro sistemas de triagens referidos possuem algumas características em comum: têm por objetivo identificar rapidamente os utentes em situação de risco de morte e que precisam ser atendidos e tratados imediatamente, separando-os dos que podem esperar com segurança o atendimento médico; são sistemas de cinco categorias que vão do 1 - mais urgente ao 5 - menos urgente; a dor é um critério de avaliação importante; contemplam a reavaliação periódica dos utentes; contribuem na definição da complexidade do serviço e dos fluxos internos; permitem a determinação da área mais adequada para atendimento; a triagem é realizada pelo enfermeiro (Coutinho [et al], 2012).

2 - SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

Percebemos anteriormente que, tendo em conta o elevado número de utentes que recorrem diariamente aos SU e a vasta gama de problemas que apresentam, a procura de soluções que os beneficiem em situação de doença com risco ou iminência de falência orgânica e um atendimento nos SU mais eficiente e humanizado, surge a necessidade de se implementar um sistema de triagem de prioridades.

Por forma a dar resposta aos propósitos acima identificados foi criado o *Manchester Triage Group*, constituído por médicos e enfermeiros de várias origens, incluindo especialistas em emergência médica, maioritariamente oriundos da região de Manchester. Iniciaram os seus trabalhos em 1994 culminando com a publicação do livro “*Emergency Triage*” com a primeira edição em 1997, uma segunda edição em 2006 e a mais recente em 2014 (Mackway-Jones [et al], 2014).

Esta publicação serve de base teórica e contém orientações práticas para a implementação do STM (Neves, in Rego e Nunes, 2010).

Em Portugal, o Hospital Fernando Fonseca (Amadora Sintra) e o Hospital Santo António (Porto) foram os primeiros a implementar o STM tendo o seu início em 15 de outubro de 2000.

Posteriormente, devido ao interesse demonstrado por vários outros hospitais na implementação deste sistema, foi criado o GPT, “...formalmente reconhecido pelo *Manchester Triage Group* e pela *British Medical Journal* como a entidade representante da Triagem de Manchester em Portugal” (Silva, 2009, p.49). No seguimento deste interesse, firmou-se um protocolo entre o GPT e o MS que reconhece o conceito da triagem, a metodologia de Manchester e os termos do Protocolo GPT/Hospital a serem assumidos pelos Hospitais aderentes.

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

Atualmente, o STM encontra-se implementado em todos os SU do país. Como salienta (Silva, 2009, p.35), através da utilização do STM é possível “(...) a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso

a caso, quer em situações de funcionamento normal do SU, quer em situações de catástrofe.”

A metodologia do STM consiste em identificar a queixa inicial que o utente refere ou apresenta e seguir o respetivo fluxograma de decisão. O STM contém cinquenta e dois fluxogramas para os distintos problemas apresentados: sete são específicos para crianças e dois para catástrofes. Partindo da queixa principal do utente, segue-se a seleção do fluxograma que melhor se adequa à queixa identificada. O fluxograma é estruturado por um conjunto de questões a serem colocadas, chamadas de discriminadores que, como o nome indica, permitem a discriminação de utentes de forma a inclui-los numa das cinco prioridades clínicas. Existem discriminadores gerais e específicos. Os gerais aplicam-se a todos os utentes, independentemente da condição que apresentam e são: risco de vida; dor; hemorragia; grau de estado de consciência; temperatura e início ou agravamento das queixas. Os específicos aplicam-se aos casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e tendem a relacionar-se com características chave de condições particulares (GPT, 2010).

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

A dor constitui umas das queixas de apresentação mais frequentes. Fruto da natureza subjetiva da mesma, a sua avaliação constitui um desafio na abordagem realizada na triagem de prioridades pois a sua estratificação é fundamental para a atribuição de uma prioridade clínica, de acordo com a sua intensidade, localização, repercussão funcional nas atividades do utente e a irradiação da mesma. A TM contempla exceções, nomeadamente a dor precordial que, independentemente da sua intensidade, é sempre classificada de Laranja (muito urgente) e a dor pleurítica que é sempre sinónima (no mínimo) de classificação Amarela (urgente) (GPT 2010).

Segundo a mesma fonte, a utilização do STM permite classificar o utente numa de seis categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo para a observação inicial:

Tabela 1 - *Categorias de prioridades do STM*

Urgência	Cor	Tempo alvo
Emergente	Vermelho	0 minutos
Muito urgente	Laranja	10 minutos
Urgente	Amarelo	60 minutos
Pouco urgente	Verde	120 minutos
Não urgente	Azul	240 minutos
Não Classificável	Branco	Não definido

Adaptado de GPT (2010, p. 38)

O sucesso da aplicação deste método não deriva tanto da diferenciação/experiência do enfermeiro que executa a triagem, mas mais da aplicação do algoritmo de forma disciplinada, segundo as indicações recomendadas pelo *Manchester Triage Group* (Silva, 2009).

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

Como refere o GPT (2010), a triagem é um processo dinâmico devendo ser executada periodicamente em todos os utentes enquanto esperam observação clínica ou tratamento. Para estes utentes, o STM contempla a possibilidade de retriagem, quando se verifica um agravamento ou melhoria do seu estado clínico, durante o tempo de espera para observação médica.

Em Portugal, foi autorizada pelo *Advanced Life Support Group* (ALSP) a inclusão da cor branca no sistema. Esta pretende identificar os utentes que recorrem ao SU, por várias razões, mas que não podem entrar na hierarquização do atendimento de pessoas com problemas emergentes, muito urgentes ou urgentes. Por exemplo, os utentes que vêm acompanhados pelas forças de autoridade para colheita de sangue e doseamento de

alcoolemia e/ou tóxicos, ou utentes que são chamados para transplante em horas em que o hospital tem apenas o SU em funcionamento, ou utentes que o próprio médico sugeriu que se deslocasse ao SU para monitorizar a evolução de um tratamento, em vez de o direcionar para o seu médico assistente ou consulta hospitalar (Machado, 2008).

A TM, relativamente à população pediátrica, contempla fluxogramas específicos para a pediatria e, noutros fluxogramas genéricos, inclui discriminadores que valorizam a criança (Silva, 2009).

Segundo Silva (2009), a TM é uma metodologia de trabalho que veio revolucionar a forma de pensar o SU. Criaram-se novos postos de trabalho, alteraram-se conteúdos funcionais incorporando enfermeiros para novos desempenhos, fomentou-se a criação de circuitos organizados de encaminhamento de utentes melhorando a gestão dos SU e instituiu-se uma cultura de qualidade e auditoria ao desempenho profissional.

2.1 - AUDITORIA DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

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

Nos termos do protocolo acordado, os Conselhos de Administração (CA) dos hospitais, ao aderirem a este sistema, assumem a garantia das condições necessárias à sua implementação e à aplicação dos resultados para uma melhor gestão dos SU.

O GPT forma auditores internos que são profissionais de saúde do próprio hospital e que são credenciados como formadores e reconhecidos como auditores (GPT, 2012). Os mesmos autores referem que auditoria interna do STM se define pela análise metódica e independente por auditores internos, na respetiva instituição, com o objetivo de examinar se as atividades e resultados relativos ao Protocolo de Manchester cumprem os requisitos antecipadamente assumidos e se estes estão efetivamente implementados. Definem também o perfil do auditor interno:

- Ter conhecimentos sobre o STM, tendo tido aproveitamento no curso de triagem no SU;

- Possuir formação específica em auditoria, tendo frequentado com aproveitamento o Curso de Formação de Formadores e Auditores do STM;
- Possuir competências de comunicação e de relacionamento;
- Possuir habilidade de análise, síntese e tomada de decisão;
- Ser reconhecido como profissional competente e idóneo.

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

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

Segundo o Protocolo da Triagem de Manchester, o cumprimento da triagem de prioridades com uma meta de aferição de 80% é considerado bom, a aferição superior a 90% é considerada como muito boa e superior a 95% excelente (GPT, 2012).

A realização de auditoria ao STM é feita por dois auditores que apreciam cada caso, sendo um deles médico, seguindo uma metodologia determinada pelo GPT, que inclui:

- Auditoria individual por episódio de urgência com seleção aleatória de pelo menos cinco processos de triagem por cada triador. Os parâmetros avaliados são: documentação legível e registo apropriado; seleção do fluxograma; seleção do discriminador; atribuição da prioridade; utilização da escala da dor (se aplicável); retriagem (se aplicável).
- Auditoria individual retrospectiva que resume o cumprimento individual do triador, de acordo com os processos auditados. Este relatório individual, deve incluir os pontos fracos e fortes do desempenho do triador no sentido de identificar as áreas onde é essencial proceder a nova formação do profissional em questão.
- Auditoria global que expõe os resultados do desempenho global do SU, de acordo com o total dos processos auditados.

A auditoria externa do STM, segundo o GPT (2012), define-se como sendo a análise periódica e independente realizada por auditores externos, com objetivo de averiguar se

as atividades e resultados relacionados com o Protocolo de Manchester cumprem os requisitos antecipadamente celebrados e se estes estão realmente implementados.

Os mesmos autores referem que os objetivos da auditoria externa são: garantir a fiabilidade, a reprodutividade e comparabilidade dos resultados do STM; dar credibilidade aos indicadores produzidos pelo sistema e cumprir o protocolo firmado entre o GPT e os hospitais aderentes.

Para a consolidação do STM e melhoria nos diferentes SU, é essencial a realização de auditorias regulares e rigorosas, com o objetivo de conseguir uma avaliação individual dos elementos envolvidos na triagem de prioridades bem como uma auditoria global do SU nesta área. A função da auditoria não é apenas a identificação de falhas e problemas, mas também, e principalmente, a de promover o surgimento de sugestões e soluções, assumindo, por isso, um caráter formativo e dinâmico (GPT, 2002).

Apesar da sistematização e do controlo que o STM proporciona, através das auditorias, existem condicionantes que o podem influenciar e que se abordam em seguida.

2.2 - FATORES QUE INFLUENCIAM O PROCESSO DE TRIAGEM DE MANCHESTER

Os SU são considerados a face da instituição. E é através do papel desempenhado pelos profissionais que aí trabalham, associado à própria organização estrutural e dinâmica do serviço, que os utentes que por lá passam formam a sua opinião acerca do serviço e consequentemente da própria instituição (Freitas, 2014).

Segundo a mesma autora, sendo o enfermeiro triador o profissional que estabelece o primeiro contacto com o utente, é importante que este seja detentor de uma série de competências de forma a desempenhar o seu papel da melhor forma possível. Contudo, existem diversos fatores, muitas vezes externos ao enfermeiro, que dificultam o seu desempenho.

No processo de tomada de decisão, o enfermeiro, enquanto triador, mobiliza processos de raciocínio, estratégias e métodos na operacionalização dos seus conhecimentos para tomar a melhor decisão (Neves, 2005). Jesus (2004) refere que a tomada de decisão pode ser influenciada por fatores contextuais e individuais, pois a maioria das decisões são tomadas em contextos complexos, pouco facilitadores e com informação escassa e subtil, apesar de serem decisões que exigem conhecimento e habilidades. Os fatores contextuais

podem estar ligados à natureza e ao contexto da atividade e nos fatores individuais incluem-se o conhecimento e a experiência da pessoa.

A existência de utentes em número maior à real capacidade do serviço é uma dificuldade apontada. A sobrelotação de utentes “(...) interfere de forma considerável na qualidade do cuidado que é prestado aos utentes” (Madeira [et al], 2010, p.551).

Silva [et al] (2013) referem que a sobrelotação dos SU acontece na maioria das vezes por situações consideradas não urgentes. A falta de conhecimento dos utentes em relação à finalidade dos SU, assim como os longos prazos de espera para consulta ou exames nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), são as principais razões apontadas para a constante procura dos SU.

Na realidade, os SU deveriam ser específicos para tratarem utentes em situação crítica, com risco de falência ou disfunção multiorgânica. Por isso, o tempo é um fator importante na resolução do problema. Em contraponto, “(...) o que vivenciamos rotineiramente é uma procura ansiosa de pacientes a esses serviços, com as mais variadas queixas e sintomatologias, na sua grande maioria, não graves” (Silva [et al], 2013, p.11).

Shiroma e Pires (2011) referem que grande parte dos atendimentos efetuados no SU está relacionada com doenças crónicas ou problemas simples que poderiam ser resolvidos a outros níveis, levando à sobrelotação dos SU e dificultando o atendimento desses utentes.

O elevado número de utentes que diariamente se encontram nos corredores dos SU é também um fator importante a ter em consideração quando se falam das dificuldades dos enfermeiros que fazem triagem. Esta situação, associada ao tempo de espera para serem atendidos, implicam grande pressão para novos atendimentos, além de acarretar maior tensão na equipa assistencial. Esses fatores demonstram baixo desempenho dos serviços de saúde e a falta de políticas que melhorem essa situação (Bittencourt e Hortale, 2009).

O número excessivo de utentes a aguardar pela triagem coloca também pressão sobre o enfermeiro que a realiza. Neste caso, existem horas do dia em que o número de utentes é maior, tornando-se um fator condicionante. Moreira (2010, p. 24) refere que “(...) a sobrecarga de trabalho nestes locais é variável consoante a hora e dependente do número e da condição de utentes que recorrem aos serviços.”

Muitas vezes, os enfermeiros triadores vêm o seu desempenho ser questionado pelo médico, provocando um ambiente tenso que pode gerar alguma insegurança da parte dos enfermeiros. Um exemplo recorrente desta situação é a hipertermia nas crianças que,

segundo os pediatras, é excessivamente valorizada. Segundo o STM, as crianças nesta situação devem ser observadas o mais rapidamente possível, “não significa isso que o diagnóstico tenha de ser muito urgente, mas sim o controlo da hipertermia” (Silva, 2009, p.33).

Para Marculino (2015) é necessário que toda a equipe envolvida seja capacitada mutuamente e se comprometa a seguir o protocolo de forma correta, diminuindo assim, o tempo de espera para atendimento.

Freitas (2014) refere que o enfermeiro da triagem é muitas vezes interpelado pelos utentes para dar resposta a questões que não têm a ver diretamente com o seu trabalho, mas relativamente ao tempo de espera por atendimento médico que frequentemente é superior ao tempo recomendado pelos algoritmos. A autora refere que este facto pode ser causador de stress e sentimentos de insegurança e frustração na tomada de decisão do enfermeiro triador.

Batista e Bianchi (2006) referem que apesar de o enfermeiro ter sua formação académica voltada para a área assistencial, acaba por se envolver, na maior parte do tempo, no cumprimento de tarefas administrativas.

A dificuldade na identificação da queixa do utente é uma realidade constante. Marques e Lima (2007) citados por Madeira [et al] (2010) referem que os utentes recorrem ao SU com a finalidade de solucionar as suas necessidades, independentemente de serem urgentes ou não, muitas vezes com queixas inespecíficas. Percebemos que, caso o utente não apresente uma queixa, o enfermeiro terá dificuldade em selecionar o fluxograma adequado e assim atribuir a prioridade correta para aquela situação.

Com a realidade atual em que os tempos de atendimento após a triagem ultrapassam muitas vezes o tempo alvo definido pela prioridade atribuída, o enfermeiro é confrontado regularmente com a modificação do estado de saúde dos utentes durante a espera pelo atendimento médico. Este fator desencadeia no enfermeiro triador alguma insegurança na tomada de decisão. Desta forma, “(...) os profissionais indicam como desvantagem o stress enfrentado quando o estado de saúde do utente se modifica durante um longo período de espera” (Acosta [et al], 2012, p.188). Estes autores referem como causa de stress no desempenho das funções dos enfermeiros triadores a violência verbal e física por parte dos utentes e familiares a eles dirigida. Esta situação surge, na maioria das vezes, por não concordarem com prioridade atribuída.

Existem utentes que recorrem de forma frequente aos SU. Este contacto frequente com a triagem tem como consequência o acréscimo de conhecimentos da parte destes sobre a triagem. Desta forma, observa-se que alguns utentes utilizam esses conhecimentos a seu favor, no sentido de lhes ser atribuída uma prioridade mais elevada e consequentemente serem mais rapidamente observados pelo médico. Diogo (2007, p.16) menciona a possibilidade de os utentes identificarem “(...) sinais e/ou sintomas que lhes conferem uma prioridade/categoria de urgência mais elevada, referindo-os, mesmo que não os experimentem, e tendem a exagerar os sinais e/ou sintomas que experimentam.”

A TM, sendo uma ferramenta útil e necessária, corresponde a um sistema padronizado, muito focado na queixa de apresentação. Por esse motivo, percebe-se que não pretende atender aos aspetos subjetivos, afetivos, sociais e culturais dos utentes. Este fator é importante pois a aplicação do STM não permite liberdade para o juízo de valor “(...) muito menos na forma em que se encontra implementada em Portugal onde se impõe total controlo médico” (Silva, 2009, p.28).

Marculino (2015), refere a falta de qualificação de alguns profissionais como fator que interfere na realização da triagem. Segundo o mesmo autor, existe a necessidade da melhoria na capacitação dos enfermeiros por meio de um curso mais completo e dinâmico acerca do STM para que possam atuar na referida área de forma mais segura e efetiva.

A estrutura física do setor onde se realiza a triagem é também importante. Marculino (2015) refere a necessidade de uma estrutura física que ajude o profissional e facilite a realização do seu trabalho.

Toni e McCallum (2007) também consideram que, para o sistema de triagem ser eficiente, é necessário “(...) espaço adequado, material, sistema de comunicação, acesso à área de tratamento, um profissional experiente, apoiado por uma equipa multidisciplinar (...)”.

A satisfação com que o enfermeiro realiza o seu trabalho também influencia o processo de triagem. Moraes [et al] (2012, p.3) referem que “(...) a satisfação é responsável pelo crescimento e desenvolvimento pessoal e organizacional.” Para que o profissional se encontre satisfeito deve encontrar-se num estado emocional agradável e positivo, tendo em conta as suas crenças e valores.

Chaves [et al] (2011) identificam diversos fatores que contribuem para a satisfação dos enfermeiros como as condições das infraestruturas, os benefícios fornecidos pela empresa, a relação de produtividade e remuneração, a relação com a chefia, a capacidade técnica,

a relação interpessoal entre funcionários, as oportunidades de crescimento e segurança e a apreciação da realização pessoal.

Acosta [et al] (2012), num estudo sobre a opinião dos enfermeiros em relação às suas funções enquanto triadores, concluíram que 88% desses profissionais referem estar satisfeitos com seu trabalho na triagem.

Chung (2005), num estudo qualitativo sobre a experiência da tomada de decisão na triagem dos enfermeiros de emergência, em departamentos de trauma e emergência de Hong Kong, obteve três categorias de resultados: a experiência na tomada de decisão, o uso da informação no processo de tomada de decisão e fatores que influenciam o processo de tomada de decisão na triagem. De uma forma global os enfermeiros tinham uma experiência positiva da triagem, no entanto, em determinadas circunstâncias sentiam-se frustrados, reportando dificuldades e insegurança na tomada de decisão, nomeadamente quando os utentes apresentavam sintomas inespecíficos e quando os tempos de espera para observação médica eram prolongados devido ao aumento do risco da situação clínica se agravar. Manifestaram também receio de contribuir para um atraso no tratamento que, em última instância, pudesse levar à morte do utente resultante de uma categorização incorreta na triagem.

Também as interrupções, o limite de tempo para realização da triagem e a falta de treino formal, foram identificados no mesmo estudo como fatores que influenciam o processo de tomada de decisão na triagem. Realçaram ainda a importância do reforço positivo e apoio na melhoria da capacidade de tomada de decisões.

Andersson [et al] (2006), também num estudo qualitativo, procuraram descrever como é que os enfermeiros realizam a triagem e quais os fatores considerados durante o processo. Os resultados apontam para dois tipos de fatores, os internos e os externos. Os internos incluíam as habilidades dos enfermeiros e capacidades pessoais e os externos integravam o ambiente de trabalho. Nas habilidades dos enfermeiros, os autores incluíam a experiência, o conhecimento e a intuição e nas capacidades pessoais integraram a coragem, a confiança, a incerteza e a racionalidade. O ambiente de trabalho abrangia a carga de trabalho e os aspetos práticos.

Patel [et al] (2008) investigaram o processo da triagem, os fatores que influenciam a tomada de decisão na triagem e como é que as *guidelines* são usadas neste processo. A amostra foi constituída por enfermeiros do departamento de emergência pediátrica de um Hospital Universitário do Canadá e a colheita de dados foi realizada através da observação e da entrevista semiestruturada. Os resultados demonstraram que as decisões de triagem

são frequentemente baseadas na intuição, particularmente com o aumento da perícia do profissional. O estudo também revelou que as *guidelines* são usadas de forma diferente pelos enfermeiros no processo de triagem. Conforme os enfermeiros se tornam mais experientes, a informação constante das *guidelines* começa a ser utilizada na triagem de forma implícita.

2.3 - O ENFERMEIRO NA TRIAGEM DE MANCHESTER

Assumindo que os SU são unidades que recebem utentes com diversas situações clínicas, os profissionais que aí desempenham funções devem estar preparados para vivenciar tais situações e responder de forma adequada e em tempo útil às necessidades apresentadas pelo utente em cada momento.

É o enfermeiro triador que estabelece o primeiro contacto com os utentes, sendo responsável por decidir a natureza da prioridade em termos de emergência de cuidados que estes necessitam (Cone, 2000).

A tomada de decisão na triagem é uma competência inerente ao trabalho do enfermeiro. Este, através da avaliação inicial, deve ser capaz de antecipar e identificar potenciais problemas e priorizar os cuidados necessários com base numa adequada tomada de decisão (Smith e Cone, 2010).

A decisão do enfermeiro triador é então fundamental para que as situações emergentes sejam alvo de um atendimento imediato, potenciando a rapidez de intervenções necessárias e minimizando os riscos de saúde para os utentes críticos (Cone, 2000).

Os enfermeiros devem possuir competências próprias, tais como “(...) raciocínio rápido, destreza manual e resolutividade dos problemas que se apresentam, tendo em vista o grande número de procedimentos a serem desenvolvidos, o estado de saúde do utente e a limitação do fator tempo” (Silva [et al], 2013, p.12).

Silva (2009, p.13) refere que “(...) o processo de triagem requer capacidade de interpretação, discriminação e avaliação.” Sendo, para isso, necessário o raciocínio clínico, o reconhecimento de padrões, a formulação de hipóteses, a representação mental e a intuição.

Duro e Lima (2010) alegam que existem evidências que os enfermeiros reúnem os requisitos essenciais para realizarem a triagem dos utentes, através da clínica dirigida para

os sinais e sintomas e não para os diagnósticos, criando uma relação de empatia essencial na minimização de sentimentos como ansiedade, agressividade ou inquietação.

Embora a finalidade da formação inicial em TM seja habilitar todos os enfermeiros para realizar triagem, de facto, esta só por si não basta, pois, a experiência, conhecimento, intuição e tomada de decisão são qualidades importantes para a sua correta concretização (GPT, 2010).

Aliás, para o exercício da sua profissão de forma competente, o enfermeiro da triagem deverá aprofundar o seu corpo de conhecimentos e competências adquiridos com a formação e consolidados e desenvolvidos pela experiência, desta forma alterando e melhorando a sua capacidade de tomada de decisão no momento da triagem (Amaral, 2017)

Segundo o GPT (2010), a tomada de decisão em triagem consiste na: identificação do problema, determinação das alternativas e seleção da alternativa mais adequada.

A triagem e o seu resultado têm efeitos diretos sobre o utente bem como na imagem que este constrói sobre os profissionais de saúde e a própria instituição. O enfermeiro deve ter “(...) senso crítico para tomar a decisão correta, uma vez que o custo de um erro pode ir desde uma pequena confusão administrativa até ao óbito do utente” (Silva [et al], 2013, p.12). É então necessário que o enfermeiro triador seja detentor de habilidades para “(...) identificar, interpretar e intervir perante alterações fisiológicas dos utentes” (Moreira, 2010, p.14).

Para a correta determinação da prioridade de atendimento, o enfermeiro deve ter em conta os fatores demográficos, os mecanismos de lesão apresentada, os parâmetros fisiológicos avaliados, os dados anatómicos e o juízo clínico procedendo também à observação do comportamento do utente, da expressão verbal e não-verbal de dor e aos sinais clínicos apresentados, fazendo o registo correto destes aspetos. Por isso, o sistema de triagem deve permitir “(...) rapidez na execução, facilidade na compreensão e implementação, ser reproduzível, ser dinâmica (...)” (Silva, 2009, p.14).

Silva (2009, p.14) identifica a possibilidade de existirem “(...) fenómenos de *undertriage* ou *overtriage*”. *Undertriage* refere-se ao utente que deveria beneficiar de um atendimento mais rápido, mas que não foi identificado como prioritário, e *overtriage* representa o utente em que a queixa poderá ser sobrevalorizada e dessa forma, serem prestados cuidados superiores aos realmente necessários. Esta questão torna importante que o enfermeiro triador seja ponderado e sensível na valorização dos diversos fatores associados à triagem.

Oliveira e Guimarães (2013) referem que o enfermeiro possui um conjunto de características que lhe permitem responsabilizar-se pela sua unidade de atuação, melhorar os processos de classificação de risco e encaminhar o utente para a área médica mais adequada conforme o seu quadro clínico.

Moreira (2010), refere que o processo de triagem será tanto mais eficiente quanto maior a experiência do enfermeiro triador. Aliás, “(...) enfermeiros experientes transmitem segurança (...) já que os profissionais menos experientes os procuram para auxílio e suporte quando têm dúvidas” (Acosta [et al], 2012, p.187).

De acordo com FitzGerald [et al] (2010), a maioria dos sistemas de triagem conta com enfermeiros experientes para realizar a triagem. Existe evidência, de acordo com os mesmos autores, que a eficácia da triagem está associada à experiência em emergência do enfermeiro triador. Neste alinhamento, Silva [et al] (2013, p.12) referem que “a intuição de um enfermeiro de triagem desenvolve-se com experiência, sensibilidade e o uso de observação”. Dado que estas características se desenvolvem ao longo dos anos, um enfermeiro triador deve ser dinâmico, possuir conhecimento técnico-científico e experiência em situações de emergência. “Quanto mais tempo e experiência se adquire, maior uso de faz da sensibilidade e intuição, estabelecendo-se de forma mais eficaz as pontes com o referencial teórico que sustenta o fazer” (Silva [et al], 2013, p.12).

Acosta [et al] (2012, p. 187) referem que a intuição pode ser usada em algumas situações, quando não existem sinais facilmente identificados, como forma de se definir a prioridade de atendimento, já que “(...) a avaliação intuitiva é uma impressão imediata subjetiva, que é centrada em manifestações que indicam um elevado nível de stress.” Segundo os mesmos autores, o enfermeiro triador recorre, para além da intuição, à confiança e à coragem “(...) principalmente quando se trata da tomada de decisão do enfermeiro para a priorização do atendimento” (Acosta [et al], 2012, p.188).

A capacidade de escuta é fundamental no processo de triagem pois é nesse momento que utente vai expor as suas queixas. É importante que o enfermeiro entenda o acolhimento “(...) como um compromisso com o outro, compartilhando as suas angústias e necessidades, não pode ser entendido somente como uma forma de triagem e encaminhamento do utente” (Silva [et al], 2013, p.8).

É também fundamental que o enfermeiro detenha técnicas de comunicação no relacionamento com o utente e família, uma vez que é necessário que a entrevista seja objetiva e clarifique rapidamente a situação de saúde do utente que recorre ao SU e defina a sua prioridade clínica. Para isso, é necessário que o enfermeiro tenha “(...) habilidades

de comunicação para ajudar essas pessoas num momento tão vulnerável” (Acosta [et al], 2012, p.188).

Considerando também os aspetos éticos da profissão, ao enfermeiro compete responder apropriadamente às questões, solicitações e problemas do utente e demonstrar comportamentos adequados no que diz respeito à ética e à deontologia da profissão.

Assim, deve estabelecer uma relação empática, tentando entender as necessidades apresentadas pelos utentes e procurando responder às mesmas da forma mais correta possível. Esta relação empática entre o enfermeiro e o utente permite “(...) minimizar muitas vezes os sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência que possam surgir no decorrer do atendimento no serviço” (Acosta [et al], 2012, p.188).

A triagem é considerada pelo *College of Emergency Nursing Australasia* (CENA) (2009) uma atividade autónoma do enfermeiro, essencial à segurança e prestação de cuidados emergentes. A mesma entidade acrescenta que o enfermeiro deverá demonstrar capacidade de pensamento crítico em ambientes em que a informação é limitada, incompleta e ambígua, o que requer um processo cognitivo complexo na tomada de decisões clínicas.

Para o CENA (2009), a capacidade do enfermeiro para triar de forma eficaz depende de amplos conhecimentos e experiência e de decisões baseadas na evidência, pelo que deve ser realizada por profissionais experientes e treinados. É neste sentido que Cone e Murray (2002) referem que os enfermeiros triadores devem ter a capacidade de tomar decisões corretas num curto espaço de tempo e, muitas vezes, num ambiente psicologicamente agitado.

A *Emergency Nurses Association* (ENA) (2011) salienta que a formação básica em Enfermagem não prepara adequadamente os enfermeiros para a complexidade do papel de triador. Acrescenta ainda que o tempo e a experiência em emergência, por si só, também não garantem que o enfermeiro esteja preparado para fazer triagem. O desempenho do papel de triador com precisão e competência exige formação específica em triagem e a demonstração de qualidades necessárias a uma triagem eficaz. Por esse motivo, esta associação reforça a necessidade de formação adicional que melhore os conhecimentos, as habilidades e atitudes do enfermeiro triador onde se incluem cursos de reanimação cardiopulmonar e suporte avançado de vida, de emergência pediátrico, de trauma e formação em emergência geriátrica.

Relativamente às habilidades e conhecimentos que o enfermeiro triador deve deter, a ENA (2011) considera que este profissional deve possuir uma base de conhecimento diversificada, fortes habilidades interpessoais, de pensamento crítico, comunicação, tomada de decisão rápida e capacidade de conduzir uma breve entrevista focalizada, de avaliação física, de se manter focado na realização de multitarefas, realizar educação para a saúde durante o processo de triagem, trabalhar sobre períodos de stress intenso em colaboração com os elementos da equipa multidisciplinar, ser capaz de delegar responsabilidades de forma adequada, comunicar com o utente e família e compreender as suas expectativas e preocupações culturais e religiosas. Este organismo refere ainda que cabe aos responsáveis dos SU proporcionar formação apropriada e garantir que o enfermeiro revela qualidades adicionais para ser um triador competente.

Mukhamad [et al] (2013), num estudo que procurou analisar o nível de habilidades de triagem apreendidas pelos enfermeiros da área da emergência e a relação entre o conhecimento, a formação e a experiência profissional, numa amostra constituída por 266 enfermeiros de hospitais públicos na Indonésia, revelaram correlações significativamente positivas entre a habilidade de triar e a experiência profissional. Sugerem ser necessários aos enfermeiros da área da emergência, cursos de educação e formação contínua relacionados com a triagem e a gestão de situações de emergência com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados emergentes e a segurança dos utentes neste contexto.

Cone e Murray (2002), através de uma amostra constituída por dez enfermeiros peritos, procuraram descrever as características, a tomada de decisão e a preparação dos enfermeiros triadores do departamento de emergência. Segundo os autores, as características consideradas pelos enfermeiros peritos como importantes no perfil dos enfermeiros triadores foram: a intuição, a capacidade de avaliação, a comunicação e o pensamento crítico. Identificaram também como necessário, um mínimo de um ano de exercício profissional e a realização de formação formal. Também foi verbalizada a necessidade de experiência na área da emergência para novos triadores, assim como o reforço positivo por parte dos gestores, relativamente às decisões tomadas na triagem.

Não sendo condição obrigatória para a execução da triagem, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assume-se, pelas suas competências, como um elemento fundamental na implementação e execução de processos de mudança que contribuam para uma prática assente nos mais elevados padrões de excelência do cuidar.

Neste sentido o enfermeiro especialista poderá ser uma mais valia no processo de tomada de decisão na triagem gerindo a informação que o utente, família, ou técnicos de saúde

fornece, identificando o problema que motivou a ida ao SU, os seus antecedentes de saúde e sintomatologia que apresenta no momento, realizando simultaneamente observação clínica e relacionando a atual situação com os antecedentes pessoais (Ganley e Gloster, 2011).

Tal como referido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista publicado em Diário da República (2019), o enfermeiro especialista, ao possuir um conhecimento específico de enfermagem com elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão, é um profissional de destaque para o desenvolvimento de programas de avaliação de indicadores de qualidade e de melhoria contínua, podendo por isso constituir-se uma mais valia nos processos de auditoria.

CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO

A investigação científica é um processo sistemático que permite angariar novos conhecimentos, congregando em si a recolha de dados observáveis e verificáveis retirados do mundo empírico, com o propósito de descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos (Fortin [et al], 2009).

Segundo Fortin (1999, p.131), a “fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação.”

O investigador deve, nesta etapa, definir “(...) os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 1999, p.40).

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

Esta opção metodológica inclui um conjunto de decisões que orientam o investigador na planificação e realização do seu estudo, para alcançar os objetivos.

Assim, neste capítulo serão apresentados o caminho percorrido e as decisões tomadas, com o intuito de descrever as linhas orientadoras do estudo, no que respeita ao tipo de estudo, ao contexto onde foi realizado, à população alvo, aos instrumentos de recolha de dados e ao tratamento desses mesmos dados.

1 – JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS DO ESTUDO

O processo de triagem apresenta atualmente uma enorme relevância na deteção precoce de sinais de gravidade e na priorização da necessidade de avaliação dos utentes. Sendo, na realidade portuguesa, realizada pelos enfermeiros entende-se a importância deste profissional pois toda a experiência do utente no serviço de saúde vai ser determinada pelas decisões aí tomadas.

Sendo enfermeiro num SU onde o STM é utilizado e também formador/auditor do próprio sistema, surgiu a necessidade de perceber melhor os aspetos que podem influenciar a realização da TM.

Após a opção temática, que é a primeira etapa do processo de investigação, formulou-se a seguinte questão de investigação e que serviu de fio condutor:

- Qual a perceção dos enfermeiros sobre os contributos da Triagem de Manchester e os fatores que influenciam a sua realização?

Segundo Fortin [et al] (2009) é um enunciado claro, inequívoco que identifica os conceitos a estudar, particulariza a população em análise e sugere uma investigação empírica.

Para responder à questão de partida, foi estabelecido como objetivo geral, conhecer a perceção dos enfermeiros sobre os contributos da Triagem de Manchester e os fatores que influenciam a sua realização. O objetivo é um enunciado que explana as variáveis, a população alvo e que encerra um verbo de ação dando um rumo à investigação, estabelecendo a forma do desenho de investigação (Fortin [et al], 2009).

Foram constituídos também objetivos específicos que procuram facilitar a resposta à questão de investigação e também a orientação do estudo. Estes são:

- Descrever a perceção dos enfermeiros sobre o contributo do Sistema de Triagem de Manchester como protocolo de triagem de prioridades;
- Identificar fatores facilitadores que influenciam a realização da Triagem de Manchester;
- Identificar fatores dificultadores que influenciam a realização da Triagem de Manchester;
- Identificar sugestões de melhoria na realização do processo de Triagem de Manchester.

É finalidade deste estudo que possa tornar-se um incentivo à reflexão, um contributo para a melhoria da qualidade da TM, e conseqüentemente dos cuidados de enfermagem prestados ao utente urgente/emergente.

2 – TIPO DE ESTUDO

O STM é o início do trajeto dos utentes nas unidades de saúde e visa a sua diferenciação clínica. No entanto, em conformidade com a literatura, o desempenho dos enfermeiros na triagem pode depender de diversos fatores, nomeadamente, as características dos utentes, a experiência dos profissionais envolvidos, a relação entre a afluência ao SU e respetiva capacidade de resposta, entre outros.

Mediante o exposto e tendo em conta os objetivos delineados, este estudo assentou numa abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva.

Na investigação qualitativa, o investigador está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los. Este tipo de abordagem tem por finalidade descrever ou interpretar, mais do que avaliar (Fortin, 1999).

O objeto de estudo numa investigação qualitativa são as intenções e situações, ou seja, desvendar significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir da interpretação dos participantes (Fortin [et al], 2009).

Os estudos exploratórios têm por objetivo “(...) examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas ou não foi abordado antes” e “servem para nos familiarizarmos com fenómenos relativamente desconhecidos (...)” (Sampieri [et al], 2010, p. 79).

Fortin [et al] (2009) referem que um desenho descritivo ajuda a reconhecer as características de um fenómeno de forma a obter uma visão global de uma situação ou de uma população. Os mesmos autores referem que o estudo descritivo permite que o investigador estude uma situação tal como ela se apresenta no meio natural, com a intenção de perceber fenómenos ainda mal explanados ou conceitos pouco estudados.

3 – CONTEXTO DO ESTUDO

Para este trabalho, o contexto de estudo selecionado foi o SU de dois hospitais que têm implementado o STM, da região norte de Portugal. Um com Serviço de Urgência Básico com atividade cirúrgica e outro com Serviço de Urgência Polivalente e Centro de Trauma.

A preferência por este território de pesquisa deveu-se ao fato de querer conhecer melhor o fenómeno em estudo nesta população específica e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados através da análise do fenómeno em meio natural e na perspetiva dos seus intervenientes, que são os enfermeiros.

De acordo com o relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (DGS, 2012, p. 28), um Serviço de Urgência Básico com atividade cirúrgica entende-se como

“(…) primeiro nível de acolhimento a situações de urgência. Constitui um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência, constituindo-se ainda como um nível de estabilização inicial de situações urgentes/emergentes de maior complexidade, quando as mesmas não possam ser diretamente encaminhadas para um nível de cuidados mais diferenciado.”

Segundo o mesmo relatório, um Serviço de Urgência Polivalente e Centro de Trauma é o nível mais diferenciado de resposta à situação de Urgência/Emergência. O que os diferencia é a sua resposta específica nas valências e nas respostas de Neurocirurgia, Imagiologia, com Angiografia Digital e RMN, Patologia Clínica com Toxicologia, Cirurgia Vasculuar, Pneumologia, Via Verde da Sépsis, Via Verde do AVC, Via Verde do Trauma e Via Verde Coronária (com cardiologia de intervenção). Enquanto Centro de Trauma cabe-lhe também a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do utente politraumatizado grave.

Ambos os SU são dotados com uma equipa de enfermeiros que efetuou formação em TM que os habilitou para a sua realização, assim como uma equipa de enfermeiros auditores, que também realizaram formação específica para tal.

4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

É fundamental, para qualquer investigação, a definição da população que se pretende estudar face a determinada problemática. Segundo Fortin (1999, p.202) uma população é “(...) uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”, sendo que, uma população específica que é sujeita a um estudo é chamada população alvo.

Assim, “a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 1999, p.202).

A população alvo deste estudo foi constituída por todos os enfermeiros que integram as equipas de urgência de dois hospitais da região norte de Portugal e que realizam TM.

A amostra representa uma “(...) réplica em miniatura da população alvo” (Fortin, 1999, p.202). Uma amostra corresponde a um grupo de sujeitos que pertencem à população alvo. Para a seleção dos participantes, recorreu-se a uma amostragem não probabilística acidental. A amostra acidental é formada por indivíduos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local específico e no momento preciso.

A amostra foi constituída por dez enfermeiros do SU dos hospitais referidos que responderam aos seguintes critérios de inclusão: estar habilitado para a realização da TM através do curso realizado pelo GPT; realizar TM; ter experiência profissional no SU superior a dois anos e aceitar participar no estudo.

A caracterização dos participantes relativamente à idade, género, formação académica, tempo de serviço e tempo de serviço no SU, encontra-se expressa nas tabelas seguintes.

Tabela 2 - Idade

Idade (anos)		
<30	31-40	41-50
1	4	5

Como podemos observar, a maioria dos entrevistados situa-se entre os 41 e os 50 anos, com cinco dos entrevistados nesse intervalo. Um dos entrevistados apresenta menos de 30 anos e os restantes quatro entre os 31 e os 40 anos de idade.

Tabela 3 - Género

Género	
Masculino	Feminino
7	3

Relativamente ao género, a maioria dos enfermeiros são do género masculino.

Tabela 4 - Formação académica

Formação académica			
Licenciatura	Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica	Pós-Graduação em Supervisão Clínica	Pós-Graduação em Sociologia da Saúde
10	4	1	1

Todos os participantes no estudo possuem o grau académico de Licenciatura em Enfermagem. Relativamente à formação pós-graduada, quatro enfermeiros possuem Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e dois possuem uma pós-graduação (um em Supervisão Clínica e Gestão de Unidades de Saúde e outro em Sociologia da Saúde).

Tabela 5 - Experiência profissional

Experiência profissional (anos)		
2-10	11-20	> 20
3	3	4

Relativamente à experiência profissional, três possuem menos de 10 anos de experiência profissional, três possuem entre 11 e 20 anos de experiência profissional e os restantes quatro possuem mais de 20 anos de experiência profissional.

Tabela 6 - *Experiência no Serviço de Urgência*

Experiência no Serviço de Urgência (anos)		
2-10	11-20	21-30
3	5	2

Pelas características do estudo, tornou-se também importante saber qual o número de anos de experiência profissional no SU. Dos dez elementos, três possuem menos de 10 anos de experiência, cinco possuem entre 11 e 20 anos de experiência e dois trabalham há mais de 20 anos no SU.

5 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para a elaboração de um trabalho de investigação é necessário recorrer a métodos que permitam a recolha de informação para posterior registo e análise de dados.

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

O método de colheita de dados mais apropriado deve ser escolhido tendo em conta a questão de investigação, os objetivos e tipo de estudo. Assim, “cabe ao investigador determinar o instrumento de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 1999, p.240).

Tendo em conta a natureza do estudo, entendemos que a metodologia de recolha de dados mais adequada seria a entrevista semiestruturada. A entrevista é uma forma de comunicação verbal entre o entrevistador e o entrevistado, com o objetivo de recolher dados relativos às questões de investigação formuladas e representa um dos instrumentos essenciais na recolha de dados em abordagens qualitativas e exploratórias (Fortin, 1999).

Segundo Beaman, citado por Fortin (1999), a entrevista semiestruturada utiliza-se quando o entrevistador pretende obter mais informação que a obtida com as questões pré-determinadas.

A opção por este instrumento foi também tomada pela possibilidade de interação entrevistador/entrevistado, pois desta forma permitimos o surgimento de novas questões e novos dados não considerados previamente, assim como não limitamos as respostas permitindo um clima de liberdade e à vontade. Para Fortin (1999), este tipo de entrevista permite ao entrevistador clarificar as perguntas não compreendidas e dá a possibilidade de incluir dados adicionais no decurso da entrevista.

Assim, foi elaborado um guião de entrevista para possibilitar a condução da mesma, abordando todos os temas previstos de forma a que, após a sua realização, fosse possível obter as respostas necessárias para atingir os objetivos traçados.

Este guião foi submetido a um pré-teste a dois enfermeiros que não participaram no estudo e permitiu avaliar a sua adequabilidade e pertinência face aos objetivos traçados e também

treinar a condução da entrevista pelo investigador. Finalizado este pré-teste, considerou-se não ser necessária qualquer alteração ao mesmo, tendo sido mantida a versão original.

A colheita de dados foi realizada, após autorização das Comissões de Ética e das Comissões de Proteção de Dados de ambos os hospitais (Anexo A), entre os meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020 e registada em suporte áudio.

Previamente à colheita de dados, foi efetuado contacto com o(a) enfermeiro(a) chefe de cada serviço com o intuito de comunicar os objetivos do estudo e solicitar um local adequado para a colheita dos dados, de acordo com a questão da privacidade necessária à condução da entrevista. Foi manifestada também a intenção de disponibilizar os resultados do estudo à Instituição.

De seguida foram contactados os enfermeiros que reuniam as condições de inclusão no sentido de questionar a sua disponibilidade para participar no estudo e, em caso afirmativo, foi agendada a realização da entrevista conforme a disponibilidade de cada participante, numa sala da instituição disponibilizada para o efeito e que garantiu o clima de privacidade e de confiança necessários para o momento.

.

6 – PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Concluída a recolha de dados, estes foram transcritos integralmente respeitando todas as palavras bem como o seu sentido. Esta transcrição integral foi assumida como o corpo fundamental para a pesquisa a realizar.

A análise da informação recolhida foi efetuada de acordo com a metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2011) que a considera um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Segundo a autora, o investigador “tira partido do tratamento das mensagens com o objetivo de inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio” (Bardin, 2011, p. 44).

Segundo Fortin [et al] (2009), a análise de conteúdo consiste na medição da frequência, da ordem ou intensidade de certas palavras, frases ou expressões ou mesmo de certos acontecimentos, sendo os mesmos ordenados por categorias e as características do conteúdo a avaliar são pré-definidas pelo investigador.

Esta metodologia de análise define quatro etapas, utilizadas de forma sequencial, e que se tornaram orientadoras do processo de análise dos dados obtidos: organização da análise, exploração do material ou codificação, categorização e inferência (Bardin, 2011).

Abordando brevemente cada uma das fases, a fase de organização da análise subdivide-se em torno de três eixos: inicia-se com a pré-análise que corresponde à organização propriamente dita, seguindo-se a exploração do material com aplicação sistemática de operações de codificação, decomposição ou enumeração e por fim ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos.

Na fase da exploração do material ou codificação, os dados em bruto são transformados e agregados em unidades e categorias, permitindo uma representação do conteúdo ou da expressão do mesmo, possibilitando uma descrição exata das características pertinentes desse conteúdo.

A categorização, considerada a fase mais problemática, mas também a mais criativa, corresponde a uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (Bardin, 2011, p. 145).

Por último, a inferência que corresponde à dedução, de uma forma lógica, de conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio. Através desta inferência pretende-se, de uma forma explícita e controlada, passar da fase da descrição (características do texto resumidas após tratamento) à interpretação (significado atribuído a estas características).

Orientados por esta linha de pensamento e percorridos todos estes passos, passámos então a tratar o material recolhido, codificando-o, pois, “tratar o material é codificá-lo (...) e desse modo permitir ao analista uma representação do seu conteúdo, ou da sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto” (Bardin, 2011 p. 103). Para este processo tomamos por base os objetivos definidos para este estudo e que serviram de orientação na exploração do material recolhido.

Bardin (2011) enuncia seis princípios de qualidade para o correto agrupamento de dados semelhantes em áreas temáticas, categorias e subcategorias, os quais foram respeitados na elaboração das mesmas: exclusão mútua segundo a qual cada elemento não pode constar em mais de uma categoria; homogeneidade que implica sempre o uso do mesmo critério de classificação; pertinência que implica que a categoria deverá estar adaptada ao material e objetivos da investigação; objetividade e fidelidade que implica que as categorias devem traduzir o verdadeiro sentido dos dados e serem definidas da mesma forma por analistas diferentes; produtividade que permite a possibilidade de resultados férteis em dados concretos, conclusões novas e em índices de inferências.

O conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias definidos para este estudo bem como as respetivas unidades de significação, encontram-se expressas no capítulo seguinte deste estudo que corresponde à análise e discussão dos resultados obtidos.

7 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Toda e qualquer investigação relacionada com seres humanos deve ter em consideração aspetos éticos e morais, para que não seja causadora de danos aos direitos e liberdades das pessoas envolvidas na investigação pois, como referem Fortin [et al] (2009), as considerações éticas entram em jogo desde o princípio da investigação.

Neste sentido, impôs-se a definição de um limite que tem a ver com o respeito pela pessoa e com a proteção dos seus direitos de liberdade e dignidade enquanto ser humano.

Ainda segundo Fortin [et al] (2009), deverão ser cumpridas diligências preambulares, como sendo a obtenção de autorização para a realização do estudo nos hospitais pretendidos e o parecer das comissões de ética.

Para a realização do presente estudo foi solicitada autorização aos Presidentes dos Conselhos de Administração dos hospitais e obtido o parecer favorável das Comissões de Ética e das Equipas de Proteção de Dados (Anexo A).

Outro aspeto tido em conta neste tipo de estudo foi o consentimento informado dos enfermeiros inquiridos. Com este intuito, estes foram informados da finalidade e dos objetivos do estudo e para que fins a informação colhida seria usada. Foi utilizada uma “(...) linguagem compreensível, suficientes informações sobre o projeto de investigação e em que consiste a sua participação, de maneira a que possam decidir participar livremente e com pleno conhecimento de causa” (Fortin, 1999, p.120).

Os enfermeiros deram o seu consentimento livre e esclarecido através da assinatura de um formulário de consentimento sendo também informados da possibilidade de se retirarem do estudo sempre e quando o entendessem.

Procurou-se também salvaguardar o anonimato dos enfermeiros envolvidos e o carácter confidencial das informações colhidas junto dos participantes. As informações são confidenciais e não serão utilizadas por terceiros, sendo que o instrumento de colheita de dados não permite a fácil identificação dos participantes já que não compreende o preenchimento de dados pessoais como por exemplo o nome, morada ou instituição onde trabalha.

Comprometeu-se o investigador à divulgação, junto dos participantes, dos resultados obtidos no estudo, quando este fosse concluído.

A gravação de voz em suporte digital das entrevistas, apenas com o objetivo da posterior transcrição do conteúdo e após autorização de todos os participantes será permanentemente destruída após a conclusão do presente estudo. A sua leitura foi proporcionada aos entrevistados por forma a ser confirmada e validada a transcrição.

Por forma a manterem-se os princípios mencionados anteriormente, especialmente o da confidencialidade, as entrevistas foram encriptadas de E1 a E10.

Assim, a nossa postura na investigação pautou-se pelo respeito pela inclusão de informantes livres e esclarecidos, a proteção dos dados e a confidencialidade das informações pessoais prestadas, sendo respeitados todos os princípios éticos inerentes ao processo investigativo.

CAPÍTULO III – ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos proceder à apresentação, análise e discussão dos dados obtidos através das entrevistas realizadas aos enfermeiros.

Esta análise permitiu-nos extrair áreas temáticas. De modo a facilitar a estruturação e a leitura da matriz de análise, apresentamos na tabela síntese que se segue (Tabela 7), as três áreas temáticas identificadas bem como as respetivas categorias e subcategorias.

As grelhas com áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo encontram-se no Apêndice 4.

Tabela 7 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Contributos do Sistema de Triagem de Manchester	Estabelecimento de prioridades	
	Atendimento ao utente	
	Qualidade dos cuidados	
	Melhoria do funcionamento do serviço	
Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	Relacionados com os recursos	Recursos materiais
		Recursos humanos
	Relacionados com o enfermeiro	Experiência profissional
		Experiência no SU/utente crítico
		Formação contínua
		Caraterísticas pessoais
	Relacionados com a estrutura física	Privacidade
		Espaço físico
	Relacionados com o Sistema de Triagem de Manchester	Limitações do protocolo
		Limitações do curso de Triagem de Manchester
	Relacionados com o utente	Falta de informação sobre Sistema de Triagem de Manchester
		Pressão do utente/família

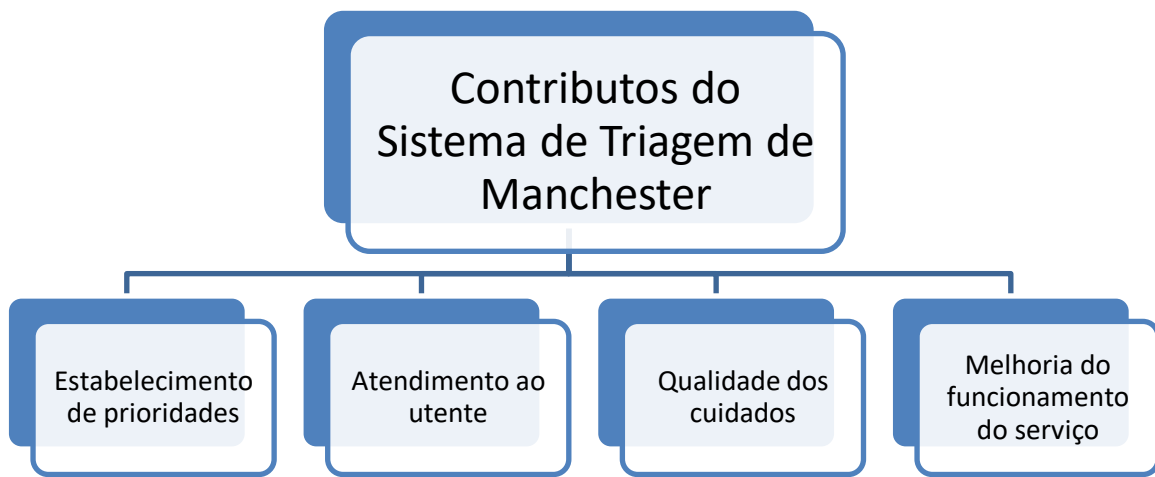
		Violência verbal/física
		Dificuldade na identificação da queixa
	Relacionados com o serviço	Número de utentes para triar
		Tempo de espera para triagem
		Tempo de espera para consulta
		Interrupções
		Pressões internas e externas
		Horas de trabalho na triagem
		Circuito dos utentes
		Tarefas administrativas/outras tarefas
		Sistema Informático
		Barulho
		Requisição de meios complementares de diagnóstico
Sugestões de melhoria na realização da Triagem de Manchester	Relacionadas com o serviço	Estrutura física
		Gestão de recursos humanos e materiais
		Gestão do serviço
	Relacionadas com o Sistema de Triagem de Manchester	Formação contínua
		Recertificação do curso
		Protocolo de Triagem de Manchester
	Relacionadas com o enfermeiro	

A apresentação, descrição, análise e discussão dos resultados foi realizada por áreas temáticas, categorias e subcategorias que se encontram expressas em figuras.

ÁREA TEMÁTICA 1 - CONTRIBUTOS DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

Dentro desta área temática foram definidas 4 categorias: estabelecimento de prioridades, atendimento ao utente, qualidade dos cuidados e melhoria do funcionamento do serviço.

Figura 1 - Contributos do Sistema de Triagem de Manchester



Estabelecimento de prioridades

O STM apresenta diversos contributos na sua implementação, tanto para os utentes como para os serviços. Um desses contributos do STM, identificado pela grande maioria entrevistados, foi o estabelecimento de prioridades.

Segundo Bittencourt e Hortale (2009), o atendimento de urgência apresenta uma proporção desigual entre a oferta de recursos e a procura dos serviços, perceptível pela constante sobrelotação dos serviços. Os mesmos autores mencionam que muitas vezes os atendimentos estavam a ser realizados por ordem de chegada e, em consequência disso, nem sempre os casos mais graves eram prioritários, o que poderia levar ao agravamento do estado de saúde desses utentes.

Os sistemas de triagem têm então o objetivo de organizar essa crescente procura de atendimentos nos SU, identificando os utentes que necessitam de atendimento imediato e reconhecendo aqueles que podem aguardar em segurança pela avaliação diagnóstica e terapêutica (Acosta [et al], 2012).

Efetivamente, sendo necessário gerir bem os recursos disponíveis e mobilizá-los para as situações que deles mais necessitam, não era mais possível atender os utentes por ordem de chegada.

Tal como nos referem alguns entrevistados:

“(...) o sistema de triagem no serviço de urgência foi essencial, (...) uma vez que até há cerca de algum tempo atrás eram o pessoal no fundo não clínico que estava à frente, na porta do hospital e que definia quem é que entrava ou quem seria primeiro atendido e isso veio-se a alterar com a introdução do sistema de prioridades.” E1:01.

“Permite, como todos sabemos, separar os casos urgentes daqueles que são menos urgentes (...)” E2:01.

“(...) acaba-se com a triagem sem critério, há uma priorização de doentes (...)” E3:01.

“(...) é uma ferramenta que (...) garante que tenhamos segurança na forma como vamos fazer priorizar ou não o atendimento dos doentes” E4:01.

“o sistema de triagem veio-nos facilitar (...), e de forma a atribuir uma prioridade adequada, (...)” E8:01.

“(...) é uma mais-valia quando a afluência é superior à capacidade de resposta e que o objetivo será priorizar o atendimento. Nós não conseguimos ver toda a gente em tempo útil, temos que priorizar (...)” E7:01.

“Acho que é fundamental, (...) no sentido que efetivamente nós damos a prioridade àqueles que mais necessitam e protegendo essas pessoas em detrimento daqueles que recorrem ao SU sem um grau de urgência assim que o justificasse (...)” E9:01.

Estes resultados vão de encontro ao que salienta Silva (2009, p.35), quando refere que através da utilização do STM é possível “(...) a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do SU, quer em situações de catástrofe.”

Albino [et al], (2007, p. 71), salientam que “o processo de triagem foi introduzido nos serviços de emergência para tentar minimizar o problema da superlotação, permitindo cuidados imediatos para os pacientes mais urgentes” e Coutinho [et al], (2012) referem o STM como método para que a decisão da prioridade deixe de ser aleatória, subjetiva ou

por ordem de chegada e passa a ser com base em critérios bem estabelecidos, indo de encontro ao que os entrevistados mencionaram.

Atendimento ao utente

Um dos contributos que os entrevistados identificaram foi o papel do STM no atendimento ao utente.

Em Portugal, como referido, o STM está implementado em todos os SU. Tal facto promove o atendimento mais adequado nos diversos hospitais, em função do critério clínico, uniforme e sistematizado, e permite uma caracterização mais correta do perfil do utente que recorre aos diversos SU (GPT, 2012).

Constitui-se então, como uma mais valia no atendimento ao utente pois apresenta nomenclatura e definições uniformes e nacionais, uma metodologia de trabalho objetiva, um programa de formação organizado, auditoria sistemática e um estímulo para a boa prática no SU (idem).

Como refere um entrevistado:

“Eu penso que veio melhorar o atendimento do doente.” E2:01.

Para esse fato contribui a uniformização do atendimento que o STM proporciona bem como a possibilidade de identificar, através de critérios objetivos, bem definidos e mensuráveis, os utentes que necessitam de cuidados em primeiro lugar, como se pode constatar pelos seguintes extratos:

“(...) através dos fluxogramas e dos discriminadores que cada um tem, permite identificar os critérios de gravidade de uma forma mais objetiva, de uma forma também muito mais organizada” E2:01.

“(...) quando estamos a atender alguém num determinado setor, sabemos que estamos a atender aquele doente porque a sua situação clínica, isto é, (...) estamos a atender primeiro aquele doente e não o outro que está ao lado porque a situação clínica daquele doente exige que ele seja atendido em primeiro lugar e não porque ele chegou primeiro do que o anterior” E4:01-02.

“(...) é um critério objetivo, mensurável de atendimento” E7:02.

“(...) saber que temos em determinado sítio doentes com uma prioridade mais ou menos elevada faz com que estejamos mais atentos a esses doentes (...)” E8:01.

Aliás, esta melhoria do atendimento acontece porque, como refere um dos entrevistados:

“(...) a TM protege efetivamente aqueles que mais necessitam, que nós conseguimos identificar no meio desses tantos que vêm cá sem essa necessidade. Portanto, sem dúvida que é fundamental.” E9:01.

Silva [et al] [2013] consideram que a triagem é uma ferramenta poderosa no atendimento dos utentes em todos os níveis de gravidade e uma atividade que pode mudar paradigmas e melhorar todo o atendimento de saúde.

No seu estudo, os mesmos autores constataram que o STM é extremamente útil, seguro, rápido e eficaz. Após a implementação do sistema, os entrevistados que participaram no estudo observaram mudanças positivas em relação à dinâmica do atendimento.

Marculino [et al] (2015) referem que o STM dá apoio aos enfermeiros para a tomada de decisão, possibilitando assim que o atendimento seja realizado com maior segurança, pois segue um fluxograma preestabelecido.

Qualidade dos cuidados

Outro aspeto referido pelos entrevistados foi o contributo do STM para a qualidade dos cuidados prestados.

Efetivamente, o STM para além da definição da prioridade clínica de cada utente, pode proporcionar algumas alterações no funcionamento dos SU que potencialmente contribuam para uma maior qualidade nos cuidados prestados.

Silva (2009) refere que a TM incorporou enfermeiros para novos desempenhos, fomentou a criação de circuitos organizados de encaminhamento de utentes, melhorando a gestão dos SU e instituiu também uma cultura de qualidade e auditoria ao desempenho.

Segundo Jiménez (2003), os SU têm na triagem um sistema que lhes permite aplicar o princípio bioético de justiça, tonando-se mesmo uma necessidade para um sistema de saúde de qualidade.

Nascimento [et al] (2011) mencionam que, quando algumas urgências optam pela questão burocrática na triagem, ou seja, por ordem de chegada, não realizando uma avaliação mais detalhada ou triagem dos utentes, esse facto pode ocasionar falta de competência técnica nessas urgências, profissionais sem estímulo ou pouco humanitários, que primam apenas pela capacidade técnica, o que promove a baixa qualidade do atendimento prestado.

É esta melhoria da qualidade dos cuidados prestados, potenciada pela realização da triagem, que foi identificada por alguns dos entrevistados:

“(...) permite melhorar a qualidade, então, no atendimento dos doentes.” E2:01.

“(...) melhorou (...) também a qualidade do atendimento pelo facto de existirem áreas que anteriormente não existiam e permite que os doentes sejam vistos muito mais rápido e com mais qualidade (...)” E2:01.

“(...) é uma ferramenta que acaba por trazer qualidade ao desempenho dos profissionais (...)” E4:01.

“É sem dúvida uma ferramenta fundamental para o melhor desempenho dos profissionais na urgência.” E4:01.

“(...) acabou por transmitir qualidade e segurança ao desempenho dos profissionais (...)” E4:01.

A existência da triagem nos SU permitiu adequar os recursos materiais e humanos às necessidades dos utentes de acordo com a sua prioridade e, por consequência, da gravidade da situação clínica e consequentes cuidados de vigilância e monitorização, aumentando desta forma a segurança e a qualidade.

Os entrevistados referiram essa gestão do próprio serviço, tanto a nível dos recursos humanos como materiais:

“Se estivermos a falar então dos laranjas, a estrutura física dessa unidade assim como os profissionais que são lá colocados, são especificamente seleccionados precisamente para proteger essas pessoas. Estamos a falar de profissionais com especialidade ou com peritos na área que salvaguardem os cuidados a esses doentes triados como laranja, assim como os equipamentos que lá pomos, os monitores (...), portanto, acho que há uma segurança maior para os nossos doentes nesse sentido também.” E9:01.

A este propósito, Grossman (2003) refere que um modelo de triagem eficiente pode aumentar a qualidade dos cuidados.

Silva [et al] (2013) concluíram que a triagem gera um processo de qualidade e, no momento pós-triagem, uma possibilidade de estabelecer fluxos adequados e mais seguros para as pessoas.

Duro e Lima (2010) acrescentam que a Enfermagem mantém uma contínua convivência com os utentes, e esse facto possibilita grandes oportunidades de interação, na qual há espaço para o diálogo, reflexão, tomada de decisão conjunta, na busca de um objetivo único que é a qualidade do cuidado prestado.

Melhoria do funcionamento do serviço

Também é referido pelos enfermeiros que o STM contribui para a melhoria do funcionamento do serviço.

Estes resultados vão ao encontro a Silva (2009) quando sublinha que para além das vantagens associadas ao atendimento, à priorização desse mesmo atendimento bem como à qualidade dos cuidados prestados, o STM é considerado uma ferramenta imprescindível para o planeamento e gestão dos SU em Portugal.

Murray (2003) refere que o sistema de triagem estruturada também é capaz de prever quais os utentes que necessitarão de internamento e a quantidade de recursos hospitalares necessários durante a permanência do utente no SU.

Assim, a realização da triagem é uma prática de grande importância para a melhoria do atendimento dos SU, pois sem a adoção dessa ferramenta, podem-se observar grandes transtornos nesses serviços, falta de organização, má gestão e descontentamento por parte dos utentes, podendo acarretar até um agravamento do estado de saúde desses utentes (Carvalho [et al], 2008).

Os entrevistados corroboram estes contributos, dando ênfase à melhoria dos circuitos de encaminhamento dos utentes após a triagem e também à separação de áreas de atendimento de acordo com as prioridades definidas:

“(...) permite também uma organização do serviço porque vai definindo consoante as áreas, vai distribuindo no fundo os doentes mediante as queixas e a prioridade para as áreas específicas (...)” E1:01-02.

“Melhorou em muito o circuito dos doentes no serviço de urgência (...)” E2:01.

“(...) os doentes são desviados para a especialidade correta (...)” E3:01.

“(...) também fez com que os serviços ficassem mais equipados, melhor equipados, porque havia serviços que anteriormente não tinham equipamento adequado nem suficiente para atendimento destes doentes” E3:02.

“(...) até do ponto de vista do funcionamento estrutural do serviço acabou por trazer vantagens.” E4:02.

“(...) definimos para o serviço um fluxo de encaminhamento destes doentes, isto é, definimos áreas de atendimento e por consequência os doentes prioritários passaram a ser atendidos numa determinada área, os doentes menos prioritários numa outra área e assim consecutivamente.” E4:02.

“A distribuição dos doentes pelas diferentes especialidades e pelas áreas, pelos verdes, amarelos, laranjas.” E8:01.

Acrescenta-se ainda o contributo na organização e distribuição dos equipamentos disponíveis pelas áreas onde mais são necessários, o que só é possível pela identificação na triagem dos casos clínicos mais urgentes, como emerge nas seguintes referências:

“Os profissionais e o equipamento está alocado em função da área. Nós na área laranja temos xis profissionais, temos mais equipamento de monitorização. Numa área verde não há essa necessidade, temos menos enfermeiros, temos menos monitores porque são doentes que supostamente não têm essa necessidade. E sim, isso só é possível porque nós fazemos a triagem de prioridades” E6:02.

“Nós temos definidas as prioridades, temos salas laranjas, temos salas para os doentes amarelos e isto permiti-nos colocar os doentes em sítios com mais monitorização, com menos monitorização, dependendo da necessidade de vigilância do doente (...)” E6:02.

“(...) nós aqui separamos os nossos doentes consoante a prioridade que lhe atribuímos, separamos por áreas diferentes. E aqui há uma gestão de recursos associados ao que é a prioridade que é atribuída.” E9:01.

Estes contributos que os enfermeiros identificaram aproximam-se das vantagens do STM identificadas por Cabrera (2017) a nível administrativo e de gestão de recursos, humanos e materiais, sendo capaz de fazer uma previsão das necessidades futuras com base no nível de prioridade atribuído.

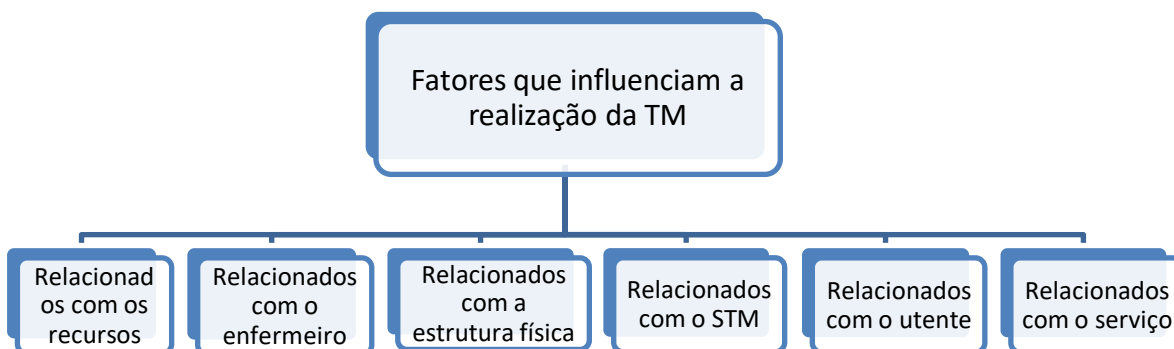
Asenjo [et al] (2007) mencionam que a implementação de um ST dá um enorme impulso à organização dos fluxos de encaminhamento de utentes pós triagem, assim como à organização geral do SU, de forma a responder às necessidades confirmadas pela triagem.

Silva [et al], (2013) acrescentam ser esperado que com a realização do serviço de triagem exista uma otimização do tempo e recursos utilizados, bem como o aumento na resolubilidade do serviço e a satisfação do utente e da equipa multidisciplinar.

ÁREA TEMÁTICA 2 – FATORES QUE INFLUENCIAM A REALIZAÇÃO DA TRIAGEM DE MANCHESTER

Na análise efetuada às entrevistas acerca dos fatores que influenciam a realização da TM, foram identificadas 6 categorias: relacionados com os recursos, relacionados com o enfermeiro, relacionados com a estrutura física, relacionados com o STM, relacionados com o utente, relacionados com o serviço. Estas categorias encontram-se explicitadas na figura seguinte.

Figura 2 - Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester

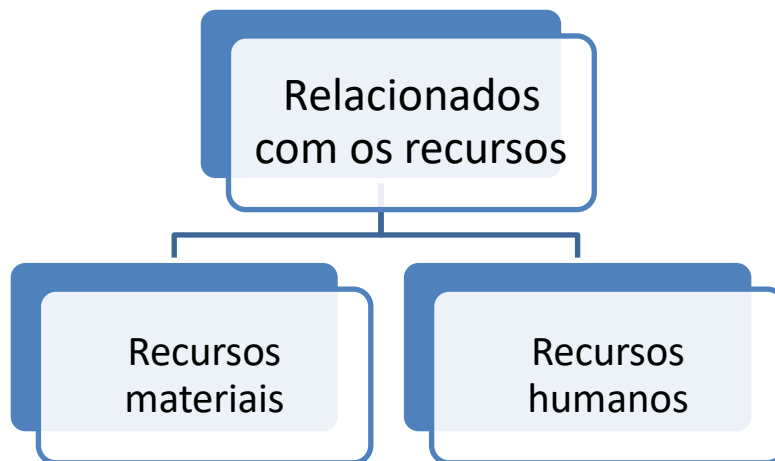


Para cada uma das categorias, foram identificadas algumas subcategorias. De seguida será analisada e discutida separadamente cada uma destas categorias bem como as subcategorias que lhe estão associadas.

Relacionados com os recursos

Da análise dos dados acerca dos fatores que influenciam a realização da TM, emergiu uma categoria que associou os fatores relacionados com os recursos. Dentro desta categoria, identificamos duas subcategorias: recursos materiais e recursos humanos.

Figura 3 - Fatores relacionados com os recursos



Recursos materiais

Relativamente aos recursos materiais, vários entrevistados referiram ser este um fator que influencia a realização da TM e identificaram algumas lacunas a este nível nos respetivos serviços. Estas lacunas incluem, por exemplo, o material necessário para a realização da triagem e que não está incluído em todos os postos onde esta se realiza e que obriga à sua partilha entre os diferentes triadores.

Sobre este tema, Moreira (2010) considera necessário para a eficiência do sistema de triagem, entre outros fatores, espaço adequado, material e um sistema de comunicação.

Importa referir que um dos SU onde foi realizado o estudo apresenta dois postos de triagem e o outro apresenta 3 postos de triagem. Em ambos os serviços, está aberto

permanentemente um posto de triagem sendo os outros postos abertos de acordo com a gestão efetuada pelos responsáveis em cada turno.

Num dos serviços estão definidas as regras para a abertura do segundo posto que incluem critérios como o número de utentes a aguardar triagem e o tempo de espera para a triagem, como explicam as seguintes unidades de registo:

“Muitas vezes o triador de segundo posto tem que ir buscar material ao primeiro posto (...), que está constantemente aberto, porque o segundo posto está desfalcado em termos de material” E5:04

“(...) muitas vezes é preciso ir buscar o saturímetro do primeiro posto, o termómetro do primeiro posto.” E5:04

“O posto 3 não tem microfone e o colega que está no posto 3 tem que usar o microfone do posto 1 ou do posto 2.” E6:08

“(...) efetivamente somos a porta de entrada da urgência e não temos equipamento pra isso, porque efetivamente, a qualquer momento entra um individuo a sangrar e, ou eu tenho habilidade de ir buscar e ter algo que não está previsto para resolver senão...olha, vou encaminhá-lo com o meu colega.” E7:11

“(...) equipamento, os dois postos principais sim, o terceiro posto não. Não temos um micro, tem o colega que está no terceiro posto de triagem, tem de vir ao posto um ou ao posto dois pedir para chamar o doente, porque não está equipado, nem com telefone nem com micro.” E8:04

“Máquina de glicemia capilar não temos 3, termómetro temos um, portanto isto atrasa-nos uma vez mais a triagem. Andamos sempre a pular de um lado para o outro à procura do termómetro e, às vezes, o que acontece é: há um enfermeiro que quer o termómetro, vê a temperatura aos três doentes que estão a ser triados, para resolver as coisas” E10:06

“O terceiro posto de triagem não tem também microfone para chamar, portanto tem que pedir sempre a alguém para chamar por ele, ou enquanto está a decorrer triagem num dos postos ir chamar também.” E10:06

Relativamente aos recursos materiais do posto de triagem, uma questão pertinente e também mencionada é a existência de telefone. Segundo os entrevistados, este facto pode ser facilitador para o enfermeiro, mas pode também dificultar a execução da triagem.

“As questões do telefone, que está presente na triagem, que é um fator facilitador e um fator que complica a situação.” E9:03

“No sentido de facilitar, como eu falei há bocadinho, de anteciparmos uma observação, não é? Ligamos ao colega e conseguimos acelerar algum processo. (...) Nós fazemos o telefonema e tentamos antecipar o circuito, e nesse sentido tentamos ajudar.” E9:03-04

“Ao ligar estamos a perder tempo, acumulamos mais doentes, nem sempre o médico do outro lado também é alguém recetivo e também não facilita e há discussão ao telefone se deve ou não deve esse doente ir para aí e isso prejudica.” E9:04

“Temos telefone nos dois postos de triagem, não no terceiro que é o posto de triagem de recurso.” E10:06

Sobre este assunto, Moreira (2010) identificou determinados pré-requisitos que são transversais a tipologias de triagem que são utilizadas em todo o mundo. Entre outros, identificou a existência dos recursos materiais em cada posto de triagem, corroborando com as intervenções dos entrevistados.

Recursos humanos

Acerca dos recursos humanos, os entrevistados manifestaram ser um fator que influencia o seu desempenho na triagem, identificando o número insuficiente de profissionais como justificação.

Como referido no ponto anterior, um dos hospitais do estudo tem duas salas de triagem o outro tem três salas de triagem. Os enfermeiros referiram, no entanto, que têm dificuldade em colocar todas as salas de triagem a funcionar por falta de recursos humanos.

Diogo (2007) menciona que a prestação de cuidados aos utentes com doença e/ou lesão emergente e/ou urgente apenas é conseguida na presença de recursos humanos, recursos materiais e equipamentos adequados. Nas palavras dos entrevistados, por vezes isto não acontece:

“(...) embora tenha melhorado o número de elementos, aumentado o número de elementos, temos alguma dificuldade em abrir o segundo posto de triagem quando temos necessidade (...)” E2:03

“(...) muitas vezes não conseguimos um segundo triador, ou porque está numa transferência ou porque está a ajudar noutra setor em que está muita confusão (...)” E3:06

“(...) não há triadores suficientes, (...)” E7:11

Ainda relativamente aos recursos alocados à triagem, dois enfermeiros referiram também a falta de auxiliares para o setor. Sabendo que muitos utentes vêm em maca e é necessário um auxiliar para os transferir para uma maca hospitalar e encaminhá-los ao setor adequado, a espera por auxiliar impede a chamada de outro utente para a triagem provocando aumento nos tempos de espera.

“(...) o auxiliar não é só para a triagem. O auxiliar dá apoio em vários setores aqui, tanto como na transferência de doentes, na clínica geral, por toda a urgência dá apoio e muitas vezes não os temos aqui à porta da Manchester, temos que andar a chamar por eles, a pedir macas, o que também atrasa a Manchester.” E3:05

“Há uma auxiliar só para os postos de triagem. Não chega muitas vezes, em fase de grande afluxo não chega. E não chega porque é essa auxiliar que tem que levar os doentes para toda a ponta do hospital mediante a especialidade que for triado.” E10:09

Sobre este tema, Amaral (2017), num estudo sobre a qualidade da TM e fatores que a influenciam, identificou que são frequentes as vezes em que, no turno da tarde, os enfermeiros no exercício de funções de gestão, para colmatarem faltas de pessoal, alocam apenas um enfermeiro no posto de triagem para dar resposta a todos os utentes admitidos no serviço.

Relacionados com o enfermeiro

Relativamente aos fatores que influenciam a realização da TM e que estão relacionados com o próprio enfermeiro, foram identificadas 4 subcategorias: experiência profissional, experiência no SU/utente crítico, formação contínua e características pessoais.

Figura 4 - Fatores relacionados com o enfermeiro

Experiência profissional

Sobre esta subcategoria, torna-se importante distingui-la da subcategoria seguinte. Queremos ressaltar desta forma que a experiência profissional enquanto enfermeiro não é necessariamente igual à experiência profissional nos SU ou nos cuidados ao utente crítico. Efetivamente, um enfermeiro pode ter uma carreira profissional longa sem nunca ter contactado e prestado cuidados à pessoa em situação crítica.

Relativamente a este assunto, Patel [et al] (2008) referem que as *guidelines* da triagem são usadas de forma diferente pelos enfermeiros conforme estes se tornam mais experientes, pois a informação começa a ser utilizada na triagem de forma implícita.

Os enfermeiros entrevistados corroboram esta versão e enumeram vantagens associadas à experiência profissional, considerando-a um fator influenciador do processo de triagem.

“Maior tempo de experiência é melhor para a realização desta tarefa. Até porque nós temos que estar atentos à queixa do doente, mas também sermos capazes de, através da observação e de todo o outro conhecimento que nós temos de ter, conseguir detetar sinais que nos possam indicar que aquela situação é mais grave do que outra (...)” E1:06

“Sei que as aptidões para ser triador estão diretamente relacionadas com o saber, saber fazer e também com a experiência que vamos adquirindo ao longo ao longo do tempo.” E1:06

“O facto de ter mais experiência acho que me permite ter outro à vontade, que me facilita a TM (...)” E2:03

“Penso que a experiência é uma mais valia para uma adequada atribuição de prioridades na TM.” E5:03

“(...) acho que como uma questão que é assim também facilitadora, por assim dizer é a experiência profissional.” E9:05

“(...) sem dúvida que este olho clínico, esta experiência clínica, influencia diretamente e salvaguarda, na minha perspetiva (...) a pessoa que temos ali à nossa frente.” E9:06

“(...) precisas de ter um clínico, um clínico com um C grande a fazer TM. (...) É fundamental num serviço de urgência, quem está lá, saber o que está a fazer e saber olhar para os doentes. Faz toda a diferença.” E10:11-12

Para além do que referem ser o olhar clínico na observação e avaliação do utente para a correta atribuição da prioridade, um dos entrevistados identificou a capacidade que a experiência traz ao enfermeiro de lidar com a pressão emocional a que é sujeito na triagem:

“Se for um enfermeiro experiente não vai ceder à pressão emocional que é feita.” E7:09

Um dos entrevistados faz referência ao tempo de experiência profissional que o GPT considera necessário para executar esta tarefa, considerando-o insuficiente:

“Parece-me pouco alguém que acabou uma licenciatura e 2 anos depois já está a fazer a triagem de prioridades.” E6:05

“(...) o tempo de experiência, eu falo por mim, ainda apesar de já ter passado um ano e meio, quase dois, ainda me sinto muito insegura na triagem e sinto-me sempre melhor quando tenho um colega mais velho ao lado porque qualquer dúvida que tenha consigo esclarecer.” E8:06

Segundo um dos entrevistados mais experientes, os colegas mais novos acabam por ter muitas dúvidas e vêm questionar constantemente os mais experientes pois revelam alguma dificuldade na tomada de decisão.

“(...) a minha preocupação quando estou a triar, eu e tenho mais dois colegas a triar comigo, dois mais novos, acabo por estar a triar a 3. Estou a triar eu e tenho os outros mais novos a socorrerem-se de mim.” E10:12

“(...) vê-se bem as dificuldades que os colegas têm para a tomada de decisão porque têm noção que TM é de uma responsabilidade enorme. O correr bem aquele turno pode ter muito a ver com a forma como os doentes foram triados e os colegas mais novos que têm essa noção têm um medo de triar porque têm a noção que eles próprios não estão preparados adequadamente para fazer triagem” E10:12

Relativamente à experiência profissional, Silva (2009) contradiz um pouco o que os enfermeiros disseram, pois refere que o sucesso do método de TM não deriva tanto da diferenciação/experiência do enfermeiro que realiza a triagem, mas mais da aplicação do algoritmo de forma disciplinada, segundo as indicações recomendadas pelo Manchester Triage Group.

No entanto, são vários os autores que consideram a experiência profissional como um fator importante na realização da triagem.

Benner (2005) realça a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial.

Acosta [et al] (2012) referem que os enfermeiros experientes transmitem confiança, pois os enfermeiros menos experientes procuram neles auxílio para retirar as suas dúvidas e, por esse motivo, será expectável que mais anos de experiência, na realização de triagem, confira aos enfermeiros maior segurança na sua realização.

Diogo (2007) refere que, perante as questões dirigidas pelo enfermeiro triador aos utentes, os mais atentos poderão tender a responder afirmativamente, procurando um atendimento mais rápido. Aquilo que o autor considera como o fornecimento de informação e o condicionamento das respostas terão maior probabilidade de acontecerem, se a triagem for feita por enfermeiros triadores inexperientes e/ou pouco treinados.

Para o CENA (2009), a triagem deve ser realizada por profissionais experientes e treinados pois a capacidade do enfermeiro para triar de forma eficaz depende de amplos conhecimentos e experiência e de decisões baseadas na evidência.

Experiência no SU/utente critico

Como mencionado anteriormente, a experiência profissional do enfermeiro é um fator importante na triagem. No entanto, quando falamos desta temática, torna-se relevante a distinção entre esta experiência profissional e o percurso do enfermeiro nos cuidados ao

utente crítico. Os enfermeiros entrevistados fizeram esta distinção referindo que não basta ter muitos anos de desempenho profissional, torna-se necessário e um fator facilitador da triagem que este trabalho seja nos SU ou outros onde sejam prestados cuidados a utentes críticos.

Segundo Edwards e Sines (2008), o enfermeiro na triagem interpreta os sinais psicológicos, interpessoais e comunicativos do utente para acolher e verificar a credibilidade da informação clínica. Assim, o enfermeiro utiliza a avaliação intuitiva na atribuição da prioridade a partir da aparência física e do modo como o utente apresenta o seu problema. Esta capacidade é apenas adquirida com a experiência do profissional.

Moreira (2010), refere que o processo de triagem será tanto mais eficiente quanto maior a experiência do enfermeiro triador, tal como dizem os entrevistados:

“(...) o facto de ser (...) pouco experiente neste serviço, não necessariamente pouco experiente em termos de atividade profissional, digamos menos experiente no SU, à partida poderemos pensar que será alguém que terá mais dificuldade em realizar a TM” E4:02

“Alguém que tenha muita experiência, alguém que seja perito, não necessariamente especialista, mas perito neste local de trabalho, portanto, alguém com uma vasta experiência neste serviço será seguramente alguém com mais facilidade na execução desta tarefa.” E4:02

“(...) acho que o tempo de experiência, principalmente na urgência, influencia a forma como cada um faz triagem.” E5:03

“(...) o facto de eu trabalhar com o doente crítico já há muitos anos, (...), de ser um perito na área do doente crítico, faz com que a gente consiga olhar para o doente e perceber alguns fatores que nos levam a tomar decisões mais rápidas e que nos permitem decidir melhor sobre aquele doente, naquele preciso momento. E este conhecimento de um enfermeiro especialista ou de um enfermeiro perito vem-nos dar aqui mais alguma sustentabilidade e alguma segurança aquando da triagem do doente.” E6:05

“(...) a triagem, não é só responder à pergunta que ali está, é preciso ter algum conhecimento por trás disto e o facto de nós lidarmos com doentes com enfartes, com edemas agudos do pulmão, e abordar aqui outros doentes, muitas das vezes crises conversivas, se nós tivermos seguro daquilo que estamos a fazer e já com algum know how vai-nos permitir tomar as decisões mais acertadas.” E6:05

“(...) um bom enfermeiro que consegue fazer uma avaliação, e este olhar clínico está provado e há essa recomendação em todas as triagem existentes de que o enfermeiro que deve fazer triagem, deve ser um enfermeiro sénior, com experiência para ter olhar clínico para conseguir ver que, se calhar, a queixa que o utente estava a apresentar, se calhar não é esse o problema principal que ele tem.” E7:05

“(...) eu acho que quantos mais anos de experiência e neste caso conto também a especialidade que será mais adequada aqui para o SU, não é? A pessoa em situação crítica. Se a pessoa a tiver, (...) mas associado a isso também com o facto de haver peritos ou não, também com alguma experiência, isso influencia muito no que é a tomada de decisão, sem dúvida.” E9:06

“Precisas de trabalhar com doente crítico, precisas de perceber que aquela série de sintomas que às vezes a triagem não te vê, aquele doente com mau ar que tu na triagem não consegues quantificar nem objetivar, (...)” E10:12

“(...) é importante a TM ser feita por um clínico, e um clínico com experiência no doente crítico.” E10:13

Segundo alguns dos entrevistados, o facto de existirem triadores com menos experiência nos cuidados ao utente crítico pode influenciar a triagem:

“Pôr um enfermeiro recém-formado ou com pouca experiência na área do utente crítico na triagem, das duas uma, ou o enfermeiro tria tudo de laranja ou tudo muito rápido e acha que é tudo urgente (...)” E10:11

“(...) escapa-lhe ao enfermeiro uma série de coisas que a triagem, por mais perfeita que queira ser, não consegue.” E10:11

Um dos entrevistados salientou a mais valia de ser um enfermeiro especialista a realizar a triagem:

“(...) o facto de eu trabalhar com o doente crítico já há muitos anos, ..., de ser um perito na área do doente crítico, faz com que a gente consiga olhar para o doente e perceber alguns fatores que nos levam a tomar decisões mais rápidas e que nos permitem decidir melhor sobre aquele doente, naquele preciso momento. E este conhecimento de um enfermeiro especialista ou de um enfermeiro perito vem-nos dar aqui mais alguma sustentabilidade e alguma segurança aquando da triagem do doente.” E6:05

A experiência profissional do enfermeiro triador nos cuidados ao utente crítico é mencionada por diversos autores.

Duro e lima (2010) referem existir evidências de que a eficácia da triagem está relacionada com a experiência do enfermeiro, especialmente com a experiência em atendimento de urgência.

FitzGerald [et al] (2010) referem que a eficácia da triagem está associada à experiência em urgência do enfermeiro triador.

Fathoni [et al] (2013) concluíram haver correlação significativamente positiva entre a habilidade de triar e a experiência profissional.

Silva [et al] (2013) defendem que a intuição é uma capacidade importante de um enfermeiro de triagem e que desenvolve com experiência, sensibilidade e observação. E acrescentam que estas características serão desenvolvidas ao longo dos anos pois “quanto mais tempo e experiência se adquire, maior uso se faz da sensibilidade e intuição, estabelecendo-se de forma mais eficaz as pontes com o referencial teórico que sustenta o fazer” (p. 12)

Mukhamad [et al], num estudo realizado em 2013, revelaram também correlações significativamente positivas entre a habilidade de triar e a experiência profissional.

Formação contínua

Um fator relevante que os enfermeiros identificaram como influenciador na realização da triagem foi a formação contínua. Aliás, o enfermeiro, para o exercício da sua profissão de forma competente, deverá aprofundar o seu corpo de conhecimentos e competências adquiridos com formação contínua e consolidados e desenvolvidos pela experiência.

Esta formação contínua é relevante, não só relacionada com a TM, mas também sobre outras competências profissionais.

Espera-se que, 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).

No âmbito deste estudo os entrevistados manifestaram a importância da formação contínua sobre o STM, principalmente nas áreas das inconformidades verificadas nos resultados das auditorias que são realizadas aos enfermeiros mensalmente e cujo relatório lhes é

enviado. Esta formação deveria ser realizada, de acordo com os enfermeiros, pelos colegas que fazem parte do grupo de auditoria interna do próprio serviço.

“... eu precisava que realmente que houvesse mais um feedback por parte dessas pessoas que são mais capazes ou têm instrumentos para serem mais capazes do que nós e ajudarem-nos a melhorar.” E1:05

“Temos uma equipa de auditores que nos faz um debriefing e um briefing daquilo que podem ser as incongruências ou as inconformidades e que na minha opinião é também uma mais-valia.” E5:04

“(...) nós recebemos mensalmente as auditorias à questão do que é a nossa triagem e isso é importante, nós recebermos esse relatório. No caso, o relatório em si só especifica o grau de conformidade ou não e nós depois é que temos que procurar o colega que fez auditoria e perceber onde, se houve algum erro de triagem ou alguma não conformidade, para ele nos clarificar” E9:08

“Precisamos, na certa, de ter formações de atualização e discussão sobre temáticas, para todos triarmos de uma forma semelhante, (...)” E10:03

“(...) era importante vincar bem estas formações e esta necessidade de discutirmos o que está a ser feito e o que está a ser menos bem feito.” E10:03

“(...) fazermos periodicamente, fazermos discussão, principalmente aqueles fluxogramas em que há uma dualidade de critérios muito grande na... pelos triadores.” E10:03

Para além da formação relacionada com o STM, alguns enfermeiros definiram outras áreas profissionais, nas quais a formação seria uma mais valia no desempenho enquanto triadores.

“(...) a formação complementar que tu enfermeiro triador tiveres, há-de interferir positivamente na tua triagem, no teu desempenho, porque se tu tens um conjunto maior de competências, não necessariamente as competências de triagem, (...), mas aquelas competências complementares, nomeadamente a capacidade de comunicação, a capacidade de gestão de conflitos, se tu tiveres essa formação, e por consequência essas competências, obviamente isso vai facilitar o teu desempenho.” E4:04

“(...) a formação obtida direcionada para a urgência e emergência que acaba por nos dar uma perceção diferente daquilo que é a gravidade do doente, dentro da queixa, obviamente, que acaba por ser estanque.” E5:05

Benner (2005) defendeu a necessidade de formação contínua para que os profissionais sejam capazes de analisar situações complexas e responder às mesmas com competência pois todos devem estar cientes da evolução das práticas de Enfermagem, associadas à constante necessidade de tomada de decisão.

Amaral (2017) demonstrou a importância da formação contínua na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados referindo que, após a implementação de um programa de formação, realizado pela equipa de auditores de TM do serviço onde foi realizado o seu estudo, observou-se um aumento da eficácia na realização da TM e, conseqüentemente, uma melhoria da qualidade da TM.

A ENA (2011) faz referência também à necessidade de formação adicional que melhore os conhecimentos, as habilidades e atitudes do enfermeiro triador. Dá como exemplos, cursos de reanimação cardiopulmonar e suporte avançado de vida, de emergência pediátrico, de trauma e formação em emergência geriátrica.

Caraterísticas pessoais

Relativamente aos enfermeiros da triagem, para além da experiência profissional e da sua formação em triagem, os entrevistados identificaram algumas caraterísticas pessoais que consideram ter influência na execução desta tarefa.

Vários autores corroboram desta opinião dos entrevistados e fazem referência a determinadas caraterísticas e capacidades que o enfermeiro da triagem deve possuir.

Chung (2005) identifica a intuição como uma habilidade que é utilizada em algumas situações para se estabelecer a prioridade quando não há sinais facilmente identificados.

Andersson [et al] (2006) referem ainda que são utilizadas, pelo enfermeiro, a racionalidade, a confiança e a coragem, principalmente quando se trata da tomada de decisão para a priorização do atendimento.

Nesta subcategoria, os entrevistados identificaram a importância da individualidade de cada enfermeiro e de algumas caraterísticas complementares que influenciam a tomada de decisão enquanto triadores. A segurança, a capacidade pessoal na tomada de decisão e a confiança, entre outras, são fatores que influenciam a realização da triagem, segundo os mesmos:

“(...) no Reino Unido, o sistema é de lá formado, e eles aconselhavam sempre a triagem a ser realizada por pessoas com alguma experiência e com algumas aptidões para... não é só a experiência, mas alguma aptidão para. E eu penso que, porque eu depois também estou nos outros setores e acho que isso também influencia, a organização até do próprio serviço tem muito a ver com o triador.” E1:05

“(...) até a própria personalidade de um enfermeiro pode ser um fator dificultador do desempenho deste plano de trabalho digamos assim. Alguém que não seja seguro, que demonstre alguma dificuldade na tomada de decisão, será seguramente um profissional com mais dificuldades na execução desta atividade.” E4:02

“Um enfermeiro que seja seguro, tenha facilidade na tomada de decisão, tenha um espírito crítico assinalável, também será certamente alguém com alguma facilidade na execução da triagem.” E4:02

“(...) dá para tirar um perfil dos triadores e perceber qual é o triador que despacha mais e até tria com mais cores, uns para um lado, outros para o outro, mediante o triador que está à frente, com o nível de confiança que o triador tem (...)” E10:11

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

Amaral (2017) considera fundamental que o enfermeiro na triagem detenha técnicas de comunicação no relacionamento com o utente e família, uma vez que é necessário saber escutar e que a entrevista seja objetiva e clarifique rapidamente a situação de saúde da pessoa que recorre ao SU e defina a sua prioridade clínica.

A ENA (2011) destaca a importância de o enfermeiro da triagem ser detentor de conhecimentos variados, robustas habilidades interpessoais, de pensamento crítico, comunicação, tomada de decisão rápida e correta, capacidade de conduzir uma breve entrevista focalizada, de avaliação física, de se manter focado na realização de multitarefas, realizar educação para a saúde, trabalhar sobre períodos de stress intenso em colaboração com os elementos da equipa multidisciplinar, ser capaz de delegar responsabilidades de forma adequada, comunicar com o pessoa e família, e compreender as suas expectativas e preocupações culturais e religiosas.

Beveridge [et al] (1998) consideram fundamental no triador a capacidade de comunicação, a sensibilidade, paciência, compreensão e descrição, a capacidade organizativa e para atuar tendo presente os princípios éticos e deontológicos do enfermeiro.

Acosta [et al] (2012, p.188) consideram importante que o enfermeiro triador tenha “(...) habilidades de comunicação para ajudar essas pessoas num momento tão vulnerável.”

Forsgren [et al] (2009) destacaram no seu estudo que a avaliação e interpretação de sinais vitais do utente, rapidez no atendimento e a comunicação são particularidades importantes no momento da triagem. Este estudo mostrou que 70% dos enfermeiros triadores acreditavam ser necessários atributos próprios para aquela função como a competência na avaliação e habilidades de comunicação.

Relacionados com a estrutura física

Nesta área temática emergiu outra categoria relacionada com a estrutura física da sala onde é realizada a triagem. Dentro desta categoria foram enunciadas duas subcategorias: privacidade e espaço físico.

Figura 5 - Fatores relacionados com a estrutura física



Privacidade

Os enfermeiros identificaram um fator que influencia a realização da sua triagem que descreveram como a dificuldade em manter a privacidade dos utentes. Grande parte dos

entrevistados refere mesmo que a sala de triagem não garante a privacidade dos utentes no momento da triagem.

Ribeiro (2008), indo de encontro ao que os entrevistados referiram, no estudo em que avaliou o grau de satisfação dos utentes face ao cuidar pelos enfermeiros no SU, verificou que estes indicaram a necessidade de os enfermeiros proporcionarem mais privacidade aquando da realização da triagem.

Também Silva (2009) considera que a preservação da privacidade é uma área a melhorar, tendo os inquiridos considerado que esse problema existe quando há uma grande afluência de utentes e devido á estrutura física do SU.

Esta privacidade é fundamental no processo de triagem de forma a permitir a avaliação física dos utentes e principalmente para que a queixa que os utentes apresentam apenas seja do conhecimento do enfermeiro triador enquanto profissional de saúde. E neste aspeto os enfermeiros manifestam a incapacidade de isolamento sonoro da sala de triagem, como referem os entrevistados:

“(..) não há privacidade dos doentes.” E1:04

“(..) se eu fosse doente eu não me sentiria á vontade para estar a dizer, até porque também como referi anteriormente, a nossa sala não tem condições de privacidade.” E1:04

“Porque não é uma cortina que vai limitar o som que é passado de um lado para o outro (..)” E1:04

“(..) é um espaço também que não permite muito a privacidade do doente não é, é uma zona de passagem, as trocas dos doentes para as macas são feitas junto á sala de triagem, (..)” E2:03

“Só são separados com uma cortina e ouve-se tudo, tudo se ouve e não há separação de uma triagem para a outra, não tem cortina, a cortina só separa a secretária. Os doentes (..) vêm-se uns aos outros.” E3:03

“Se algum doente nos quiser mostrar alguma parte do corpo que precise de privacidade, pode entrar a qualquer momento alguém, abre a cortina e está o doente exposto, não há privacidade nenhuma.” E3:03

“(...) não permite a privacidade do doente, sendo que às vezes é necessário abrir 2 postos de triagem que são separados por uma cortina, em que um doente ouve obviamente a queixa do outro e vice-versa.” E5:02

“Não existe espaço, ou melhor, condições físicas para a triagem respeitar aquilo que são os direitos do doente, á privacidade pelo menos. Os doentes, os familiares ouvem a queixa do outro porque não se consegue fazer a triagem de forma separada.” E5:04

“A privacidade, se calhar, não é a melhor, os doentes entram todos pela mesma porta, os familiares para visitar os doentes ou para irem para junto dos doentes que estão na urgência entram todos pela mesma porta que é a porta de acesso á triagem. É apenas separado por uma cortina, o que nos retira aqui alguma privacidade, a nós e ao doente.” E6:06

“(...) o posto 1 e o posto 3 estão muito próximos um do outro e permite claramente os doentes ouvirem a queixa do doente que está a ser triado ao lado” E6:08

“Tem um terceiro posto de triagem (...), a única separação que existe é uma cortina, em que ouve a colega ao lado, ninguém precisa de saber que a senhora tem infeção na vagina (...). Mas, o utente que está sentado ao lado que ouviu a conversa (...)” E7:10-11

“(...) nós temos três postos de triagem que estão divididos por cortinas, não há privacidade para o doente (...)” E8:04

“Aquele posto 3 sobrepõe-se um bocadinho, não é? Temos ali as triagens a acontecer e há permeabilidade aqui da informação, das pessoas que estão ali a ouvir.” E9:09

“(...) quantas vezes estou a triar um doente e entram-me pela triagem adentro. Quantas vezes apanham com pessoas meias despidas e põe em causa a própria intimidade e privacidade do doente.” E10:05

“(...) os dados sensíveis do doente e eu estou a ser triado no posto 3, quem está no posto 1 consegue saber aquilo que eu me queixar, não é?” E10:06

Ainda relativamente à permeabilidade existente entre as salas de triagem, principalmente no isolamento do som, os entrevistados referem também a dificuldade em manter a concentração na queixa do seu utente pois estão simultaneamente a ouvir a queixa do utente da sala de triagem ao lado.

“(...) muitas vezes estamos a ouvir é a queixa do lado, não a queixa do nosso (...)” E3:03

“(...) estamos sempre a ouvir a conversa do colega, depois não conseguimos manter a nossa, a nossa atenção” E8:08

Freitas (2014) menciona que o gabinete de triagem deve ser um espaço com determinadas características para que o processo de triagem se possa processar da forma mais correta. Para além de estar dotado de equipamentos essenciais para o processo de triagem, é essencial que o espaço tenha condições que possibilitem inspecionar o utente mantendo a sua privacidade e dignidade.

Segundo a mesma autora, o sigilo profissional e a garantia da privacidade/anonimato do utente implicam também o isolamento sonoro para que quem se encontra nas imediações do espaço não tenha acesso às informações do utente.

Lin (2011), no seu estudo refere que os utentes concordaram que a privacidade foi muito importante para os seus cuidados e concluíram que fatores como: as informações pessoais ouvidas por outras pessoas, o espaço físico sem privacidade e o respeito pelo utente influenciaram fortemente a sua satisfação.

Espaço físico

Relativamente ao espaço onde é realizada a triagem, os enfermeiros enunciaram alguns problemas que influenciam a sua intervenção. A pequena dimensão da sala, a ausência de uma porta de acesso à sala, o frio, a permeabilidade e facilidade de acesso à sala, são alguns dos problemas identificados.

“Se há necessidade de termos dois triadores, está um triador apenas com um monitor, outro triador com um termómetro, para retirar etiquetas tenho... há necessidade de ser um deles a tirar e de vir ao, no fundo ao local onde está a ser realizada uma triagem para levantar as etiquetas (...)” E1:04

“Temos dois postos de triagem que são pequeninhos, são espaços exíguos (...)” E2:03

“O que influencia também... é haver também dois triadores na mesma, na mesma sala. Há muito ruído... vem dois doentes ao mesmo tempo, com dois acompanhantes e, muitas vezes, com bombeiros atrás também. Num espaço tão pequeno alberga ali uma data de pessoas (...), é uma confusão.” E3:03

“Muito pequeno, cabem duas secretarias e mal.” E3:03

“A estrutura física, além de ser pequena, não tem uma porta, é uma cortina que tem para o exterior.” E3:03

“Até a própria estrutura física do serviço acaba por interferir positiva ou negativamente na realização da triagem.” E4:03

“É um espaço físico exíguo” E5:02

“A porta permite que os dentes circulem à vontade ali junto a nós (...)” E6:07

“Temos a porta sempre aberta, é um frio que não se aguenta (...)” E8:08

“(...) a localização da triagem e a disposição como ela está aqui no nosso serviço, torna-a uma área muito permeável, de fácil acesso (...)” E9:03

“O nosso STM está instalado num local em que tem cortinas, que não faz isolamento de som, não faz isolamento acústico do que se passa (...)” E10:04

“(...) a estrutura física permite que haja um circuito inverso, que as pessoas que já foram triadas voltem à triagem a reclamar.” E10:05

“(...) qualquer pessoa consegue voltar para trás e ir reclamar pela triagem (...)” E10:05

“Portanto, estás a triar e tens apenas uma cortininha na 3, a triar à tua frente.” E10:06

“Mas o acesso à triagem 1 passa pela triagem 3. E o doente que está na 1 para ser triado tem que passar pela triagem 3.” E10:06

Toni e McCallum (2007) referem que um espaço adequado, material, sistema de comunicação, acesso à área de tratamento, um profissional experiente, apoiado por uma equipa multidisciplinar, são componentes de um sistema de triagem eficiente.

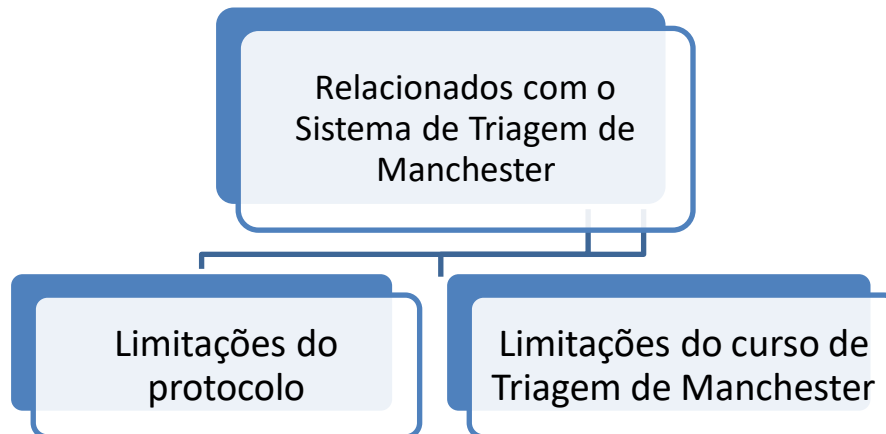
Freitas (2014) refere que o gabinete de triagem deve ser um espaço que permita um ambiente calmo e acolhedor, diminuindo assim o stress presente em situações de doença como as que levam os utentes a procurar os SU.

Silva (2012) num estudo sobre a satisfação dos utentes com o atendimento de Enfermagem no SU, analisou as sugestões dos utentes relativamente à melhoria do atendimento na triagem tendo verificado que as mesmas se direccionam, entre outras, para a melhoria do espaço físico onde esta é realizada.

Relacionados com o Sistema de Triagem de Manchester

Da análise das entrevistas realizadas sobressaiu também uma categoria relacionada com o STM. Esta categoria engloba duas subcategorias: limitações do protocolo e limitações do curso de TM.

Figura 6 - Fatores relacionados com o Sistema de Triagem de Manchester



Limitações do protocolo

O protocolo de TM obedece a um algoritmo próprio, como já foi referido anteriormente. Silva (2009) refere que o sistema não depende tanto da diferenciação clínica do técnico de saúde, mas sim da sua disciplina na aplicação deste algoritmo.

Esta disciplina na aplicação do algoritmo pretende garantir a uniformidade no entendimento e aplicação dos conceitos, cujos termos se encontram definidos de uma forma precisa no Manual da Triagem.

A TM, sendo uma ferramenta útil e necessária, corresponde a um sistema padronizado, muito focado na queixa de apresentação. Por esse motivo, percebe-se que não pretende atender aos aspetos subjetivos, afetivos, sociais e culturais dos utentes. Como refere Silva (2009), a aplicação do STM em Portugal, com total controlo médico, não permite liberdade para o juízo de valor.

Os enfermeiros manifestaram ser esta rigidez na aplicação do protocolo um dos motivos que, por vezes, lhes influencia a realização da triagem.

“O STM (...), não é perfeito, é uma ferramenta bem construída, mas não é obviamente um sistema perfeito e há momentos em que, para determinados doentes, determinadas queixas, determinadas situações, o facto de ser estanque, rígido, não facilita. E isso pode ser entendido como um fator negativo.” E4:04

“Ele é um bocado rígido, este protocolo, não é. Se calhar podia ser mais aberta aqui em alguns lados. Tem ali, se calhar, a falta de um fluxograma ou outro que podiam acrescentar.” E6:05

“(...) a triagem não é forçosamente, no meu entender, a queixa principal do doente. É sim a necessidade que o doente tem e por vezes podemos ir escolher um algoritmo que não corresponde à queixa principal do doente porque não é essa a principal.” E7:02-03

“Uma crise hipertensiva não é detetada na TM. As tensões arteriais são só pedidas exclusivamente nas grávidas para pesquisar a pré-eclampsia, mais nada.” E7:03

“Sinto alguma dificuldade ao nível dos fluxogramas que nem sempre se adaptam áquilo que nós queremos (...).” E8:07

“Muitas das vezes nós temos os conflitos de doentes que são triados, por exemplo, com uma prioridade amarela porque enquadram-se na rigidez do que é o protocolo da triagem (...).” E9:02

“O sistema em si tem algumas questões dúbias relativamente ao sistema e alguns algoritmos que lá tem poderá causar algumas dúvidas.” E10:03

“(...) cada vez mais tens uma panóplia de doentes (...) que não consegues encaixar (...) em nenhum fluxograma como deve ser.” E10:13

“O protocolo é muito rígido e, por vezes, limitativo. Principalmente tu como, quando no meio daquela escreves 4 queixas, tu não podes pôr o fluxograma para a queixa inespecífica, tens que escolher uma dessas quatro queixas, poder encaixar. Então, às vezes, estás ali a olhar e a pensar qual é a queixa das quatro tu fizeste que melhor encaixe, que melhor enquadra para a triagem que te quero fazer.” E10:13

Um dos entrevistados identificou também algumas limitações do STM na área da pediatria. Dada a especificidade das situações clínicas nestas idades, Amthauer e Cunha (2016) sugerem a necessidade de uma maior investigação da utilização do STM em utentes pediátricos. Sugerem estes autores que sejam realizadas pesquisas futuras que permitam avaliar e validar a aplicabilidade do STM nos SU pediátricos.

“(...) em algumas coisas é pouco específico e (...) podíamos levantar algumas questões sobre, por exemplo, na pediatria ele é muito pouco específico, parece-me muito curto.” E6:05

“A TM na área pediátrica é muito curta e eu que trabalhei 5 anos na pediatria e que também faço urgência pediátrica tenho plena noção disso.” E6:05

“(...) tem muito poucos fluxogramas na área da pediatria e depois leva-nos quase sempre para os mesmos e não nos permite, se calhar, tomar uma decisão mais específica.” E6:05

“É muito amplo e devia ser mais, devia ser mais restrito na área pediátrica, devia ter mais opções dentro da área pediátrica para que nós pudéssemos decidir melhor.” E6:05-06

Anziliero [et al] (2011) reconhecem a uniformização do protocolo e identifica algumas vantagens deste, tais como o reconhecimento internacional, o sucesso na utilização em diferentes sistemas de saúde, fluxogramas lógicos e uniformes para a tomada de decisão e a realização de auditorias.

No entanto, os mesmos autores identificam como pontos negativos do protocolo a rigidez na metodologia, a limitação na classificação de utentes com múltiplas queixas ou com sintomas atípicos, subestimação do nível de gravidade de utentes com mais de 65 anos.

Desde o início da implementação do STM em Portugal era utilizada a versão 1 do sistema. No entanto, segundo a Norma 002/2015 da Direção-Geral da Saúde (DGS), publicada em março, todos os hospitais deveriam passar a utilizar a versão 2 da TM até o dia 31 de dezembro de 2015, uma versão mais atualizada que contempla algumas alterações nos fluxogramas e discriminadores (DGS, 2015).

Limitações do curso de Triagem de Manchester

Todos os enfermeiros triadores realizaram um curso próprio que os habilitou à realização da triagem de acordo com o protocolo de TM. Este curso é ministrado por profissionais que realizaram também um curso próprio que os habilitou para serem formadores e auditores do sistema.

Este curso foi também mencionado por alguns enfermeiros como um fator influenciador, principalmente por ser demasiado curto e por não incluir o treino clínico em ambiente de trabalho.

“Há elementos que não se conseguem dar naquela breve formação sobre TM. Há particularidades com as quais nos vamos cruzando ao longo da triagem e vamos sentindo dificuldades.” E5:04

“(...) o curso foi só, na minha opinião, assim umas luzes muito básicas daquilo que é a triagem, (...) serviu para conhecer mais até o funcionamento, os fluxogramas.” E8:06

“(...) o curso não me preparou uma série de coisas, (...) fui chamado á atenção a uma série de coisas que eu não fazia na triagem que o curso, que fui auditado a dizer que falhei, e que o curso não tinha dito que era obrigatório.” E10:04

“O curso de TM não, não nos treina o olho clínico (...)” E10:11

Comparando com a realidade portuguesa que inclui a realização do curso num só dia, com avaliação final, Murray (2003) refere que no Canadá, o curso é oferecido aos enfermeiros periodicamente, sob a forma de workshop durante todo um dia e, para facilitar o acesso, a partir de 2004, a Associação Hospitalar de Ontário passou a oferecer o curso on-line.

Apesar de ser referido como redutor pelos entrevistados, no Manual do Formando do curso de TM, é referido que a leitura do manual e a frequência do curso não produzem uma perícia instantânea em triagem. Pelo contrário, apenas vão introduzir o método e permitir aos profissionais o desenvolvimento da sua competência na utilização do material disponível. Este é o primeiro passo para a aptidão na utilização do sistema (GPT, 2010).

Relacionados com o utente

Outra das categorias obtida através da análise do conteúdo das entrevistas foi a que engloba os fatores relacionados com o utente. Nesta, foram incluídas quatro subcategorias: falta de informação sobre o STM, pressão do utente/família, violência verbal/física e dificuldade na identificação da queixa. De seguida, vamos individualmente analisar e discutir cada uma destas subcategorias.

Figura 7 - Fatores relacionados com o utente

Falta de informação sobre o STM

Diogo (2007), no seu estudo concluiu que os cidadãos/utentes não dominam o STM, isto é, alguns nunca ouviram falar, outros não conhecem como funciona ou pouco sabem dele. Reforça que estes revelam perceções sobre o STM que são por vezes incorretas e limitativas.

Os entrevistados corroboram esta conclusão referindo que este facto os leva a despende algum tempo nas explicações sobre o STM, quando os utentes e/ou acompanhantes demonstram desconhecimento sobre o mesmo. Este tempo torna-se, por vezes, importante na medida em que atrasa a triagem dos utentes que aguardam pela atribuição de prioridade na sala de espera, sendo que algum deles poderá necessitar de cuidados urgentes.

“Alguma falta de informação também dos doentes e dos familiares que vêm (...) muitos deles não conhecem e tens de estar a perder tempo a explicar as prioridades, como é que funciona o sistema para ficarem minimamente com algum conhecimento” E2:02

“(...) o facto de a grande maioria ou pelo menos uma quantidade significativa dos nossos doentes não terem um conhecimento, nem sequer mínimo, do que é isto da TM também dificulta. Primeiro porque não entende a forma como é triado, depois porque, se calhar, não entendendo acaba por carecer de explicação e o triador vai ter que fornecer essas explicações e isto é uma pressão acrescida para o trabalho do triador.” E4:03

“E o doente tem todo o direito de ser explicado o procedimento. Agora é evidentemente que depois ultrapasso o que é razoável, eu vou demorar mais tempo a explicar porque é que tem essa triagem (...)” E7:09

“(...) não percebem o sistema de triagem em si, porque às vezes até damos um amarelo e eles acham que o verde é que é a prioridade mais alta, então nós temos que estar ali a explicar, perdemos algum tempo com isso (...)” E8:03

“(...) influenciam pela literacia dos nossos clientes, não é? Que cá recorrem ao SU. Há uns que conhecem o que é o sistema de triagem, compreendem o conceito dos tempos de espera, (...), associado às prioridades que nós atribuímos, outros que nem por isso, não é?” E9:02

Como refere Machado (2008), cada vez mais se defende que existe um conjunto de informações que deve ser explicitada aos utentes e família. Por exemplo, que irão aguardar num determinado local por atendimento médico, com determinado tempo alvo para observação, tendo em conta a prioridade atribuída.

Claro que com esta prática, como dizem os enfermeiros:

“(...) causa-nos sem dúvida um acúmulo dos próximos doentes que estão á espera para ser triados, não é? E acrescenta fator de stress porque não é expetável que a gente possa perder tanto tempo quanto isso ou investir tanto tempo quanto isso nessa explicação porque também não o temos. E9:02

“(...) perdi nesse tempo, para esclarecer uma dúvida lícita do utente, podia ter feito outra triagem.” E7:09

“Isto quer dizer que para triar um por vezes eu gastei o tempo de triagem de 4 ou 5 porque estou ocupado a dar explicações (...)” E7:09-10

“Logo, aquilo que podia ser uma triagem linear, rápida, para justificar uma prioridade verde por exemplo, muitas vezes leva-nos a perder mais tempo, mais para nós clarificarmos por que é que é verde, porque é que vai ter que esperar aproximadamente as 2 horas, em detrimento do que seria uma coisa... nós perdemos mais tempo a explicar porque é que vai esperar do que propriamente a triar esse cliente, não é?” E9:02

O GPT (2002) refere que o enfermeiro que realiza a triagem poderá influenciar a atitude do utente no serviço pois, se este for informado previamente da situação e do provável percurso, mitigará muito a sua ansiedade e angústia. Qualquer utente e família gostam de

saber qual será o tempo de espera e qual a previsão temporal que irão permanecer no serviço sendo que estas informações poderão ser facultadas de forma rápida, na maioria das situações mais vulgares.

Pressão do utente/família

Os enfermeiros identificaram como fator dificultador da triagem, a pressão que os utentes e a própria família que os acompanha na triagem faz sobre o triador, no sentido de lhe ser atribuída uma prioridade de atendimento mais alta.

Embora esta pressão não se encontra descrita na bibliografia sobre a TM, os enfermeiros sentem no dia a dia que esta é uma realidade:

“(...) alguma pressão por parte dos doentes e dos familiares na atribuição de uma prioridade mais urgente (...)” E2:02

“(...) existe uma pressão tanto por parte de doentes como de familiares (...)” E3:02

“A pressão que é exercida pelo doente, pelo acompanhante, pelos familiares (...)” E4:03

“A família obviamente que pressiona, e pressiona á entrada da triagem.” E5:02

“(...) quando eles vêm reclamar porque quando temos um verde que tem 6 horas ou 8 horas de espera (...) ele vê passar pessoas amarelas e pergunta: porque é que ele levou amarelo e eu levei verde? Vai-me vir questionar. Então vou ter que explicar porquê, ele vai entender ou não vai entender (...)” E7:06

“(...) o utente vem reclamar á triagem porque acha que não foi bem triado ou acha que está pior e quer ser atendido mais depressa.” E7:08

“Quero o outro enfermeiro que é mais fixe que dá uma triagem melhor e eu sempre que eu venho aqui eu levo um amarelo e só com vocês é que eu levo verde.” E7:08

“Pressão emocional e outras para não subir o tom, por vezes ameaças que: não vou esperar aqui muito tempo!” E7:09

“(...) muita pressão e coação que é feita ao enfermeiro para que suba prioridade.” E7:09

Torna-se assim evidente a necessidade da gestão desta pressão, por parte do enfermeiro, como referem Acosta [et al] (2012) quando identificaram a importância de se estabelecer

uma relação empática com o utente através da conversa e do diálogo, tentando entender as necessidades apresentadas pelos utentes e procurando responder às mesmas da forma mais correta possível.

Violência verbal/física

Acosta [et al] (2012) referem que a violência verbal e física por parte dos utentes e familiares dirigidas ao enfermeiro triador, é uma causa de stress no desempenho das funções na triagem. Muitas vezes os utentes não concordam com a prioridade atribuída pelo enfermeiro e dirigem palavras e mesmo atos de violência e ameaça ao enfermeiro triador.

Este fator influencia naturalmente a realização da triagem, como dizem os enfermeiros:

“(...) nunca tive situação que tivesse extrapolado para a violência física, mas violência verbal muitas vezes, que pessoas completamente insatisfeitas, que não conhecem e que agridem verbalmente.” E2:04-05

“Sim, já fui vítima de violência verbal e física na triagem.” E6:04

“Então pode haver doentes que vão e vêm à urgência várias vezes, e esses doentes recorrentes depois tornam-se agressivos porque desconfiam do sistema e sabem que se não reclamarem provavelmente, a queixa dele que já vem tantas vezes vai ser um verde, mas o problema é que efetivamente não resolve o problema.” E7:15

Esta pressão recorrente, embora possa não ter resultados práticas naquilo que é a alteração da prioridade resultante dessa pressão, provoca no enfermeiro triador algum desconforto:

“(...) o meu estado de espírito não fica igual para as triagens seguintes não fica, uma pessoa fica mais ansiosa, mais nervosa. Pronto, tenta-se ultrapassar isso, mas às vezes não é fácil.” E3:07

“(...) fiquei com a sensação de que é aquele posto ao qual eu não quero ir porque também não quero estar sujeito a isso.” E5:03

Indo de encontro ao exposto, Chen [et al] (2010) identificam a violência, tanto verbal quanto física dos utentes e familiares como uma causa de stress nos enfermeiros de triagem.

Acosta [et al] (2012) identificam algumas dificuldades para a execução da triagem, entre elas as tensões provenientes de atos hostis de utentes e familiares quando não há concordância em relação à classificação efetuada pelo enfermeiro.

Sente-se a necessidade de estabelecer uma relação empática entre o enfermeiro e o utente pois esta permite "(...) minimizar muitas vezes os sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência que possam surgir no decorrer do atendimento no serviço" (Acosta [et al], 2012, p.188).

Dificuldade na identificação da queixa

A seleção de um fluxograma de apresentação leva a percorrer um determinado número de discriminadores, gerais ou específicos, que poderão então ser aferidos face à situação que o utente apresenta, tendo em conta qual dos discriminadores tem a maior prioridade clínica (GPT, 2010). A capacidade de implementação do método de TM baseia-se na avaliação desta aferição.

É a dificuldade neste ponto que foi identificada pelos enfermeiros. Muitas vezes, devido à inadequada identificação das queixas que os utentes apresentam, fruto da existência de múltiplas queixas, ou de queixas inespecíficas, torna complicada a decisão de escolha do fluxograma mais correto ou do discriminador tido como afirmativo ou impossível de ser negado na atribuição da prioridade.

Chung (2005), sobre este tema refere que em determinadas circunstâncias os enfermeiros sentiam-se frustrados, reportando dificuldades e insegurança na tomada de algumas decisões, entre outros motivos, quando os utentes apresentavam sintomas inespecíficos.

Segundo o CENA (2009), o enfermeiro deverá demonstrar capacidade de pensamento crítico em ambientes em que a informação é limitada, incompleta e ambígua, o que requer um processo cognitivo complexo na tomada de decisões clínicas.

"(...) os próprios doentes que muitas das vezes não conseguem sistematizar a informação que nós precisamos para conseguir atribuir a prioridade e estão consecutivamente a contar histórias" E1:02

"Muitas das vezes tem a ver aqui com as queixas inespecíficas dos utentes, quando chegam á triagem. Alguns deles não se sabem queixar, (...) e acabam por nos consumir

aqui algum tempo para nós conseguirmos perceber qual é a intenção daquele doente cá vir” E6:02

“(...) muitas vezes o utente, e é nisso que o enfermeiro pode fazer a diferença, em que o utente pode vir queixar-se de um problema, uma queixa principal que é a perceção que o utente tem da sua saúde, a visão que o enfermeiro pode ter, pode não ter nada a ver” E7:02

Acresce que alguns utentes vêm sem acompanhante ao SU, mesmo sendo dependentes e incapazes de comunicar, o que torna difícil a seleção do fluxograma adequado.

“(...) àqueles doentes que não vêm com acompanhante e que não conseguem verbalizar a queixa e acaba por ser muito restrito para encontrarmos a queixa associada.” E5:02

Freitas (2014) menciona que queixas inespecíficas podem interferir ou mesmo dificultar o trabalho do enfermeiro triador. Se o utente não apresenta uma queixa específica, o enfermeiro terá dificuldade em escolher o fluxograma adequado e consequentemente atribuir a prioridade correta para aquela situação.

Anziliero (2011) identifica como pontos negativos do protocolo da TM, entre outros, a existência de múltiplas queixas ou limitação na classificação de utentes com sintomas atípicos.

Marques e Lima (2007) citados por Madeira [et al] (2010) referem que os utentes recorrem ao SU muitas vezes com queixas inespecíficas e nestes casos, o enfermeiro terá dificuldade em selecionar o fluxograma adequado e atribuir a prioridade correta.

Relacionados com o serviço

Uma última categoria emergiu da análise das entrevistas. Esta categoria engloba os fatores relacionados com o serviço e nela estão englobadas onze subcategorias: número de utentes para triar, tempo de espera para triagem, tempo de espera para consulta, interrupções, pressões internas e externas, horas de trabalho na triagem, circuito dos utentes, tarefas administrativas/outras tarefas, sistema informático, barulho e requisição de Meios Complementares de Diagnóstico e terapêutica (MCDT).

De seguida, vamos analisar e discutir separadamente cada uma destas subcategorias.

Figura 8 - Fatores relacionados com o serviço**Número de utentes para triar**

A existência de um elevado número de utentes a aguardar pela triagem foi um fator apontado pelos enfermeiros, como influenciador dessa mesma triagem. O principal motivo que apontam é a pressão que esse facto provoca no triador, no sentido de ser mais rápido na execução de cada uma das triagens que realiza, com as consequências que podem advir dessa atitude.

Madeira [et al] (2010), referem que a sobrelotação de utentes interfere de forma considerável na qualidade do cuidado que é prestado aos utentes.

Shiroma e Pires (2011) acrescentam que grande parte dos atendimentos efetuados no SU está relacionada com doenças crónicas ou problemas simples que poderiam ser resolvidos a outros níveis, levando à sobrelotação dos SU e dificultando o atendimento desses utentes.

“(...) é uma pressão grande saber que tenho muitos utentes para triar e que tenho que triar rapidamente e posso descurar muitas coisas que eu... não fico tão atenta, tanto nas queixas dos utentes como no exame objetivo que eu lhe faço no momento” E3:02

“O fluxo elevado de utentes ao serviço, obviamente dificulta a realização da triagem (...)”
E4:03

“(...) um utente que entre no período de baixa afluência à urgência será melhor triado do que um utente que venham a hora de grande afluência. Porquê? Porque o triador naquele momento está a ser pressionado, não vai dedicar o tempo, se calhar, necessário de se aperceber efetivamente que o tempo pode se dar uma prioridade maior ou que seja vista melhor uma situação e vai levar a uma triagem pura.” E7:05

“(...) outros fatores que nos influenciam tem a ver também com o número de doentes que recorrem aqui ao serviço de urgência. Temos a falar que quanto mais vierem, não é? Maior é o número de pessoas que nós vamos triar e o acúmulo do tempo de espera, a chegada de mais doentes, aumenta o stress na gestão do dia-a-dia de trabalho.” E9:02

“Garantidamente quando tenho mais fichas tenho tendência a acelerar e perguntar menos coisas a uma série de doentes. Acabo por acelerar a minha triagem.” E10:10

Sobre este assunto, Amaral (2017) refere que uma maior procura de cuidados poderá provocar índices de maior stress nos enfermeiros triadores, por terem de dar resposta num curto espaço de tempo, aumentando a possibilidade de ocorrência de não conformidades na realização da triagem.

Segundo o estudo da mesma autora, o aumento de admissão de utentes tende a diminuir a eficácia da triagem, assim como, nos períodos de maior afluência existe um maior número de não conformidades no global dos três anos que estudou.

Van der Wulp [et al.] (2008) concluíram que a afluência/fluxo de utentes ao SU influencia o desempenho do triador, demonstrando a necessidade de adequação dos recursos humanos às necessidades de cuidados aos utentes que recorrem ao SU e em função dos fluxos diários e horários praticados.

Tempo de espera para triagem

Relativamente a esta subcategoria, importa distingui-la da anterior. Na realidade, o tempo de espera para triagem não tem necessariamente a ver com o número de utentes para triar. Entendemos, pois, que podemos ter muitos utentes a aguardar pela triagem, mas que o seu tempo de espera pela mesma seja curto, dado ser possível efetuar várias admissões no SU, por parte do administrativo, em poucos minutos.

Apesar desta distinção, a influência que este fator tem na triagem é muito semelhante à anterior. A pressão de saber que existem utentes a aguardar há já muito tempo pela triagem provoca o efeito de apressar cada uma das triagens reduzindo dessa forma a atenção devida a cada uma delas.

Moreira (2010) refere que a sobrecarga de trabalho nestes locais varia consoante a hora do dia bem como do número e da condição de utentes que recorrem aos serviços. Neste caso, existem horas do dia em que o número de utentes é maior, tornando-se um fator condicionante.

Esta subcategoria é validada pelas referências dos enfermeiros:

“(...) para triagem causa-nos sempre aquele, pelo menos para mim causa-me sempre aquela necessidade de ser sistemática e não perder muito tempo.” E1:03

“Tenho que ser mais sistemática, não posso deixar a pessoa por vezes... a pessoa entra e conversa e explica e mostra a medicação. No caso de ter mais doentes, sinto é necessidade de agilizar todo o processo.” E1:04

“(...) o tempo de espera pode ser muito elevado o que também interfere tanto na nossa triagem para esse doente como nas triagens seguintes.” E3:02

“(...) outra das questões é o tempo de espera. Muitas das vezes nós ficamos com algum tempo de espera, pelo fluxo de adesão ao serviço de urgência e isso também acaba por nos influenciar (...) saber que temos uma hora de espera e temos imensos doentes lá fora à espera e pode estar lá fora algum doente mais urgente a precisar de ser observado.” E6:02

“(...) temos picos, chegamos a ter mais de uma hora de tempo de espera, temos picos principalmente no inverno, de uma adesão muito grande aos serviços de urgência e chegamos a ter tempos superiores a uma hora.” E6:03

“O principal problema é a pressão de tempo, isto é, quando o triador fica pressionado que tem que encurtar uma triagem (...)” E7:02

“Na minha experiência, o facto de olhar para um ecrã e ver 40 minutos de espera vai-me pressionar, pronto.” E7:03

“E então a pressão é essa: se eu tenho tanto tempo de espera no meio daqueles que estão à espera 40 minutos, tem lá um doente urgente. E esse utente urgente ou emergente tem

que ser visto em menos de uma hora. Ele já perdeu tempo útil de atendimento só no tempo de triagem.” E7:07

“(...) o tempo de espera é demasiado grande. Não há nenhum ser humano que se apercebe que está alguém na sala de espera, que pode ser grave, à espera 30 minutos, que não se sinta pressionado para ir ver se efetivamente naqueles 30 minutos não está alguém que realmente necessita (...)” E7:11

“Quando sabemos que temos uma, duas horas de tempo de espera, que temos muitos doentes fora da sala, pressiona-nos um bocadinho, não é?” E8:02

“O que leva a que tentemos apressar um bocadinho o trabalho, leva a que haja se calhar menos atenção ao doente, é inevitável quando tentamos apressar as coisas.” E8:02

“A questão é: eu quando tenho uma hora de espera, nada me garante que o doente que eu estou a chamar é que é o doente grave.” E10:10

“Pode ser que o doente que esteja com enfarte e pode parar seja o doente que está há 1 hora à espera. Isso influencia obviamente (...)” E10:10

Coutinho [et al] (2012), sobre esta circunstância, referem que em situações de sobrecarga máxima dos serviços de saúde deve-se ainda ter em conta o tempo de espera até à classificação da triagem. No estudo que realizaram, em alguns casos foi descrito como tempo de espera para triagem cerca de 40 minutos, perdendo-se assim grande parte dos seus benefícios. Este tempo torna-se perigoso e incoerente pois “parece ser o mesmo que transferir a fila da sala de espera para a sala de classificação” (Idem, 2012, p.193).

Tempo de espera para consulta

Outro fator que influencia a realização da triagem por parte dos enfermeiros é o tempo de espera para consulta médica. Nos SU alvo deste estudo, é comum o tempo que os utentes aguardam para avaliação médica ultrapassar o preconizado pelo STM, facto que leva a que os utentes abordem constantemente os enfermeiros, especialmente na triagem, e reclamem devido a esse tempo de espera.

Bittencourt e Hortale (2009) referem que o elevado número de utentes que diariamente se encontram nos corredores dos SU associado ao tempo de espera para serem atendidos, implicam uma grande pressão na equipa. Este facto é corroborado pelos enfermeiros:

“(...) como ele está à espera de uma avaliação médica há 5 horas, vai-se virar para o enfermeiro e vai reclamar com o enfermeiro porque é que o médico não o atendeu há 5 horas.” E7:14

“(...) vamos supor que eles seriam um amarelo, o tempo esperado é que seja até uma hora, não é? E eles viriam ao final desse tempo, ainda não foi cumprida a observação da parte deles e vêm reclamar precisamente á triagem e aí entra em conflito com o enfermeiro (...)” E9:07-08

“(...) influencia um bocadinho porque se nós tivermos (...) doentes há 18 horas à espera sem qualquer justificação para isso ou se o serviço está... o serviço de clínica geral está com uma afluência muito superior a todos os outros setores e até há possibilidade, e tu sabes que perante aquela queixa, apesar do protocolo não estar definido que aquele doente tem de ser alocado àquela especialidade mas tu entendes que, e até conversas com o médico, e tudo isso é uma questão que influencia e que por vezes até atrasa a própria triagem.” E1:03

“(...) é uma coisa que se nota, que influencia muito a triagem, é o facto de muitos vezes no serviço de urgência estarmos limitados em termos de atendimento médico, os doentes demoram muito tempo a serem atendidos e isso atrasa, acaba por atrasar muito a triagem, acaba por provocar no triador mecanismo de defesa de se proteger um bocadinho e complica toda a organização do SU” E2:05

“Interfere quando a sala de espera dos verdes está cheia e que já estamos com 10 ou 12 horas de espera e os amarelos estão a ser vistos automaticamente.” E7:11

“(...) influencia o facto de dizer a um doente que estou a triá-lo e que ele tem pelo menos 5-6 horas de espera pela frente.” E10:15

E, segundo os enfermeiros, o tempo de espera para consulta no momento da triagem, pode mesmo influenciar a prioridade atribuída:

“(...) são os tempos de espera para a consulta e sinto que isso pode influenciar o grau de prioridade atribuído ao doente, os tempos de espera são muito longos (...)” E5:02

“(...) como eu sei que os verdes estão com 12 horas de espera eu vou dar um amarelo (...) porque assim eu consigo que haja um maior fluxo de doentes senão fica tudo parado.” E7:12

Foi mencionado também o receio de que, por existir um tempo de espera para consulta elevado, o estado do utente se possa alterar. Tal como referido por Acosta [et al] (2012, p.188), “os profissionais indicam como desvantagem o stress enfrentado quando o estado de saúde do utente se modifica durante um longo período de espera.”

“(...) se dá amarelo a um doente e o doente ao final de 3 horas ainda não foi visto, provavelmente esse doente passou a laranja. Se dá verde a um doente e o doente está há 10 horas à espera, entretanto já fez a febre, já está com uma febre que obriga a priorizar, a repriorizar a situação.” E10:14

Freitas (2014) considera que, sendo a triagem realizada por enfermeiros será também o enfermeiro o primeiro elemento a ser abordado relativamente ao tempo de espera de atendimento médico, que frequentemente é superior ao tempo recomendado pelos algoritmos. Este facto pode ser causador de stress e de sentimentos de insegurança e frustração na tomada de decisão do enfermeiro triador.

No estudo de Chung (2005), os enfermeiros relataram terem experienciado incerteza e sentirem-se em risco quando os utentes apresentam sintomas “borderline” e quando os tempos de espera para observação são elevados.

Para Marculino (2015), é necessário que toda a equipe envolvida seja capacitada mutuamente e se comprometa a seguir o protocolo de forma correta, diminuindo assim, o tempo de espera para atendimento.

Interrupções

Na realização da triagem, os enfermeiros estão constantemente a ser interrompidos. Muitas vezes este facto está relacionado com a localização e a facilidade de acesso à sala de triagem.

Nos serviços onde foi efetuado o estudo, a entrada para a sala de triagem é a mesma por onde entram, por exemplo, as visitas, os bombeiros e por onde passam os funcionários administrativos e os assistentes operacionais. As pessoas que vêm visitar os utentes acabam até por utilizar o posto de triagem para tirar dúvidas sobre os horários das visitas, o sítio onde está o utente, entre outras.

“(...) com muita facilidade as pessoas entram e interrompem as triagens.” E2:03

“(...) o setor onde é realizada a triagem, (...), pelo fato de estar localizado numa zona de passagem, numa zona de entrada e saída de todos os doentes, acompanhantes e profissionais do serviço obviamente que, em muitos momentos, é um fator negativo para a realização da triagem porque há interrupções, porque há barulho, porque há momentos em que não é possível chamar um doente porque outras atividades estão a ser realizadas à porta do local onde é realizada a triagem” E4:03

“(...) os doentes podem voltar atrás e voltam sempre. Sempre que têm alguma dúvida ou querem saber o tempo de espera ou querem saber (...) familiares que nem passaram pela triagem, que vêm visitar os doentes, vêm-nos perguntar onde é que o doente está ou a que horas é a visita das UDCs, pronto, porque é o posto mais acessível, é um sitio de passagem, eles sabem que não nenhuma porta ali fechada e vêm ter connosco.” E8:03-04

“Que mais pessoas ali passam, estamos a falar (...) de administrativos que têm que se deslocar ao serviço (...) das diferentes áreas que nós temos aí (...) para resolver processos administrativos e depois passam por ali, muito próximo do que é a triagem, ainda que eles tendem a não interromper, mas acabam por passar ali, temos sempre aquele ruído de fundo que acontece algumas vezes.” E9:04

“(...) auxiliares que vão tratar de processos administrativos de gestão de internamentos pra fora e por defeito a porta que está atrás da triagem normalmente está fechada e então o circuito que utilizam é o da frente e passam, localiza-se mesmo em frente (...) às nossas triagens (...)” E9:05

“as visitas para o serviço, a entrada é feita pela, pela triagem também (...) até há uma boa gestão por parte do segurança, (...), mas não deixa de ter que falar ali em nossa frente, interrompe aquilo que estamos a fazer.” E9:05

“E erros também na saída porque as pessoas, a nossa área de saída é localizada ao fundo da urgência e as pessoas como vêm ali uma porta de acesso que tentam a sair e voltam outra vez a passar ali na zona da triagem.” E9:05

“As pessoas estão a falar, estão constantemente a ser interrompidas porque é um local de passagem, passa por um lado entra toda a gente, porta de entrada da urgência é aquela e por outro lado o acesso à secretaria é por trás da triagem, portanto há sempre movimento” E10:04

“Eu estou a triar, quantas vezes estou a triar um doente e entram-me pela triagem adentro.” E10:05

“Há transferência de doentes, há acompanhantes de doentes a entrar e a sair, há o segurança que vem muitas vezes á triagem. Pronto, há muitas interrupções (...)” E3:03

“(...) os utentes conseguem vir ter comigo e reclamar comigo, mas se calhar estou a fazer uma triagem.” E7:10

O facto de o telefone estar a tocar durante a triagem também é mencionado como um fato influenciador pois interrompe e desconcentra o enfermeiro triador.

“As chamadas constantes para triagem interrompem a triagem, não é?” E9:04

“Para além de ser fator logo stressante só o estar a ouvir o telefone quando estamos a articular ou a explorar o que é a doença da pessoa que está a chegar, as queixas. Depois é o saber que é mais um problema para resolver, entretanto, não é? Tenho que acelerar este processo para resolver o próximo e também influencia.” E9:04

E depois também as interrupções de diversos profissionais do hospital e das corporações de bombeiros que trazem utentes ao hospital e que aguardam pela triagem:

“são as interrupções por parte de, acho que quase todos os intervenientes aqui do hospital, quer médicos que nos vêm questionar e levantar questões relativamente ás próprias triagens ou dúvidas que tenham de outras situações; são doentes que, uma vez que o espaço onde ela está localizada, são doentes que já foram até atendidos e que vêm nos abordar porque querem ir embora e pensam que funciona um bocado como o sistema informativo ali, são bombeiros que querem passar outros doentes à frente e, às vezes, também interrompem a própria triagem; por vezes também colegas, e contra mim falo, que às vezes acontece de irmos lá para imprimir etiquetas porque é naquele local que funcionam.” E1:02

“E temos também o conflito de o segurança que temos a porta e o administrativo em si (...) No sentido de, vêm interromper, não é?” E9:04-05

“(...) bombeiros que vêm acompanhar doentes que umas vezes tem justificação para a interrupção (...) Mas outras vezes eles não têm bem a perceção dos doentes que têm, não é? Acham que já estão á espera há muito tempo na sala de espera lá de fora e vêm e interrompem, (...).” E9:05

“(...) quantidade de pessoas que ás vezes, interferem, que vêm pedir (...) uma atenção especial para a triagem e às vezes nós perdemo-nos no meio disto tudo porque estamos constantemente a ser chamados e requisitados por tudo e mais qualquer coisa. E ás vezes

tenho medo de estar a fazer uma asneira porque o nosso nível de atenção às vezes está completamente diminuído.” E10:09

Chung (2005), no seu estudo qualitativo onde explorou a experiência na tomada de decisão na triagem dos enfermeiros de emergência concluiu que, entre outros fatores, também as interrupções foram identificadas como fator que influencia o processo de tomada de decisão na triagem.

Pressões internas e externas

Um fator também identificado por alguns dos entrevistados foi o facto de se sentirem pressionados quando estão a triar um utente. E essa pressão pode ser interna, e aqui entenda-se como a que é realizada por elementos do SU como médicos e enfermeiros, ou externa, principalmente de bombeiros que aguardam triagem ou de outros profissionais que não do SU.

Silva (2009) menciona, como exemplo, a valorização da hipertermia nas crianças por parte da triagem, sendo que os pediatras não concordam, considerando essa valorização como excessiva e pressionam o enfermeiro triador sobre esse facto.

Sobre as pressões internas, os enfermeiros referem:

“(...) alguma pressão também por parte dos colegas na orientação dos doentes que podem achar que não é tanto para um lado como para outro. Não deveria ser com aquela prioridade, deveria ser com outra, pronto.” E2:02-03

“(...) algumas vezes os médicos, mesmo sem terem feito o curso de Manchester, vêm tirar “satisfações” de porque é que aquele doente foi triado assim, foi desviado para aquele setor, e põe em causa o nosso trabalho (...)” E3:04-05

“A pressão que é exercida (...), até pelos profissionais do serviço, até pelos médicos (...). A pressão que direta ou indiretamente é exercida sobre o triador também dificulta, obviamente, o seu desempenho.” E4:03

“A pressão que é exercida (...), pelos outros colegas dos diferentes setores de atendimento.” E4:03

“A pressão também que é exercida pelos médicos, muitas vezes sinto só isso por parte de alguns elementos da equipa médica (...)” E5:02

“O facto de termos determinadas equipas, que nós já conhecemos, que nos pressionam a triar de diferente forma, por exemplo, sabemos que temos médicos na unidade laranja, por exemplo, que facilmente nos criticam (...)” E8:02

“E pronto, às vezes somos um bocadinho pressionados pela equipa médica.” E8:02

“(...) muitas vezes eles já não pensam da mesma forma que nós e pronto, e depois pedem para retriar, não concordam, reclamam.” E8:05

“(...) acresce o problema de, da questão da pressão dos próprios colegas que vão receber esses doentes (...)” E9:02

“(...) se tivermos um doente (...) que só vem por alteração analítica, como prioridade será um não emergente, não é? E nós, se não tiver associado a sintomas, e nós vamos encaminhá-lo para uma área mais diferenciada que nos traz o conflito então com o médico porque acha que aquele doente na primeira observação ou na primeira impressão que ele tem, sendo verde, não seria.” E9:03

“(...) esses médicos recorrem muitas vezes lá, ao nosso posto de trabalho, precisamente para fazer essa reclamação e defenderem o seu ponto de vista, porque é que aquele doente não deveria ser para ali.” E9:03

“O problema associado a isso é, mais uma vez, ao ouvirmos essa reclamação acumulamos mais tempo de espera, não é? E eu acho que influencia muito o que é a gestão até porque nos próximos doentes que vamos triar já vamos ter em conta esse conflito prévio que já houve, não é?” E09:03

“(...) principalmente especialidades reclamam que não querem, que o doente não devia ter sido triado para eles.” E10:07

Silva (2009) e também Freitas (2014) referem que os enfermeiros triadores vêm muitas vezes o seu desempenho ser questionado pelo médico, nomeadamente, acerca da prioridade atribuída ao utente o que acaba por provocar um ambiente de tensão e por vezes insegurança nos elementos triadores.

Relativamente às pressões externas, os enfermeiros referem:

“Depois também temos as pressões externas, de pessoas que vêm, conseguem furar e chegar até nós e pedir para serem triados mais depressa.” E6:02

“O saber, por exemplo, que temos macas em espera e as corporações de bombeiros que nos pressionam porque precisam das macas livres e têm outros serviços (...)” E8:02

“E tentam ultrapassar as pessoas que estão lá fora que chegam por ordem de chegada, isso não há dúvida, mas que nos influenciam também, pressionam para atendermos mais cedo alguém que...” E9:05

Horas de trabalho na triagem

O número de horas que um enfermeiro está, de forma contínua, a triar utentes, foi outro fator mencionado nas entrevistas. O principal problema associado ao número de horas de trabalho na triagem é o desgaste associado à constante tomada de decisão e à pressão que é exercida sobre o triador.

Segundo os enfermeiros:

“(...) quanto mais horas permanecer na triagem, a realizar aquela atividade, provavelmente menos qualidade terá no teu desempenho.” E4:03

“(...) é uma atividade desgastante, quanto mais horas lá tiveres posso garantir, obviamente não cientificamente, mas pela experiência pessoal, (...) que o teu desempenho vai diminuir a qualidade (...)” E4:03

“Estamos a falar que é uma atividade em que estás sujeito a uma certa pressão, quanto mais tempo estiveres sujeito a esta pressão mais desgaste terás e, portanto, menos qualidade no desempenho.” E4:03-04

“Se é garantido que uma segunda-feira as afluências são maiores, ao fim de 6 horas, não é preciso chegar às 6, começo a sentir alguma fadiga mental naquilo, e no raciocínio para efetuar uma triagem bem feita.” E5:05

“(...) ao fim de 3/4 horas já começamos a ficar mais cansados e começamos não prestar tanta atenção áquilo que o doente nos diz, já perdemos a noção do que perguntamos, e depois é sempre repetidamente a mesma coisa, perdemos um bocadinho o foco.” E8:07

“(...) quanto mais doentes triarmos há aqui uma exaustão associada, não é? E quanto mais horas assim tivermos, não é? É exetável mais doentes vão acontecer, (...)” E9:06

Num dos hospitais onde foi realizado o estudo, procede-se à troca de enfermeiro triador a meio do turno. No entanto, o enfermeiro que vem substituir o colega da triagem não está a iniciar o turno de trabalho, mas vem de outro setor do SU apresentando já algum cansaço pessoal.

“Há aqui um problema que é: um dos elementos que troca, que vem assumir o novo posto de triagem no período da tarde, (...), vem de uma área onde há muitos doentes também, (...) que vem cansado já das primeiras 4 horas e chega á triagem já cansado ainda vamos a meio do dia. E sem dúvida nenhuma que esse elemento que chega, chega em desvantagem, (...) ali à triagem. Logo, a exaustão ou tolerância para o que é as solicitações da triagem também já vai com uma disposição diferente, então isso influencia muito” E9:07

“Porque a nossa tolerância eventualmente já pode estar mais reduzida, o nosso filtro também com o passar das horas também vai reduzindo, não é? As 12 horas de trabalho nesse aspeto pode ser uma desvantagem, não é? Quanto mais nos aproximamos para o final do turno, menor é o nosso filtro e depois a gestão de conflitos torna-se mais difícil.” E9:07

Amaral (2017) associa o horário coincidente com o final do turno da manhã, às não conformidades identificadas nas auditorias realizadas nesse período temporal. Realça a autora que o cansaço acumulado no posto pode justificar a situação descrita, o que corrobora aquilo que os entrevistados identificaram como fator influenciador do processo de triagem.

Circuito dos utentes

Marques (2009), baseado na experiência do contacto do GPT com múltiplos SU, defende a definição e divulgação, junto dos profissionais, de protocolos de encaminhamento dos utentes.

O mesmo autor refere que uma das grandes vantagens da TM reside não no valor intrínseco da triagem, mas sim, na oportunidade de promover a definição de circuitos de encaminhamento facilitadores da melhor organização do serviço. O célere encaminhamento do utente beneficiará o tratamento precoce e a redução do tempo de duração do episódio.

Ora, esta questão relacionada com o circuito dos utentes dentro do próprio serviço, após a triagem, torna-se um fator influenciador da realização da mesma. Muitas vezes pelo tempo

associado a este procedimento e pela necessidade de estar atualizado sobre os protocolos internos relativos a esta tema:

“(...) quando eu acabei a triagem, eu vou encaminhar o doente e por vezes demoro mais tempo a encaminhar o doente do que propriamente fazer a triagem (...)” E7:05

“(...) os problemas muitas das vezes vêm por aí, não pela prioridade que nós definimos àquele doente, mas sim pelo circuito onde vamos alocar, para onde vou encaminhar o doente.” E6:06

“E o enfermeiro que está na triagem às vezes precisa saber mais de todos os comunicados feitos, porque depois não são reunidos todos os comunicados feitos, como é que vai funcionar a referenciação de doentes, do que da triagem em si (...)” E10:08

Mas também pela necessidade sentida pelos triadores de gerirem as diferentes áreas do SU, de acordo com a sua lotação e carga de trabalho:

“(...) quando eu vejo que tem muito tempo de espera num setor, por exemplo, um doente que venha com uma dor no membro e não é trauma, se eu vir que ele está muito queixoso, sei que ele vai ter um tempo de espera muito elevado se eu o enviar para a clínica geral, e sei que vai ser um tempo reduzido se eu o enviar para a ortopedia. Muitas vezes desvio para ortopedia (...)” E3:02

“(...) tentamos gerir o que é a questão do circuito do serviço e vamos dividindo os doentes, não é? Pelas áreas, influenciando a questão da localização desses doentes.” E9:02

“(...) também influencia (...) é saber como é que tenho o circuito lá dentro. Quais são os serviços que estão encanizados. (...) Quando quem está na triagem sabe que aquele circuito está bloqueado, temos tendência a querer desviar o doente que devia ir para aquele circuito, para outro, para não encravar mais.” E10:14

“Por mais que eu diga que não, influencia o facto de saber que aquelas áreas estão assim (...)” E10:15

Sobre este assunto, Silva [et al] (2013) consideram que o enfermeiro triador desempenha um papel fundamental no encaminhamento dos utentes para os diferentes setores, descongestionando o setor emergência, aumentando a resolução dos problemas dos utentes e a qualidade do atendimento.

O conhecimento da organização e funcionamento do serviço é também essencial para o enfermeiro que trabalha na avaliação e classificação do risco. O profissional deve conhecer em cada momento a situação de cada área física do serviço, assim como os recursos humanos e materiais, a fim de ajustar o fluxo de utentes à capacidade de resposta de cada área (Murillo, 2005).

Oliveira e Guimarães (2013) consideram que o enfermeiro possui um conjunto de características que permitem coordenar a equipa de Enfermagem, responsabilizar-se pela sua unidade de atuação, melhorar os processos de classificação de risco e encaminhar o utente para a área médica mais adequada conforme o seu quadro clínico.

Silva (2009) considera que existe a necessidade de grande investimento no sentido de ser desenhado um circuito de encaminhamento de utentes que beneficie a identificação rápida das patologias consideradas nas Vias Verdes, logo após a triagem.

Tarefas administrativas/outras tarefas

Um dos fatores que foi identificado por um grande número de enfermeiros entrevistados, foi a obrigatoriedade de realização de outras tarefas, muitas delas consideradas administrativas, que os enfermeiros da triagem têm de executar, para além da própria triagem em si. Identificam esta situação como influenciadora, principalmente pelo tempo demorado na execução destas tarefas que nada têm a ver com a triagem.

Num dos hospitais onde foi realizado o estudo, os enfermeiros triadores deveriam sugerir ao utente cuja prioridade atribuída fosse verde ou azul o seu encaminhamento para o Centro de Saúde. Sem qualquer juízo de valor sobre a legitimidade e vantagem da medida, esta orientação para os Cuidados de Saúde Primários demorava bastante tempo pois os utentes teriam de ser naturalmente esclarecidos sobre este protocolo.

Embora este encaminhamento não seja uma realidade nacional, na Austrália, Curtis [et al] (2009) referem ser atribuição do enfermeiro da triagem orientar ou referenciar os utentes com queixas classificadas como não urgentes a serviços ambulatoriais de saúde.

Ainda no mesmo hospital, a identificação dos familiares e acompanhantes dos utentes é realizada pelo enfermeiro da triagem através de uma etiqueta autocolante própria onde se coloca o nome do utente.

“(...) a orientação dos doentes para os centros de saúde, o preenchimento ou... fazíamos parte também ou era obrigatório que os enfermeiros direcionassem os doentes para um questionário que estava a ser aplicado no serviço.” E1:03

“Porque no fundo temos de explicar à pessoa o que é que estamos a falar e essa orientação faz com que a triagem seja demorada (...)” E1:03

“Alguma perda de tempo no processo, perdemos tempo com processos administrativos, quer dizer, tempo que poderia ser utilizado no atendimento é perdido em processos administrativos, a colar etiquetas em familiares.” E2:02

“(...) um ponto que eu acho que influencia negativamente na triagem e que agrava também depois o tempo de espera é o termos que fazer tarefas que não estão relacionadas diretamente com a triagem tal como identificar acompanhantes de doentes, explicar protocolos que temos, no nosso caso, de referênciação de doentes para o centro de saúde. Tudo isso atrasa e põe em causa os tempos limite de triagem.” E3:05

“No nosso serviço especificamente nós temos um conjunto, não muito vasto, mas um conjunto de tarefas não diretamente relacionadas com a triagem, mas são obrigatoriamente realizadas pelo triador. (...) E estou a falar especificamente de tarefas que podemos considerar tarefas administrativas.” E4:05

“(...) uma prende-se com um protocolo que existe no hospital, protocolo de colaboração entre o hospital e os cuidados de saúde primários que permite que os doentes que recorram ao Hospital de Barcelos, se forem originalmente de determinados centros de saúde, caso na altura da triagem sejam classificados como doentes pouco urgentes ou não urgentes, isto é, verdes ou azuis, possam naquele momento ser aconselhados pelo enfermeiro triador a dirigirem-se ao centro de saúde porque o hospital tem vagas específicas no centro de saúde para o atendimento destes doentes. Portanto, todo este protocolo com as suas respetivas explicações é feito em termos práticos pelo enfermeiro triador.” E4:05-06

“Isto consome tempo (...), na realização de uma tarefa que nada tem a ver com a triagem, isto é, depois de triarmos o doente, depois de lhe atribuirmos uma prioridade, ainda temos esta obrigação de lhe explicar que se precisar, se quiser, pode ser atendido no centro de saúde porque nós hospital, temos este protocolo.” E4:06

“E depois ainda temos (...), uma atividade que é a atribuição de um autocolante para os acompanhantes do doente, que tem direito a visitá-lo, a acompanhá-lo durante a sua permanência no serviço de urgência, que nós triadores fazemos no momento da triagem

ou mais tarde quando o doente nos chega sozinho e depois o acompanhante, acaba por chegar mais tarde (...). Portanto, isto uma tarefa puramente administrativa que tem seguramente interferência na realização da triagem.” E4:06

“Somos nós que identificamos as etiquetas de acompanhante e somos nós que no momento da triagem também propomos ao doente não urgente a ida ao centro de saúde (...) e isso também é feito no momento da triagem, e aproveito também para dizer que esse é um fator que acaba por dificultar a triagem (...).” E5:02-03

“Muitas das vezes é aqueles problemas burocráticos (...) que têm a ver com a organização e com a falta de comunicação interinstitucional ou inter-hospitalar e que nos gasta ali algum tempo e que acaba por influenciar aquela triagem e as próximas porque nos consome tempo.” E6:08

No outro hospital onde foi realizado o estudo, as etiquetas de identificação do utente são impressas pelo serviço administrativo. Por vezes, este procedimento é demorado e conseqüentemente atrasa a triagem.

“(...) a nossa dependência de que a secretaria imprima etiquetas e não a impressão automática de etiquetas quando nós fazemos triagem, prejudica-nos, atrasa-nos bastante a triagem, complica-nos a triagem” E10:04

“Se tens 20 doentes à espera, tens 4 etiquetas por doente, tens 80 etiquetas e tens de ter o cuidado para não trocar as etiquetas, (...). Não é a primeira nem a segunda vez que nós enganámo-nos porque em vez de cortar a etiqueta aqui cortamos mais acima. Obriga-nos a aumentar o nível de atenção, há o risco de erro e quando há uma sobrecarga grande de doentes à espera, aumenta o nosso nível de stress, aumenta o risco de erro.” E10:05

Uma das principais tarefas identificadas como causadoras de pressão sobre a triagem e com um grande consumo de tempo despendido é o facto de ter de contactar os médicos de especialidade não presenciais no SU. Esta atividade, nada tendo a ver com o processo de triagem consome imenso tempo aos triadores e acaba por atrasar a chamada de outros utentes.

“(...) quando são doentes que vêm para especialidades, temos de contactar as especialidades, ou contactar os chefes de equipa e isto acaba por nos consumir aqui algum tempo, o que nos vai levar também a um aumento do tempo de espera para a triagem e o aumento do tempo em que estamos a triar aquele doente (...).” E6:04

“(...) tenho especialidades não presenciais. É que essas especialidades não presenciais obriga-me a ligar ao sr. doutor e a informar que tem um doente na urgência.” E7:06

“Por vezes é uma especialidade que efetivamente até tem muito que fazer (...), por vezes podes não conseguir que me atenda.” E7:06

“(...) estou a fazer trabalho administrativo. Obriga-me a comunicar à pessoa x que tem trabalho para fazer.” E7:06

“Sim, eu tenho que ligar a outra especialidade a informar que eles têm trabalho, sim também faz parte. Tudo isso consome-me tempo.” E7:06

“O tempo que eu espero que o médico me atenda e que eu explique a situação, vou perder o tempo todo da triagem” E7:09

“(...) há muitos doentes que vêm com uma cartinha por exemplo para a cardiologia em que a especialidade não foi contactada primeiro, então cabe-nos quase a nós enfermeiros questionar se o doente é mesmo para eles ou não (...)” E8:05

“E as especialidades nem sempre atendem à primeira, perdemos muito tempo.” E8:06

“(...) às vezes (...) pedem-nos para esperar que eles venham á triagem e ficamos ali 10/20 minutos, às vezes, a fazer tempo que eles venham (...)” E8:06

“(...) a maior parte das especialidades exige que se telefone para elas para pedir autorização para triar (...)” E10:07

“(...) e nós estamos constantemente a fazer telefonemas porque pode ser que sim, pode ser que não, depende da vontade (...)” E10:07

“Somos obrigados a telefonar, às vezes a fazer o filme quase como se tivéssemos a pedir um favor.” E10:07

“Às vezes tamos 10 minutos para conseguir referenciar um doente.” E10:08

“Mas administrativamente falando, o grande trabalho é este, é ser telefonista, às vezes perdemos mais tempo a ser telefonista (...)” E10:08

Sobre este fator influenciador, Batista e Bianchi (2006) referem que apesar de o enfermeiro ter sua formação académica voltada para a área assistencial, acaba por se envolver, na maior parte do tempo, no cumprimento de tarefas administrativas.

Sistema informático

Nos SU onde foi realizado este estudo, o processo de triagem é realizado na sua totalidade, em sistema informático o que foi considerado como facilitador da triagem.

Fanha (2012) refere que o aparecimento de sistemas informáticos, cada vez mais sofisticados, em substituição do tradicional suporte em papel tem-se revelado numa imprescindível ferramenta de trabalho.

Segundo Liple, citado por Diogo (2007) a informatização do STM permite obter dados importantes e necessários à gestão dos recursos humanos, relativos ao desempenho dos profissionais de saúde, ao número de profissionais necessários para cada equipa e para cada sector do SU, e à gestão dos recursos materiais e equipamentos necessários à prestação de cuidados de saúde.

O facto de se verificar um mais rápido acesso a toda a informação, sempre que necessário, tornou-se numa ferramenta fundamental para os enfermeiros na realização da triagem e os entrevistados referem isso mesmo:

“(...) o facto de estar num sistema informático dividido em fluxogramas permite-nos rapidamente, de entre aqueles todos, seleccionar o mais adequado referente á queixa do doente.” E5:01

“(...) o principal fator influenciador serão os próprios sistemas de informação e o facto de o STM estar informatizado. Acaba por ser quase didático e até rápido de corrermos todos os fluxogramas. Porque quando ficamos sem sistema, aí sim é um fator que influencia negativamente a triagem, termos que fazer em suporte de papel. Portanto, o facto de estar informatizado é uma mais-valia, é um fator facilitador.” E5:05

A possibilidade de ter acesso ao processo do utente que está a ser triado facilita a execução da tarefa pois permite associar a queixa que está a apresentar no momento com o seu historial clínico.

“(...) é muito facilitador a possibilidade que me cria neste momento o sistema que é: enquanto eu vejo doente, (...) consigo ir consultar o processo clínico e eu consigo ver as antigas admissões na urgência e vou ver o último relatório, tenho logo acesso de uma forma rápida, na nota de alta escrita ou do procedimento que efetivamente o doente tem razão.” E7:12

“A possibilidade de pesquisar os eventos anteriores pode ajudar um enfermeiro a conseguir adequar a triagem, a fazer uma triagem mais eficaz.” E7:13

Uma questão identificada como menos positiva é a lentidão do sistema informático:

“(...) o próprio sistema informático que por alguns motivos tem, como se chama..., mas há uma demora excessiva na própria procedimento em si” E1:02

“O sistema é um bocadinho lento.” E1:02

Os sistemas de informação são considerados vantajosos, no sentido em que possibilitam e facilitam a recolha e análise de dados, da mesma forma que a implementação da informatização do STM foi importante e considerada como relevante pois “(...) a utilização de meios informáticos encontra-se relacionada com a melhoria da capacidade de decisão” (Silva, 2009, p.62).

Barulho

Foi descrita por alguns dos entrevistados a existência de barulho junto da sala de triagem que é audível e perturbador, o que dificulta a realização da mesma.

“(...) no nosso serviço, especificamente e para mim, é o barulho (...)” E1:02

“É o barulho, são os auxiliares que têm de passar doentes, são os lixos que são retirados (...), todo esse barulho que vai influenciando no fundo a conversa que estou a ter com o doente” E1:02

“(...) é um sítio de passagem em que temos familiares, visitas, bombeiros, transportes a entrar, é um sítio de muita passagem.” E8:03

“(...) acho que é um sítio muito movimentado, muito barulho (...)” E8:08

“Por trás da triagem temos acesso á secretaria e temos sala de emergência. Quantas vezes eu estou a tentar ouvir o que os doentes dizem e não consigo porque tenho monitores a apitar alto e bom som atrás de mim.” E10:04

Silva (2012), no seu estudo sobre a satisfação dos utentes com o atendimento de Enfermagem no SU, apurou que alguns dos utentes consideram o posto de triagem como tendo pouca privacidade dando com exemplo a existência de muitas conversas paralelas e muito barulho o que dificulta a comunicação entre eles e o enfermeiro.

Requisição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Num dos SU onde este estudo foi realizado, está contemplada a possibilidade de os enfermeiros triadores solicitarem a realização de eletrocardiograma aos utentes que considerem útil a realização desse exame específico. De realçar que no outro SU onde foi realizado o estudo, esta possibilidade não está contemplada.

Em alguns países é autorizado ao enfermeiro, se considerar necessário, iniciar procedimentos terapêuticos durante a triagem. Na Austrália, o enfermeiro pode prescrever a administração de medicações orais e inalatórias, oxigenoterapia, soroterapia ou até a realização de eletrocardiograma. O enfermeiro triador pode também, em algumas situações, solicitar exames laboratoriais e radiológicos (Curtis [et al], 2009).

A abertura do serviço para esta possibilidade foi descrita como um fator positivo e influenciador da triagem.

“(...) efetivamente a possibilidade de pedir meios complementares de diagnóstico pra antecipar, que é uma coisa muito boa que nós temos aqui no sistema (...)” E7:13

“O facto de saber que vai haver outro técnico que vai fazer um exame, que vai tentar descartar ou não, vai dar mais segurança, porque efetivamente, se é uma via verde muito bem, mas depois há aqueles que são dúbios.” E7:13

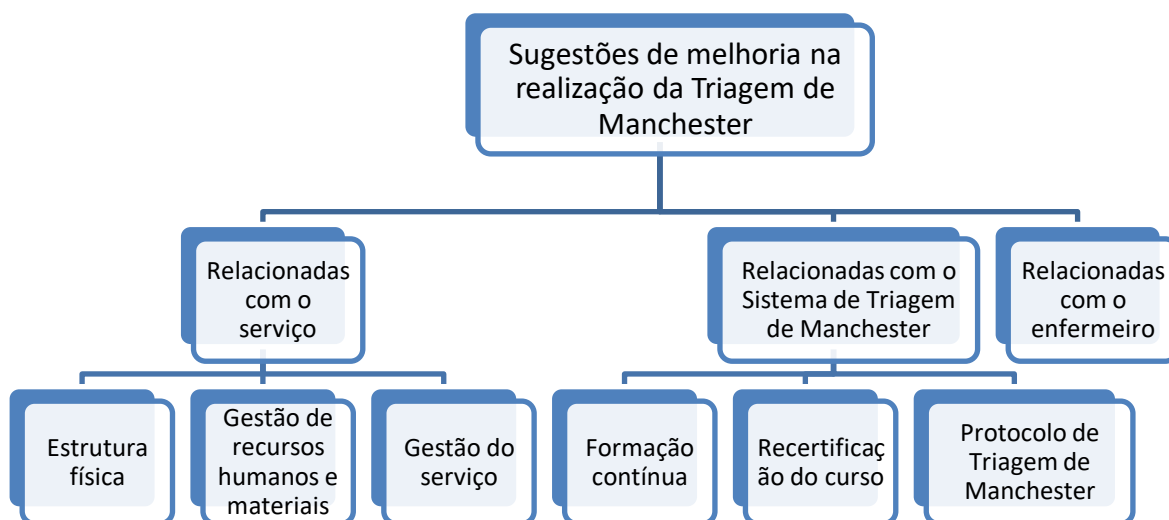
Speake [et al] (2003) num estudo que avaliou todos os utentes com dor torácica no Serviço de Emergência do Manchester Royal Infirmary, submetidos à triagem pelo STM, identificaram a habilidade dos enfermeiros para identificar aqueles utentes com dor torácica que requerem imediata realização do eletrocardiograma e avaliação médica em 10 minutos, o que vai de encontro ao que os entrevistados afirmaram como sendo uma mais valia no seu serviço.

Um outro estudo em Portugal que avaliou utentes com elevação do segmento ST no enfarte agudo do miocárdio, concluiu que 79% dos utentes foram classificados como muito urgente-laranja e 21% como urgente-amarelo. O número de utentes classificados como amarelo foi excessivamente alto o que, segundo os autores, pode estar relacionado a falha intrínseca do STM, por não incluir a realização do ECG como discriminador no fluxograma da dor torácica (Trigo [et al], 2008).

ÁREA TEMÁTICA 3 - SUGESTÕES DE MELHORIA NA REALIZAÇÃO DA TRIAGEM DE MANCHESTER

Relativamente à terceira área temática deste estudo, que se refere às sugestões de melhoria na realização da TM, foram identificadas três categorias: relacionadas com o serviço, relacionadas com o STM e relacionadas com o enfermeiro. Na categoria de sugestões de melhoria relacionadas com o serviço, identificaram-se três subcategorias: estrutura física, gestão de recursos humanos e materiais e gestão do serviço. Em relação à categoria de sugestões de melhoria relacionadas com o STM, foram identificadas três subcategorias: formação contínua, recertificação do curso e protocolo de TM.

Figura 9 - Sugestões de melhoria na realização da Triagem de Manchester



Relacionadas com o serviço

Os enfermeiros entrevistados apresentam algumas sugestões de melhoria associadas ao próprio serviço. Estas sugestões foram divididas em três subcategorias: estrutura física, gestão de recursos humanos e materiais e gestão do serviço.

Estrutura física

Relativamente à estrutura física do serviço, de acordo com aquilo que foram as dificuldades identificadas na categoria anterior, os enfermeiros consideram necessárias algumas

alterações. E referem principalmente a melhoria do espaço físico onde é realizada a triagem bem como a garantia da privacidade dos utentes nesse momento.

“(...) a localização e a estrutura física da TM, acho que isso é o essencial” E1:06

“(...) se se colocasse uma porta já evitava muitos constrangimentos, nomeadamente até atendendo á privacidade dos doentes, ao facto das interrupções.” E1:06

“O espaço em que é feita a triagem devia ser um espaço com maior privacidade, os dois postos deviam ser separados, e havia de haver uma porta a separar o exterior com a triagem (...)” E3:06

“(...) remodelar ou atualizar o posto de triagem, a sala de triagem propriamente dita. É uma sala pequena, se calhar precisava de mais espaço, precisava de equipamento nos dois postos de triagem igualmente distribuídos, precisava de garantir a privacidade do doente.” E5:05

“(...) melhorar o espaço onde é feita a triagem neste momento, (...)” E6:08

“(...) a nível de estrutura, acho mesmo mudar em termos de segurança (...)” E8:08

Para além da sala em si, alguns dos entrevistados sugerem também a possibilidade de ter acesso a imagens da sala de espera no sentido de observar os utentes e tentar perceber alguma alteração do seu estado.

“(...) o enfermeiro estruturalmente deveria conseguir observar a área de triagem (...)” E7:07

“(...) eu deveria conseguir (...) ter o controle da sala de espera, conseguia ver a sala de espera e ele poderia à distância aperceber-se que um doente está a piorar e chamá-lo para a retriagem.” E7:08

Alguns dos entrevistados sugerem também a possibilidade de alterar a localização da sala de triagem para que esta não seja tão acessível a outras pessoas que não os próprios utentes chamados para a triagem.

“(...) acho que devia ser um sítio mais isolado, mais resguardado e com mais privacidade.” E8:04

“Ou colocar a triagem noutro sítio ou, por exemplo, arranjar forma de ser um sítio unidirecional, não haver passagem de doentes, familiares (...)” E8:08

“(...) da localização, (...) nós conseguiríamos barrar dali, de alguma forma pôr uma porta, mas não sei.” E9:09

“Aquele posto 3 sobrepõe-se um bocadinho (...). Ou tentar, ou afastar ou localizá-la noutra sítio (...).” E9:09

Toni e McCallum (2007) referem que um espaço adequado, a par de outros aspetos como, material, sistema de comunicação, acesso à área de tratamento, um profissional experiente, apoiado por uma equipa multidisciplinar, são componentes de um sistema de triagem eficiente.

Freitas (2014) refere que o gabinete de triagem deve ser um espaço com determinadas características para que o processo de triagem se possa processar da forma mais correta, permitindo um ambiente calmo e acolhedor, diminuindo assim o stress presente em situações de doença como as que levam os utentes a procurar os SU.

Gestão de recursos humanos e materiais

A nível dos recursos humanos e materiais alocados à triagem, foram também efetuadas algumas sugestões. Destacamos nesta subcategoria a necessidade de ajustar a equipa de trabalho de forma a estar garantida a possibilidade de abrir mais um posto de triagem em caso de necessidade, como foi referido num dos hospitais deste estudo.

“(...) se for para colocar dois postos de triagem, em ambos terem o material necessário para a execução da triagem.” E1:06

“(...) se possível aumentar o número de enfermeiros para poder abrir o segundo posto com mais facilidade.” E2:05

“(...) era ter um auxiliar sempre perto de nós (...).” E3:06

“(...) ter 2 triadores porque muitas vezes não conseguimos um segundo triador (...).” E3:06

“Há uma auxiliar só para os postos de triagem. Não chega muitas vezes, em fase de grande afluxo não chega.” E10:09

“(...) se calhar, precisávamos de dividir o turno ao meio para o triador. Em vez de ficar tantas horas seguidas porque é um posto de trabalho extremamente desgastante, acho que poder-se-ia pensar em dividir pelo menos o turno ao meio (...).” E5:05-06

A necessidade da existência dos recursos materiais em cada posto de triagem foi identificada por Moreira (2010) quando enunciou determinados pré-requisitos que são transversais a todas as tipologias de triagem que são utilizadas em todo o mundo.

Diogo (2007) refere também que a prestação de cuidados aos utentes com doença e/ou lesão emergente e/ou urgente apenas é conseguida na presença de recursos humanos, recursos materiais e equipamentos adequados, o que vai de encontro às sugestões dos entrevistados.

Gestão do serviço

Aproveitando também aquilo que o STM oferece como contributos para a organização do SU e que está descrito na primeira categoria analisada neste estudo, os entrevistados apresentaram algumas sugestões.

Algumas destas sugestões têm a ver com o circuito dos utentes no próprio serviço:

“Se calhar em alguns casos adequar melhor o circuito dos doentes de forma a melhorar também o atendimento dos doentes no serviço de urgência, em algumas situações mais pontuais e principalmente quando está mais sobrecarregado (...)” E2:05

“(...) impedir o acesso dos doentes que foram triados, impedir que eles pudessem voltar a estar com o enfermeiro que está a fazer a triagem.” E6:08

“O doente que vai para a triagem deveria ter uma porta de acesso e as visitas deviam ter outra porta de acesso. Não podiam entrar as duas pelo mesmo sítio, deviam ter circuitos diferentes.” E6:09

“(...) definir um circuito diferente do que seriam os doentes que vêm em maca, por exemplo acompanhados com equipas do pré-hospitalar, dos outros que vêm a pé, (...)” E9:09

“(...) nós conseguimos fazer um outro acesso para as visitas, (...) até com horários planeados também e deixávamos de ter aquelas interrupções (...)” E9:10

Outros dos entrevistados apresentaram sugestões que minimizam a influência de determinados fatores na realização da triagem, tais como:

“(...) o fluxo de doentes ser mais reduzido (...)” E3:06

“(...) a eliminação destas tarefas administrativas (...), também seriam positivas.” E4:06

“(...) devia existir uma segunda linha de triagem que reavaliasse os doentes de forma periódica.” E7:08

Também foi sugerida a realização de formação aos seguranças e assistentes operacionais, não acerca do protocolo de triagem e sua realização, mas sim acerca das regras de funcionamento da TM, de forma a garantir o seu bom funcionamento:

“(...) a instrução dos outros demais profissionais que estão cá no hospital que também indiretamente estão envolvidos na triagem. Eu falei na questão do segurança, (...) tirar aquela impressão do que é ver sangue, do que é o restante. Mas também dos assistentes operacionais que nós temos cá, (...) precisavam de uma instrução de triagem, para perceberem que o circuito é para funcionar dessa forma e não todos que tenham que regressar para trás.” E9:10

Os enfermeiros referiram também a importância de uma adequada integração à triagem, o que é corroborado por Silva [et al] (2013) quando mencionam a necessidade de treino das equipas para lidarem com a triagem com competência e eficiência, pois a sua realização pode ser muito proveitosa para os utentes quando praticada por profissionais conscientes e bem treinados.

“(...) devíamos ter uma integração à triagem, passar dois ou três turnos com um colega ao nosso lado, nós a triarmos e o colega a dar opinião dele (...).” E8:09

“Acho que beneficiávamos fazer uma integração na prática.” E8:09

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

Relacionadas com o Sistema de Triagem de Manchester

Na identificação de sugestões de melhoria na realização da TM, algumas estão relacionadas com o próprio STM. Nesta categoria, identificamos três subcategorias que

serão analisadas e discutidas de seguida: formação contínua, recertificação do curso de TM e o protocolo de TM.

Formação contínua

Analisamos anteriormente, neste estudo, a necessidade e o papel da formação contínua no desenvolvimento profissional do enfermeiro e na melhoria do desempenho enquanto enfermeiro triador.

Neste contexto, os enfermeiros propuseram algumas ideias que poderiam melhorar a realização da triagem. A maior parte delas incidem sobre os resultados das auditorias internas que poderiam e deveriam ser objeto de formação em contexto de serviço.

“(...) sinto como necessidade é de ter mais feedback da parte de quem nos faz as auditorias ou quem está mais ligado a tudo o que se passa a nível de TM, para saber também aquilo que tenho para melhorar (...)” E1:05

“(...) eu precisava que realmente que houvesse mais um feedback por parte dessas pessoas que são mais capazes ou têm instrumentos para serem mais capazes do que nós e ajudarem-nos a melhorar.” E1:05

“(...) a formação é sempre bem-vinda. E acho que é essencial e é, como é um posto também que define muito o próprio serviço em si (...)” E1:07

“(...) nós temos auditores cá, que fazem auditorias e de certeza que encontram algumas inconformidades. Acho que poderíamos ter (...) mais conhecimento daquilo que não está bem.” E2:04

“Mais formação (...) ou reflexões sobre o desempenho (...)” E4:06

“(...) devia-se pensar se calhar numa formação mais frequente para, de seleção desses pequenos erros ou dessas pequenas não conformidades e numa formação de serviço conseguir passar (...) esses erros como método de instrução (...)” E9:08

“Precisamos, na certa, de ter formações de atualização e discussão sobre temáticas, para todos triarmos de uma forma semelhante, (...)” E10:03

“fazemos periodicamente (...) discussão, principalmente aqueles fluxogramas em que há uma dualidade de critérios muito grande (...) pelos triadores.” E10:03

“(...) essa formação tem que ser repetida e replicada várias vezes para chegar até lá e com mais periodicidade.” E10:03

O GPT (2010) refere ser esperado que, 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.

Benner (2005) reforçou a necessidade de formação contínua para que os profissionais sejam capazes de analisar situações complexas e responder às mesmas com competência pois todos devemos estar cientes da evolução das práticas de Enfermagem, associadas à constante necessidade de tomada de decisão.

Amaral (2017) demonstrou a importância da formação contínua e da prática clínica na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, nos postos de triagem.

A mesma autora refere que, após a implementação de um programa de formação, realizado pela equipa de auditores de TM do serviço onde foi realizado o estudo, observou-se um aumento da eficácia na realização da TM e, conseqüentemente, uma melhoria da qualidade da TM. Estes resultados demonstram que a sugestão dos entrevistados pode efetivamente melhorar a realização da TM nos seus serviços.

Recertificação do curso

Na categoria anterior foi debatida a importância do curso de TM bem como algumas lacunas que os enfermeiros identificaram no mesmo. Dada a importância que a TM hoje assume na dinâmica dos SU, os enfermeiros assumem que, porventura, seria necessário recertificar o curso.

“E acho que devia existir, (...) uma espécie de uma recertificação da triagem com o tempo para se ajustar aquilo que não estava bem e que poderá ser ajustado.” E2:04

“(...) os algoritmos têm que ser, de x em x tempo, recertificados. Talvez o da triagem também o merecesse ser, isto é, todos os triadores de x em x tempo que eu não sei quantificar, mas de x em x anos, não muitos, deveriam voltar a repetir o curso. Novamente ouvir o que são os conceitos da triagem, o que são as definições dos fluxogramas, dos discriminadores que são usados (...)” E4:05

“(...) ou recertificação no sistema de triagem também acabaram por ser positivos.” E4:06

“(..) provavelmente uma recertificação do curso, do curso de triagem.” E9:08

“(..) já houveram até atualizações do que é a triagem, o sistema de triagem em si e era importante haver aqui uma recertificação para treinarmos (...)” E9:08

“Na certa teria lógica, como em diversas áreas, recertificar, sendo a TM algo tão importante para a organização de um serviço como é.” E10:04

O GPT (2010) refere que a leitura do Manual do Formando e a frequência do curso não produzem uma perícia instantânea em triagem. Pelo contrário, apenas vão introduzir o método e permitir aos profissionais o desenvolvimento da sua competência na utilização do material disponível.

No entanto, desde o início da implementação do STM em Portugal surgiu já uma versão mais atualizada que contempla algumas alterações nos fluxogramas e discriminadores. Estas atualizações foram incorporadas nos cursos de TM atuais, mas os enfermeiros que o realizaram anteriormente não voltaram a repetir o curso.

Protocolo de Triagem de Manchester

Sabemos que todos os enfermeiros triadores terão, eventualmente, opiniões muito pessoais sobre os fluxogramas e discriminadores em uso no protocolo de TM. Porventura, estas opiniões não serão unânimes e aquilo que para uns seriam alterações necessárias, para outros estarão muito bem dessa forma e seriam alterados outros. Apesar disso, foram vários os enfermeiros que identificaram hipóteses de melhoria no protocolo.

“(..) se fosse possível introduzir ligeiras alterações ao sistema em si, aos fluxogramas que estão construídos, algumas variações, (...) mas há um conjunto ou outro de circunstâncias que se houvesse um fluxograma mais específico ou um discriminador mais adaptado provavelmente esta atividade teria mais qualidade (...)” E4:04

“O abrir a possibilidade do sistema de triagem em si, do algoritmo contemplar mais uma ou outra situação que podia entendido como um fluxograma, (...). Até porque temos casos específicos de queixas muito direcionadas num determinado sentido que poderiam, (...), já ser consideradas um fluxograma.” E4:06

“Tem ali, se calhar, a falta de um fluxograma ou outro que podiam acrescentar.” E6:05

“Se o problema da vinda à urgência é dor, porque não existir um circuito específico para a dor?” E7:14

“(...) nós temos que encontrar uma forma de conseguir objetivar, sistematizar o olhar clínico. E a TM pode pretender fazer isto, mas ainda não conseguiu.” E10:15

“(...) a TM precisa evoluir para isso, precisa evoluir para conseguir oficializar o olhar clínico do doente.” E10:15

Anziliero [et al] (2011) reconhecem a uniformização do protocolo e identificam algumas vantagens desta, tais como: o reconhecimento internacional, o sucesso na utilização em diferentes sistemas de saúde, fluxogramas lógicos e uniformes para a tomada de decisão e a realização de auditorias.

No entanto, os mesmos autores identificam como pontos negativos do protocolo a rigidez na metodologia, a limitação na classificação de utentes com múltiplas queixas ou com sintomas atípicos, subestimação do nível de gravidade de utentes com mais de 65 anos.

Desde o início da implementação do STM em Portugal era utilizada a versão 1 do STM. No entanto, segundo a Norma 002/2015 da DGS, publicada em março, todos os hospitais deveriam passar a utilizar a versão 2 da TM até o dia 31 de dezembro de 2015, pois trata-se de uma versão mais atualizada e que contempla algumas alterações nos fluxogramas e discriminadores.

Relacionadas com o enfermeiro

Uma terceira subcategoria que emergiu da análise das sugestões dos entrevistados para a melhoria da realização da TM foram as relacionadas com o próprio enfermeiro.

A principal nota a retirar destas sugestões é o facto de considerarem a experiência do enfermeiro como fator decisivo na escolha do triador, sugerindo até aumentar o tempo de experiência profissional necessário à realização da triagem.

“(...) eu acho que faz todo o sentido colocar na triagem triadores que apresentem bons resultados, não é a palavra adequada, mas apresentem resultados (...), em que não haja um grande desvio da média (...)” E3:05

“(...) deviam ser precisos mais de 2 anos para os enfermeiros puderem fazer triagem.” E6:08

“(...) fazer triagem sim, mas só algum tempo depois de ter alguma experiência, acho que vamos para lá assim um bocadinho imaturos.” E8:08

“A meu ver não chega 2 anos, 2 anos não chega, é preciso mais, é preciso mais.” E10:12

“Já que são os 2 anos para fazer triagem, nunca deixar um elemento sozinho com essa idade numa triagem.” E10:16

“(...) a TM tem um nível de importância em que só devia ter enfermeiros dos últimos escalões de desenvolvimento, se quiseres usar os princípios da Benner, (...) da Patricia Benner é que deviam estar na triagem.” E10:16-17

A experiência profissional do enfermeiro triador nos cuidados ao utente crítico é mencionada por diversos autores.

Como já mencionado, Duro e Lima (2010), referem existir evidências de que a eficácia da triagem está relacionada com a experiência do enfermeiro, especialmente com a experiência em atendimento de urgência. Também FitzGerald [et al] (2010) referem que a eficácia da triagem está associada à experiência em urgência do enfermeiro triador e Fathoni [et al] (2013) concluíram haver correlação significativamente positiva entre a habilidade de triar e a experiência profissional.

Silva [et al] (2013, p.12) mencionam que “a intuição de um enfermeiro de triagem desenvolve-se com experiência, sensibilidade e o uso de observação.” E acrescentam que estas características serão desenvolvidas ao longo dos anos pois “quanto mais tempo e experiência se adquire, maior uso de faz da sensibilidade e intuição, estabelecendo-se de forma mais eficaz as pontes com o referencial teórico que sustenta o fazer.”

Acosta [et al] (2012) relatam que os enfermeiros experientes transmitem confiança, pois os enfermeiros menos experientes procuram neles auxílio e explicitação das suas dúvidas e, por esse motivo, será expectável que mais anos de experiência, na realização de triagem, confira aos enfermeiros maior segurança na sua realização.

Diogo (2007) refere que, perante as questões dirigidas pelo enfermeiro triador aos utentes, os mais atentos poderão tender a responder afirmativamente, procurando um atendimento mais rápido. Aquilo que o autor considera como o fornecimento de informação e o condicionamento das respostas terão maior probabilidade de acontecerem, se a triagem for feita por enfermeiros triadores inexperientes e/ ou pouco treinados.

Segundo Cone e Murray (2002, citado por Forsgren, Forsman, Carlstrom, 2009) o enfermeiro triador deve ter pelo menos um ano de experiência profissional além de formação específica em triagem com o intuito de realizar as suas funções de forma satisfatória, ou seja, com cada vez menos dificuldades no seu desempenho enquanto triador.

Para o CENA (2009) a triagem deve ser realizada por profissionais experientes e treinados pois a capacidade do enfermeiro para triar de forma eficaz depende de amplos conhecimentos e experiência e de decisões baseadas na evidência.

CONCLUSÕES FINAIS

Ao longo dos capítulos anteriores contextualizamos teoricamente a temática e partilhamos todo o percurso efetuado para a consecução deste estudo.

Neste capítulo, é nossa pretensão refletir sobre esse percurso e extrair o que de mais importante se nos apresenta, para daí tirarmos conclusões válidas, elaborar algumas perspectivas futuras e lançar alguns desafios consequentes com essas perspectivas.

A escolha deste tema resultou de uma motivação preexistente e acreditamos que deste trabalho emergem conclusões que podem contribuir para a melhoria das práticas de cuidados de Enfermagem no âmbito da TM.

Neste sentido, estruturamos o nosso quadro conceptual em torno de três eixos principais: o contributo do STM como protocolo de triagem de prioridades, os fatores que influenciam a realização da TM e as sugestões de melhoria na realização da TM.

A excessiva afluência dos utentes aos SU é uma realidade que se tem verificado no decorrer do tempo, transformando-os numa das áreas mais difíceis do SNS. Esta sobrelotação frequente dos SU torna-se potenciador de impacto negativo na qualidade das respostas às necessidades em cuidados de saúde da população.

Com a finalidade de minimizar este impacto, foi implementado em Portugal o STM, com o objetivo de priorizar os utentes consoante a gravidade clínica que apresentam à chegada ao SU.

Para que este sistema de triagem se torne verdadeiramente eficaz, terá que ser realizado por profissionais de saúde que possuam a destreza, competência e capacidades necessárias à tomada de decisão.

Nos SU hospitalares, a Enfermagem tem tomado para si a responsabilidade do acolhimento, avaliação e classificação da gravidade da situação do utente, através do STM.

Pretendeu-se com este estudo identificar e analisar fatores que poderão influenciar a atuação do enfermeiro na realização da TM. Os enfermeiros identificaram, entre outros fatores:

- Os recursos materiais e humanos alocados à realização da triagem, apontando dificuldade na abertura de mais um posto de triagem, quando a afluência de utentes é maior, pelo número reduzido de enfermeiros por turno.

- A experiência profissional dos enfermeiros, principalmente nos cuidados ao utente urgente/emergente, bem como a sua formação profissional contínua na área da TM. As características pessoais do enfermeiro, principalmente a segurança na tomada de decisão foi também mencionada pelos participantes do estudo.
- A estrutura física da sala de triagem que, além de ser pequena, não garante a manutenção da privacidade necessária à realização da triagem. Também foi apontada a dificuldade no isolamento acústico entre as salas de triagem pelo que os utentes conseguem ouvir as queixas um do outro caso sejam triados ao mesmo tempo.
- O protocolo de TM que apresenta alguma rigidez na sua aplicação não permitindo ao enfermeiro autonomia para, através do seu juízo clínico baseado na experiência em utente crítico, decidir ajustar a prioridade do utente.
- O curso de TM, por ser realizada num só dia e ser fundamentalmente teórica, limita os enfermeiros na prática onde as situações que surgem são por vezes complexas, demonstrando assim a necessidade de ser realizada uma integração na prática dos enfermeiros com aproveitamento no curso pois este, por si só, não basta.
- A falta de informação dos utentes e família sobre o STM que obriga a dispensar de algum tempo em explicações atrasando as triagens seguintes, com as consequências que daí podem advir.
- A dificuldade na identificação das queixas, nos casos em que os utentes entram no SU sozinhos e não são capazes de verbalizar.
- A pressão por vezes exercida pelo utentes e/ou família para a atribuição de uma prioridade mais elevada. Muitas vezes esta pressão inclui alguma violência, sobretudo verbal, sobre o triador e condiciona a sua tomada de decisão.
- O elevado número de utentes para triar e o tempo que aguardam pela triagem que levam o triador a tentar ser mais rápido na realização da triagem individual, podendo descurar algum sinal ou sintoma de gravidade que o utente apresente e que pode escapar à avaliação, precisamente pela pressão do tempo e do número de utentes que ainda aguardam pela atribuição da prioridade.
- O tempo de espera excessivo para atendimento médico, ultrapassando os tempos alvo que o STM preconiza, o que pode condicionar a atribuição da prioridade por parte do enfermeiro. Percebe-se, por exemplo, que um utente triado com prioridade amarela deve esperar 1 hora no máximo e não 10 e 12 horas como, por vezes, acontece.

- O barulho que é audível junto à sala de triagem bem como as interrupções constantes que dificultam a concentração necessária à tomada de decisão.

- A realização de outras tarefas, muitas delas administrativas, que são efetuadas no momento da triagem e que consomem tempo ao triador aumentando o tempo de espera dos utentes.

Espera-se que os conhecimentos obtidos através deste estudo de investigação e sobretudo a resolução dos fatores enunciados pelos enfermeiros como influenciadores da sua atuação, possam ser a alavanca para a promoção da reflexão sobre as práticas, despertando sensibilidades para se desenvolverem estratégias mais eficazes e potenciadoras da performance na realização da TM e, conseqüentemente, para a melhoria do desempenho profissional e da qualidade dos cuidados prestados.

Nesse sentido, foram também identificadas pelos enfermeiros participantes, algumas sugestões para a melhoria da realização da TM. Assim, entre outras, mencionamos:

- Desenvolver planos de formação orientados para a melhoria da eficácia do STM, partindo das necessidades dos profissionais que a realizam, sobretudo acerca das não conformidades mais frequentes detetadas em auditorias e que possam ser debatidas e melhoradas em equipa.

- Melhorar a estrutura física da sala de triagem onde possa ser garantida a privacidade dos utentes, nomeadamente separando os postos de triagem com porta entre eles e para o exterior, procurando também o isolamento acústico das salas.

- Gerir os recursos humanos de forma a tornar mais fácil a abertura de mais um posto de triagem em caso de afluência elevada de utentes. Sabendo que o STM é um instrumento que também tem o seu papel na gestão dos serviços e tendo acesso a dados como a afluência de utentes por dia e hora, poder-se-ia pensar na gestão dos recursos humanos de acordo com esses dados, otimizando-a.

- Separar a entrada para a sala de triagem da entrada das visitas com a elaboração de vias de circulação diferentes para cada caso.

- Reduzir o tempo de permanência do enfermeiro na realização da triagem, de forma a evitar o desgaste inerente à constante tomada de decisão.

- Realizar uma integração mais adequada na TM dos enfermeiros que tiveram aproveitamento no curso de TM, bem como ponderar a recertificação do curso,

assegurando desta forma que os enfermeiros que realizam a triagem são detentores das competências adequadas para a sua execução.

- Eliminar as tarefas administrativas que são realizadas no momento da triagem, que nada têm a ver com esta, mas que consomem imenso tempo aumentando os tempos de espera para triagem.

Pensamos também que poderia ser importante a preparação e implementação de um programa nacional de educação para a saúde que englobasse todas as dúvidas pertinentes que os utentes apresentam acerca da TM. Torna-se evidente neste estudo a importância da literacia da população em geral, como potenciais utentes e familiares, acerca do STM que lhes permitisse um conhecimento básico sobre os princípios que estão inerentes ao processo e evitar dessa forma constrangimentos, dúvidas e até momentos de pressão durante a atribuição da prioridade.

Chegados a este ponto, importa também evidenciar algumas limitações deste estudo. Uma limitação é a inclusão no estudo de apenas dois SU hospitalares, tornando a amostra reduzida em termos nacionais. Outra prende-se com a inexperiência do investigador e a disponibilidade de tempo para a concretização do estudo que, no entanto, se transformou numa mais-valia, pela descoberta do gosto pela pesquisa e pelo contributo no aprofundamento de conhecimentos e competências em investigação.

Algumas propostas emergem dos resultados globais, tais como:

A replicação deste estudo noutras instituições onde seja utilizado o STM poderá ser uma mais valia nesta área de intervenção.

Seria interessante também transpor este estudo para outras áreas do território nacional, pois os locais onde foi realizado este estudo são geograficamente próximos e perceber as semelhanças e diferenças eventuais que ambos os estudos possam demonstrar relativamente aos fatores que influenciam a realização da triagem por parte dos enfermeiros.

Poder-se-ia pensar, em estudos futuros, relacionar os fatores influenciadores do processo de triagem que foram identificados com os resultados das auditorias internas. Este estudo potenciaria a perceção da influência de cada um dos fatores na eficácia dos enfermeiros na realização da TM.

Projetando também possíveis estudos futuros e colocando o desafio para o GPT, seria pertinente que o STM pudesse de alguma forma objetivar o olhar clínico do enfermeiro, ou

seja, o que é percebido para além dos fluxogramas e discriminadores. Entenda-se por este olhar clínico, o uso do raciocínio crítico e da experiência do profissional no processo de triagem que lhe permitisse a atribuição da prioridade, incorporando nessa decisão os sinais e sintomas que não são, por vezes, muito objetivos e facilmente identificáveis, mas que despontam ao olhar proficiente do enfermeiro e que somos da opinião que têm de ser valorizados.

Esperamos que este estudo se constitua num contributo para a implementação e execução de processos de mudança que concorram para a construção de uma prática assente nos mais elevados padrões de excelência do cuidar, mantendo a Enfermagem na busca constante da excelência na prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, Aline M.; DURO, Carmen L.; LIMA, Maria Alice S. - Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. ISSN 1983-1447. Vol. 33, Nº 4 (2012), p. 181-190.

ADVANCED LIFE SUPPORT GROUP - Triage, Major Incident Medical Management and Suport. **British Medical Journal Publishing Group**. 1995, p. 113-123.

ALBINO, Maria; GROSSEMAN, Suely; RIGGENBACH, Viviane - Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 36, Nº 4 (2007) p. 70-75.

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.

AMTHAUER, Camila; CUNHA, Maria L. - Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 1518-8345. Vol. 24 (2016), p. 1-7.

ANDERSSON, A.; OMBERG, M.; SVEDLUND, M. - Triage in emergency department - a qualitative study of factors wich nurses consider when making decisions. **Nursing in Critical Care**. Vol. 11, Nº 3 (2006), p. 136-145.

ANZILIERO, Franciele [et al] - **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na Estratificação de risco: revisão de literatura**. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade da Federal do Rio Grande do Sul, 2011. Trabalho de conclusão de Curso para obtenção do grau de Bacharel.

ASENJO, M. [et al.] - Gestión de los Servicios de Urgencias. **Todo Hospital**. Nº 236 (2007), p. 248-255.

BARDIN, Laurence - **Análise de conteúdo**. 4ª edição. Lisboa: 70 edições, 2009.

BARDIN, Laurence - **Análise de Conteúdo**. Lisboa: 70 edições, 2011.

BATISTA K.M.; BIANCHI E.R.F. - Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol 14, Nº 4 (2006), p. 534-539.

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

BEVERIDGE, Robert [et al.] - Reliability of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: Interrater Agreement. **Annals of Emergency Medicine**. Vol. 34, Nº 2 (1999), p. 155-159.

BEVERIDGE, Robert [et al.] – The Canadian Triage and Acuity Scale: a new and critical elemento in health care reform. **The Journal of Emergency Medicine**. Vol 16, Nº 3 (1998), p. 507-511.

BITTENCOURT, Roberto; HORTALE, Virgínia - Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**. ISSN 1678-4464. Vol. 25, Nº 7 (2009), p.1439-1454.

BRACKEN, J. - Triagem. In SHEEHY, S. - **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 4.^a edição. Loures: Lusociência, 2001. P. 117-124.

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

CARVALHO, Cristiane A. P. [et. al] - Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arquivo de Ciências de Saúde**. Vol. 15, Nº 2 (2008), p. 93-95.

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.

CHAVES, Lilian D.; RAMOS, Laís H.; FIGUEIREDO Elisabeth N. - Satisfação profissional de enfermeiros do Trabalho no Brasil. **ACTA**. Vol. 24, Nº 4 (2011), p. 507-513.

CHEN, Shu-Shin [et al] - Factors that influence the accuracy of triage nurses' judgement in emergency departments. **Emergency Medicine Journal**. Vol 27, Nº 6 (2010), p. 451-455.

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

CHUNG, J. Y. - An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. **Accident and emergency nursing**. Vol. 13, Nº 4 (2005), p. 206-213.

COLLEGE OF EMERGENCY NURSING AUSTRALASIA. **Position statement - Triage nurse**. Beaumaris Vic: CENA, 2009.

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.

CONE, K. J.; MURRAY, R. - Characteristics, insights, decision making, and preparation of emergency department triage nurses. **Journal of Emergency Nursing**. Vol. 28, Nº 5 (2002) p. 401-406.

CORDEIRO, A.; SILVEIRA A.; RAPOSO, A. - Triagem nos Serviços de Urgência Geral. **Nursing**. Nº 163 (2002), p. 12-16.

COUTINHO, Ana Augusta [et al.] - Classificação de Risco em Serviços de Emergência: Uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica De Minas Gerais**. Vol. 22, Nº 2 (2012), p. 188-198.

CURTIS, Kate [et al] - The emergency nursing assessment process – A structured framework for systematic approach. **Australasian Emergency Nursing Journal**. Vol 12, Nº 4 (2009), p. 130-136.

DESPACHO nº 1057/15. **DR II Série**. 22 (02-02-2015) 3039. Estabelece disposições no âmbito do Sistema de Triagem de Manchester (MTS).

DESPACHO nº 18459/06. **DR II Série**. 176 (12-09-2006) 18611-18612. Aprova a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência e a criação de unidades básicas de urgência.

DESPACHO nº 19124/05. **DR II Série**. 169 (02-09-05) 12834.

DESPACHO nº 5414/08 – **DR II Série**. 42 (28-02-2008) 8083-8085. Definição da Rede de Urgências.

DIOGO, Carla S. - **Impacto da relação cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS**. Lisboa: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, 2007. Dissertação de Mestrado.

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.

EDWARDS, B.; SINES, D. - Passing the audition – the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage. **Journal of Clinical Nursing**. Vol 17, Nº 18 (2008), p. 2444-2451.

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION. **Triage qualifications - Position statement**. 2011.

FANHA, S. S. - **Programa informático para a Triagem de Manchester: usabilidade percecionada pelos enfermeiros**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, 2012. Dissertação de Mestrado.

FATHONI, M.; SANGCHAN, H.; SONGWATHANA, P. - Relationships between triage knowledge, training, working experiences and triage skills among emergency nurses in east Java, Indonesia. **Nurse Media Journal of Nursing**. Vol. 3, Nº 1 (2013), p. 511-525.

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

FORSGREN, S.; FORSMAN, B.; CARLSTROM, E. – Job satisfaction in nursing. **Internacional Emergency Nursing**. Nº 17 (2009), p. 226-232.

FORTIN, M. F.; COTÉ, J.; FILION, F. - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FORTIN, Marie-Fabienne - **O processo de investigação: da conceção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 9789728383107.

FREITAS, Maria M. - **Dificuldades percecionadas e grau de satisfação dos enfermeiros que fazem triagem de Manchéster nos serviços de urgência**. Leiria: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, 2014. Dissertação de Mestrado.

FUNDERBURKE, Paula - Exploring best practice for triage. **Emergency Nursing**. Vol. 34, Nº 2 (2008), p. 180-182.

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

GROSSMAN, Valerie G.A. **Quick reference to triage**. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

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

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

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - **Triagem no serviço de urgência - manual do formador**. Lisboa: BMJ Publishing Group, 2002.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM – **Critérios para atribuição de cor branca**. Grupo Português de Triagem, 2009.

ISERSON, Kenneth; MOSKOP, John - Triage in Medicine, Part I: Concept, History and Types. **Annals of Emergency Medicine**. Vol. 9, Nº 3 (2007), p. 275-281.

ISERSON, Kenneth; MOSKOP, John - Triage in Medicine, Part II: Underlying Values and Principles. **Annals of Emergency Medicine**. Vol. 9, Nº 3 (2007), p. 282-287.

JESUS, Élvio H. - **Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2004. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem.

JIMÉNEZ, J. G. - Clasificación de pacientes de los servicios de urgencia y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. **Emergencias**. Vol. 15 (2003), p. 165-174.

LIN, Yen-ko; LIN, Chia-Ju - Factors predicting patients' perception of privacy and satisfaction for emergency care. **Emergency Medicine Journal**. Vol. 28, Nº 7 (2011), p. 604-608.

MACHADO, Humberto - **Relação entre a prioridade no serviço de urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, 2008. Dissertação de Mestrado.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. - **Emergency Triage: Manchester Triage Group**. 2ª edição. Oxford: Blackwell Publishing, 2006. ISBN 9780727915429.

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

MACKWAY-JONES, K; WINDLE, J. - Don't throw triage out with the bathwater. **Emergency Medicine Journal**. Vol. 20 (2003), p.119-20.

MADEIRA, D. B.; LOUREIRO, G. M.; NORA, E. A. - Classificação de Risco: Perfil do Atendimento em um Hospital Municipal do Leste de Minas Gerais. **Revista Enfermagem Integrada**. Vol. 3, Nº 2 (2010), p.37-44.

MARCULINO, Leilane M. [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, Nº 10 (2015), 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.

MEDEIROS, F. F.; GIÓIA, F. L.; LOPES, L. L. - Triagem no Departamento de Emergência. In FONSECA, A. S. [et al.] - **Enfermagem em Emergência**. Brasil: Elsevier Editora, 2011. ISBN: 9788535248708. P. 75-97.

MORAES, M.A.S.; MORAIS, V.M.; BRASILEIRO, M.E. - Pesquisas científicas relacionadas à satisfação do enfermeiro em pronto-socorro em publicações na Biblioteca virtual em saúde no período de 2001 a 2011. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**. Vol. 3, Nº 3 (2012), p.1-16.

MOREIRA, Cátia - **Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade?** Porto: Faculdade de Ciências/Faculdade de Medicina, 2010. Dissertação de Mestrado.

MUKHAMAD, F.; HATHAIRAT, S.; PRANEED, S. - Relationships between Triage Knowledge, Training, Working Experiences and Triage Skills among Emergency Nurses in East Java, Indonesia. **Nurse Media Journal of Nursing**. Vol. 3, Nº 1 (2013), p. 511-525.

MURILLO, J. M. - Rol del enfermero en el área de triage. **Avances en Enfermería**. Vol 23, Nº 1 (2005), p. 82-89.

MURRAY, M. J. - The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. **Emergency Medicine Journal**. Vol. 15 (2003), p. 6-10.

NASCIMENTO, Eliana R. P. [et al] - Classificação de Risco na Emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**. Vol. 19, Nº 1 (2011), p. 84-88.

NEVES, L. M. - Triagem de Manchester a) Enquadramento Conceptual. In REGO, G.; NUNES, R. - **Gestão da Saúde**. 1ª edição. Lisboa: Prata e Rodrigues, 2010. ISBN: 9789899684805. P. 263-273.

NEVES, M. A. - Intervenções de enfermagem: razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras. **Pensar Enfermagem**, Vol 9, Nº 2 (2005), p. 2-13.

OLIVEIRA, Daiani; GUIMARÃES, Jaciane - A importância do acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**. Vol. 2, Nº 2 (2013), p. 25-44.

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.

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. Direção Geral de Saúde. **Comissão de reavaliação da rede nacional de emergência e urgência, relatório**. [EM LINHA]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2012. Disponível em WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - **Protocolos de Triagem de Prioridades em Urgência**. Lisboa: Direção Geral de Saúde, Circular Informativa nº 52 de 04 de outubro de 2005.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - **Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata**. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2015.

Regulamento 429/2018 – **DR II Série**. 135 (2018/07/16) 19359-19370. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Regulamento 140/2019 - **DR II Série**. 26 (2019-02-06) 4744-4750. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

RIBEIRO, Norberto Maciel – **Satisfação dos utentes face ao cuidar pelos enfermeiros no serviço de Urgência de Machico**. Funchal: Universidade Atlântica, 2008. Pós-graduação em urgência e emergência hospitalar.

SAMPIERI, Roberto H.; COLLADO, Carlos F.; LUCIO, Pilar B. – **Metodologia de la Investigacion**. 5ª edição. Mexico: McGraw-Hill, 2010. ISBN 978-607-15-0291-9.

SHEEHY, Susan - **Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática**. 6ª edição. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 982-972-8930-63-9.

SHIROMA, Lícia; PIRES, Denise - Classificação de risco em emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**. Vol. 2, Nº 1 (2011), p. 14-17.

SILVA, Ana Paula; SANTOS, Brasilina M.; BRASILEIRO, Marislei - Impacto da utilização de métodos de triagem no atendimento em urgência e emergência. **Revista Eletrónica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**. Vol. 4, Nº 4 (2013), p.1-15.

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.

SILVA, Etelvina B. B. - **Satisfação dos utentes com o atendimento de enfermagem no serviço de urgência geral**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, 2012. Dissertação de Mestrado.

SMITH, A.; CONE, K. J. - Triage Decision-Making skills: a necessity for all nurses. **Journal for nurses in staff development**. Vol. 26, Nº 1 (2010), p. 14-19.

SOLER, Wifredo [et al] - El Triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencia. **Anales del Sistema Sanitário de Navarra**. Vol. 33, supl.1 (2010), p.55-68.

SPEAKE, D.; TEECE, S.; MACKWAY-JONES, K. - Detecting high-risk patients with chest pain. **Emergency nursing**. Vol. 11 (2003), p. 19-21.

TONI, G.; MCCALLUM, P. - "Emergency Triage". **Australasian Emergency Nursing Journal**. Vol. 10, Nº 2 (2007), p 43-45.

TRIGO, J. [et al] - Tempo de demora intra-hospitalar após triagem de Manchester nos Enfartes Agudos do Miocárdio com elevação de ST. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Vol. 27, Nº 10 (2008), p. 1251-1259.

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

VAN DER WULP, I.; VAN BAAR, M. E.; SCHRIJVERS, A. J. - Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. **Emergency Medicine Journal**. Vol. 25 (2008), p. 431-434.

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

ANEXOS

ANEXO A

DOCUMENTAÇÃO DAS COMISSÕES DE ÉTICA E PROTEÇÃO DE DADOS

**Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
do Hospital Santa Maria Maior EPE Barcelos**

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação

Eu, Francisco António Dias da Costa, membro da Ordem dos Enfermeiros Nº 4-E-09428 e enfermeiro no Serviço de Urgência desta instituição, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar autorização para realização de um estudo de investigação subordinado ao tema “Triagem de Manchester: Perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção”, sob a orientação da Professora Doutora Clementina Sousa do IPVC e coorientação do Mestre Rúben Torres, Enfermeiro especialista do H. Braga.

Este estudo tem por objetivo geral compreender os fatores que influenciam a intervenção dos enfermeiros na Triagem de Manchester no Serviço de Urgência. Constituem objetivos específicos: descrever a perceção dos enfermeiros sobre o contributo do Sistema de Triagem de Manchester como protocolo de triagem de prioridades; identificar os fatores que dificultam a realização da Triagem de Manchester; identificar os fatores facilitadores da realização da Triagem de Manchester e identificar sugestões de melhoria na realização do processo de Triagem de Manchester.

Pretendo realizar a recolha de dados através da realização de uma entrevista semiestruturada a realizar a alguns enfermeiros do Serviço de Urgência.

Asseguro que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços e que as gravações efetuadas no âmbito das entrevistas serão destruídas após conclusão do trabalho. Os dados obtidos destinam-se unicamente ao estudo pretendido, assegurando-se o seu anonimato e confidencialidade, tendo por base os princípios éticos inerentes. Comprometo-me ainda a divulgar os resultados obtidos à Instituição.

Em anexo segue a proposta de Dissertação que inclui a fundamentação do estudo, os objetivos, o tipo de estudo, a população e amostra e as referências bibliográficas que suportam a fundamentação teórica do estudo.

Segue também em anexo um exemplar do consentimento informado e do guião da entrevista a utilizar na recolha de dados, que será realizada num prazo previsto de 15 dias, a iniciar em novembro de 2019.

Assim, solicito autorização para a realização do estudo supracitado.

Atenciosamente

O Estudante, _____
(Francisco António Dias da Costa)

Barcelos, 02 de outubro de 2019

Contactos:

Francisco António Dias da Costa
Telemóvel: 964685240
e-mail: franciscodias31@gmail.com



Exmo (a) Senhor (a)
Francisco António Dias da Costa

envio via correio eletrónico : franciscodias31@gmail.com

Identificação do documento: Parecer da Comissão de ética de 16-01-2020

Temática do Estudo de Investigação do Mestrado: "Triagem de Manchester : Perceção dos Enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção"

Orientação: Professora Doutora Clementina do IPVC e coorientação do mestre Rúben Torres, Enfermeiro Especialista no H. Braga

Mestrando: Francisco António Dias da Costa

Instituição de Ensino: Mestrado "Triagem de Manchester: Perceção dos Enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção", no âmbito do VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Outra Entidade: Hospital Santa Maria Maior EPE

Comunicação:

Traz-se ao Conhecimento de Vexa o **PARECER** da Comissão de Ética do Hospital de Santa Maria Maior, EPE, proferida em 19-de novembro de 2019 , com a deliberação da deliberação do Conselho de administração do Hospital de Santa Maria Maior de Barcelos de 16 de janeiro de 2020

Foi Deliberado por Unanimidade dar parecer favorável ao pedido "

Barcelos 30 de janeiro de 2020

P'lo Gabinete Jurídico
(Ana Santos, Dr^a)

- Comunicação feita pela pessoa indicada do gabinete signatário por despacho superior de 19-01-2020, em que nesta era delegada esta incumbência

Hospital Santa Maria Maior, EPE – Barcelos

Campo da República – Apartado 181
4754-909 Barcelos
Telefone: 253 809 200 Fax: 253 817 379
e-mail: secadm@hbarcelos.min-saude.pt



Transcrição do parecer com recomendações relativas à Proteção de Dados:

Para os devidos efeitos, encarrega-me o Conselho de Administração de dar conhecimento que na sua reunião de 16 de janeiro de 2020, relativamente ao pedido de autorização para investigação, requerido pelo mestrando Francisco António Dias da Costa, deliberou o seguinte:

“Aprovada a realização do estudo identificado, atendendo ao parecer favorável da Comissão de Ética, encarregando-se a Sra. Dra. Ana Santos, Encarregada da Proteção de Dados, do acompanhamento da respetiva aplicação e salvaguarda dos requisitos de proteção de dados.”

Dá-se também conhecimento do parecer da Comissão de Ética, sobre o referido pedido:

“Aos dezasseis dias do mês de janeiro do ano dois mil e vinte, pelas onze horas e trinta minutos, reuniu, por convocatória a Comissão de Ética deste hospital, com a presença de Horácio Barra que presidiu, Carlos Caldas, António Fonseca, Hermano Rodrigues, Abílio Cardoso e Joaquim Beza, com a ausência de Alexandra Menezes, por motivos profissionais justificados.

Ponto 1. – Declarada aberta a reunião, passou-se à apreciação do pedido de autorização do Enfermeiro Francisco António Costa Dias, para a realização de estudo de investigação subordinado ao tema “Triagem de Manchester: Perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção”, no âmbito do VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, remetido ao Conselho de Administração a 2 de outubro de 2019, que mereceu despacho do Presidente do Conselho de Administração, para parecer desta Comissão de Ética, em 19 de novembro de 2019. Foi deliberado por unanimidade dar parecer favorável, devendo ser comunicado ao requerente o teor do parecer da Sra. Dra. Ana Santos, Encarregada da Proteção de Dados (EPD), bem como da informação da Sra. Enf.^a Maria Carreiras, com as recomendações que deles constam, em especial na sua conclusão. Assim, o requerente deverá proceder em conformidade e com a supervisão da EPD, a quem igualmente deverá endereçar o relatório final.”

Exm^a Senhor Mestrando

Francisco António Dias da Costa

No que concerne ao acompanhamento do projeto, e visando esta única finalidade, e nas questões que se levante no que concerne a proteção de dados na qualidade de Encarregada de proteção de dados e no Sentido de Acompanhar o seu Projeto, nesta perspetiva, proteção da titularidade de dados pessoais que tornem um indivíduo, enquanto pessoa humana, sobre o qual incida o seu estudo-projeto de investigação identificado ou identificável, em que proceda ao preenchimento do documento anexo, que me deverá ser entregue.

Estarei também ao seu dispor para toda e qualquer questão relativa a matérias que se Prendam com o regulamento de proteção de dados, e lei de Proteção de Dados, quer pessoalmente, por marcação previa no HSMM ext 6060, quer através do email epd@hbarcelos.min-saude.pt.

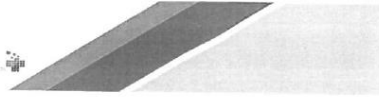
Comunico igualmente em anexo o parecer emitido pela EPD, e realço que de acordo com a AIPD anterior após conclusão do estudo este terá d ser revisto (próxima revisão constava como 15-02-2020 no documento da AIPD, ou data anterior no caso do estudo se concluir antes desta

Grata pela atenção dispensada, Ao dispor

Ana Santos
(EPD do HSMM, E.P.E)

Hospital Santa Maria Maior, EPE – Barcelos

Campo da República – Apartado 181
4754-909 Barcelos
Telefone: 253 809 200 Fax: 253 817 379
e-mail: secadm@hbarcelos.min-saude.pt



Transcrição de Parecer de EPD :

Face à informação relativa ao estudo " Triagem de Manchester .Perceção dos Enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção", do ponto de vista do cumprimento de medidas relativas a proteção de dados foi o parecer da EPD , inserido no documento AIPD , com as seguintes recomendações:

1) Deverão os elementos que sejam transferidos para o computador pessoal já se encontrarem devidamente anonimizados ou pseudonimizados.

E

2) Deverá ser garantida aos participantes o direito de ser retirado o seu consentimento, garantindo meios eficazes de tal ser efetivamente efetuado, cumprindo-se assim o determinado na Lei 58/2019 de 2 de agosto (Lei Nacional de Proteção de Dados e Regulamento Geral de Proteção de Dados)

Assim enquanto Encarregada de proteção de dados , irei acompanhar nesta medida o projeto , nada tendo a obstar atendendo à sua classificação de risco (baixo)

Em conclusão: deverá o mestrando apresentar dossier de projeto completamente instruído de forma a poder ser apreciado em sede de Regulamento Geral de Proteção de Dados acompanhado da AIPD original inicial que juntou ao projeto para revisão em sede de aprovação no mesmo documento, e cujo original se encontra na sua posse

Hospital Santa Maria Maior, EPE – Barcelos

Campo da República – Apartado 181
4754-909 Barcelos
Telefone: 253 809 200 Fax: 253 817 379
e-mail: secadm@hbarcelos.min-saude.pt



Pág 7 / 10
0288_Doc_CCSS
E1 R0

Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde (AIPD)

NECESSIDADE DO TRATAMENTO DE DADOS

É necessária resposta a todas as questões

<p>1. Precisa de usar dados pessoais para realizar o tratamento de dados? Sim : <input checked="" type="checkbox"/> Não : <input type="checkbox"/> Dúvidas <input type="checkbox"/> (neste caso deve contactar o responsável designado pela entidade externa ; ex. orientador)</p>
<p>2. Considerou a possibilidade de utilizar dados anonimizados em alternativa? Sim : <input type="checkbox"/> Explique..... Não : <input checked="" type="checkbox"/> Explique <i>os dados pessoais são necessários para utilizar como suporte de pesquisa no estudo e para análise da qualidade dos cuidados</i></p>

Secção G: Conservação e Segurança dos Dados

<p>1. Quais são os resultados esperados do tratamento de dados a realizar? <i>obter os resultados que intervêm a triagem de Manchester, de acordo com a percepção dos entrevistados</i></p>
<p>2. Esses resultados representam ainda dados pessoais? Sim : <input type="checkbox"/> Não : <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>3. Onde é que armazena e/ou envia os resultados do seu trabalho? <i>os dados são armazenados em computadores pessoais</i></p>
<p>4. Que meios (tecnológicos e físicos) existem para proteger os dados de acessos não autorizados? <i>o computador pessoal utilizado tem password, backup periódico e impressão digital</i></p>



Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde (AIPD)

5. Em caso de perda ou destruição acidental dos resultados do seu trabalho, isso causará danos (Ex. sociais, financeiros, reputacionais) aos titulares dos dados? Descreva a de probabilidade de ocorrência assim como de impacto sobre o titular.

A perda ou destruição acidental dos resultados nos causará qualquer tipo de dano aos titulares dos dados.

6. Por quanto tempo conservará os dados? (faça referência temporal ou um critério no qual baseará a decisão de manter os dados)

Os dados obtidos serão conservados até à conclusão do estudo.

7. Como é que eliminará/ destruirá os dados, uma vez ultrapassado o critério de conservação dos mesmos?

Após conclusão do estudo, os dados serão eliminados/ destruídos através de software próprio.

Este formulário destina-se a ser enviado ao Encarregado de Proteção de Dados para emissão do seu parecer e instrução de processo.



Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde (AIPD)

PREENCHIMENTO PELO ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS

A - Risco de danos para os titulares de dados pessoais e, ou para o Hospital Santa Maria Maior

Nenhum Baixo Médio Elevado

Um risco **Elevado** é aquele em que será mais provável que ocorram danos com impacto severo na privacidade dos titulares de dados.

Perante um risco elevado, e caso a entidade responsável pelo tratamento (hospital) , assim o entenda , deverá ser feito a Avaliação de Impacto por entidade interna ao HSMM, ou por quem este designar, conduzida pelo serviço de Auditoria ou em quem este delegue, com o apoio e consultoria do orientador da entidade externa e recurso ao Encarregado de Proteção de Dados, caso seja necessário, para emissão de parecer final, estando este impedido de coligir ele próprio os elementos , sob pena de conflito de interesses. (Poderão ainda solicitadas opinião dos titulares de dados pessoais ou de outros interessadas no Estudo que possam ser atingidos pelo risco detetado.)

O tratamento de dados não pode ocorrer enquanto não forem obtidas todas as autorizações necessárias.

Qualquer ação(medidas preconizadas) aqui prevista tem de ser objeto de revisão e validação a sua implementação no prazo máximo de um mês a contar da data indicada para revisão.

B - Medidas Imediatas a Implementar caso exista risco , (baixo) sobretudo se relevante (médio e elevado)

Medidas planeadas que visem garantir o direito à informação, assegurar a proteção dos dados pessoais e que comprovem a observância do RGPD.

Os dados que se estiverem em fase de análise (non-processed) deverão ser tratados, armazenados, transmitidos e comunicados de acordo com os procedimentos de segurança e privacidade da entidade responsável e a colaboração dos sujeitos de dados informada.
O tratamento de dados não pode ser revogado em termos do RGPD, art. 17, nº 1, al. a) e b), de 2016, dev. indicar mecanismos de proteção.

Recomendações para Melhoria Contínua dos Processos

Qualquer recomendação aqui prevista deve ser considerada e respondida num prazo de seis meses a contar da data abaixo indicada, pelos interessados objeto da mesma



Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde (AIPD)

C- Revisão da documentação da Avaliação de Impacto

Não é necessária revisão :

Assinatura:

Data: 22/11/2019

Nome do EPD: Ana Santos

Data da próxima revisão

Assinatura:

Data: 1/1/

Nome do EPD:

15/02/2020 (a data anterior, so dr.) prof. medicos
, e " indicada



Comissão de Ética para a Saúde

Sumário de Projeto de Investigação

A preencher pela CESHB
Refª CESHB : ____ / _____
Relator: _____
Data de Recepção: ____ / ____ / _____

Contactos para envio dos projectos

Telefone	253 027 000	comissao.etica@hospitaldebraga.pt	Hospital de Braga
Fax	253 027 999	sara.anjos@ccabraga.org	Apartado 2056 4701-901 BRAGA

TÍTULO

Triagem de Manchester: Perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção

Objetivo primário: Compreender os fatores que influenciam a intervenção dos enfermeiros na Triagem de Manchester no Serviço de Urgência.

Objetivos secundários:

- Descrever a perceção dos enfermeiros sobre o contributo do Sistema de Triagem de Manchester como protocolo de triagem de prioridades;
- Identificar os fatores que dificultam a realização da Triagem de Manchester;
- Identificar os fatores facilitadores da realização da Triagem de Manchester;
- Identificar sugestões de melhoria na realização do processo de Triagem de Manchester.

Investigador Principal

Nome – Francisco António Dias da Costa
 Função – Enfermeiro
 Contato – 964685240

Investigador Responsável no HB / Orientador do projeto de investigação



Comissão de Ética para a Saúde

Nome – Rúben Sousa Torres
 Função – Enfermeiro Especialista
 Contato – 918787515

Promotor O próprio Outro (especifique)

Unidades, Departamentos e Serviço do HB

Serviço de Urgência

Calendarização Data início: Outubro 2019 Data conclusão: Novembro 2019

Classificação do estudo

Trabalho Académico de Investigação

 Não conferidor de grau – Grau de Licenciatura – Mestrado – Doutoramento

Projecto de Investigação

 Estudo Clínico (Observacional Sem intervenção Com intervenção)

 Outro Qual? _____

Versão Novo Modificação / Adenda Prolongamento

Instituições envolvidas Institucional Multicentrico Nacional Multinacional

Características do estudo (desenho)

 Observacional Retrospetivo prospetivo

 Epidemiológico Meta-análise Rev. casuística

 Experimental

Participantes

Existencia de grupo controlo: Não Sim

Seleção dos Participantes: Aleatoria Não aleatoria

Outros aspetos relevantes para a apreciação do estudo:

Participação de indivíduos privados de autonomia? Não Sim - Justificação.



Comissão de Ética para a Saúde

- Anonimização dos dados Não Reversível Irreversível
- Convocação de doentes/participantes Não Sim
- Consentimento informado escrito Não Sim
- Realização de inquéritos/questionários Não Presencial Outra
- Realização de entrevistas Não Sim
- Recolha de dados clínicos Clínicos Laboratoriais Imagem Outros
- Colheita de produtos biológicos Não No HB Noutro local
- Armazenamento de produtos biológicos Não No HB Noutro local
- Realização de exames / análises Não No HB Noutro local
- Realização de estudos genéticos Não No HB Noutro local
- Administração de terapêutica Não No HB Noutro local
- Criação de bases de dados Não Não anonimizadas Anonimizada
- Transferência dados Não Sim Anonimizada
 Dados Produtos biológicos
 Entidade(s) Nacionais Estrangeiras

Financiamento Não Entidade financiadora:

- | | SIM | NÃO | NÃO APLICÁVEL |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Ressarcimento ou remuneração aos participantes | | | |
| i) Pela participação no estudo | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii) Pelas deslocações | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iii) Pelas faltas ao serviço | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iv) Pelos danos resultantes da sua participação | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seguro de responsabilidade civil | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |

Observações:

Consentimento Informado para participação em estudo clínico e publicação de resultados.



Comissão de Ética para a Saúde

- *Informação escrita ao participante, em linguagem acessível e clarificadora de: objetivos do estudo, riscos e benefícios da participação; explicitando a inteira liberdade para aceitar ou recusar; e poder, em qualquer momento, anular a decisão de participar – sem que seja pedida justificação – com efeitos imediatos e sob a garantia de não retaliação.* Não Sim
- *Informação anterior à obtenção de Consentimento.* Não Sim
- *Explícitada a utilização de dados pessoais e comunicação ou publicação dos resultados, com garantia de anonimização.* Não Sim

A propriedade dos dados será exclusiva desta entidade Não Sim

Termo de Responsabilidade no cumprimento as normas e recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Oviedo 1997, Washington 2002, Tóquio, 2004, Seul 2008), das diretrizes sobre Boas Práticas Clínicas da EMEA (Londres 2000), Diretrizes Éticas Internacionais para a pesquisa envolvendo seres humanos da OMS (Genebra 2002), Diretrizes Éticas Internacionais para estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República nº1/2001.

02/ outubro / 2019

O Investigador Principal



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

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

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

Por favor, complete as Secções A a G deste formulário.

Informação Geral sobre os responsáveis pelo Estudo

Serviço do Hospital Braga	Serviço de Urgência
Responsável Interno	Enfermeiro Ruben Torres, n.º mec 5229
Função	Enfermeiro Especialista
Contacto (e-mail)	RUBEN.TORRES@HB.MIN-SAUDE.PT

Nome do Investigador Principal	Francisco António Dias da Costa
Função	Enfermeiro, Hospital de Barcelos
Contacto (e-mail)	Franciscodias31@gmail.com

Responsável da Instituição Externa (e.g. Orientador)	Professora Doutora Clementina Sousa, IPVC
Função	Professora Orientadora da Dissertação de Mestrado
Contacto (e-mail)	clementinalongarito@ess.ipvc.pt

Secção A: Descrição Geral do Tratamento de Dados

<p>1. Âmbito e objectivos do trabalho <i>Explique genericamente as finalidades do estudo e do tratamento de dados a realizar</i></p>	<p>O Sistema de Triagem de Manchester encontra-se implementado em todos os Serviços de Urgência de Portugal. Trata-se de um sistema de triagem inicial que, de forma objetiva, reproduzível, passível de auditoria e com controlo médico, promove o atendimento em função de critério clínico, e não do administrativo ou da ordem de chegada ao Serviço.</p> <p>Sendo, na realidade portuguesa, os enfermeiros que maioritariamente executam esta tarefa, torna-se visível a importância deste profissional no processo pois toda a</p>
--	--



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

	<p>experiência do utente no serviço de urgência vai ser determinada pelas decisões tomadas no momento da triagem.</p> <p>Sendo enfermeiro num Serviço de Urgência onde o Sistema de Triagem de Manchester é utilizado e também formador/auditor do próprio sistema, no decorrer da atividade profissional, surgiu a necessidade de perceber melhor os aspetos que podem influenciar a realização da Triagem de Manchester.</p> <p>Neste sentido, e no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, surgiu a questão de investigação: “Qual a perceção dos enfermeiros acerca dos fatores que influenciam o processo de Triagem de Manchester no Serviço de Urgência?”</p> <p>Acreditamos que este estudo possa tornar-se um incentivo à reflexão, um contributo para a melhoria da qualidade da Triagem de Manchester, e consequentemente dos cuidados de enfermagem prestados ao doente urgente e emergente nesse contexto.</p>
<p>2. Descreva resumidamente o ciclo de vida dos dados (operações de tratamento de dados a realizar) <i>Como vai identificar os casos elegíveis para o estudo? De que modo vai colher os dados? Que tratamentos vai fazer aos dados?</i></p>	<p>A recolha de dados será realizada através de uma entrevista semiestruturada a realizar aos enfermeiros que realizam Triagem de Manchester em dois hospitais da região norte. Prevê-se uma amostra não probabilística de conveniência, constituída por 10 enfermeiros dos referidos hospitais, ou até à saturação de dados.</p> <p>Como critérios de Inclusão foram definidos: estar habilitado para a realização da Triagem de Manchester através do curso realizado pelo Grupo Português de Triagem; ter experiência profissional no Serviço de Urgência superior a 2 anos; aceitar a participação no estudo.</p> <p>Concluída a recolha de dados por meio de entrevistas semiestruturadas proceder-se-á à sua análise por meio de uma técnica adequada que dê resposta aos diferentes objetivos desta investigação qualitativa.</p> <p>Os dados registados serão transcritos de forma a proceder à sua análise e interpretação através da análise de conteúdo, no sentido de demonstrar a relação existente entre as respostas, descrições e explicações dadas pelos participantes e pelo investigador, relativamente ao assunto em questão</p>



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

<p>3. Tipo de dados pessoais (indique todas as variáveis a recolher)</p> <p>«Dados pessoais», é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrónica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, económica, cultural ou social dessa pessoa singular</p>	<p>Idade, Género, Formação académica, Tempo de experiência profissional.</p> <p>Os dados são de categoria especial? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não (entende-se por categoria especial dados a origem racial ou étnica, opiniões políticas, convicções religiosas ou filosóficas, filiação sindical, dados genéticos, biométricos e relativos à saúde ou à vida sexual ou orientação sexual)</p>
<p>4. A quem se referem os dados pessoais?</p>	<p><input type="checkbox"/> Utentes <input checked="" type="checkbox"/> Profissionais de Saúde <input type="checkbox"/> Outros _____</p>
<p>5. Quantos casos pretende seleccionar, aproximadamente, para a sua amostra?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <100 <input type="checkbox"/> 100 – 1.000 <input type="checkbox"/> 1.000 – 10.000 <input type="checkbox"/> >10.000</p>
<p>6. Que tipo de ferramentas informáticas (software) vai utilizar para o tratamento de dados?</p>	<p>Designação: Computador Pessoal Proprietário: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição Externa <input checked="" type="checkbox"/> Pessoal Designação: Telemóvel (como gravador de voz) Proprietário: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição Externa <input checked="" type="checkbox"/> Pessoal Designação: _____ Proprietário: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição Externa <input type="checkbox"/> Pessoal Designação: _____ Proprietário: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição Externa <input type="checkbox"/> Pessoal</p>
<p>7. Vai transferir dados para fora do Hospital?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sim, porque: Tratamento de dados em casa (Ir para a Q8) <input type="checkbox"/> Não (Ir para a Secção B)</p>
<p>8. Quem são os destinatários dos dados?</p>	<p>O investigador (Ir para a Secção B)</p>

Secção B: Fundamentação da Legitimidade do Tratamento de Dados

<p>1. Base legal</p>	<p><input type="checkbox"/> Desempenho de um contrato em que o titular dos dados é parte (Ir para a Q2) <input type="checkbox"/> Legítimo interesse do Hospital (Ir para a Q3) <input checked="" type="checkbox"/> Legítimo interesse de terceiros (Instituição Externa) (Ir para a Q3) <input checked="" type="checkbox"/> Consentimento dos titulares dos dados (Ir para a Q5) <input type="checkbox"/> Outro motivo(s) _____ (Ir para a Secção C)</p>
----------------------	--



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

	<input type="checkbox"/> Não sei/ dúvidas – contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga <input type="checkbox"/> Contrato de gestão do hospital com o Ministério da Saúde <input type="checkbox"/> Execução de um contrato estabelecido com uma entidade externa para a prestação de cuidados de saúde. Qual a entidade? _____ <input type="checkbox"/> Outro tipo de contrato. Qual? _____ <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Secção C)</i></p>
2. O que considera ser a base contratual que fundamenta o tratamento de dados?	
3. Descreva o “interesse legítimo” para o tratamento de dados pessoais <i>Identifique claramente as justificações dos interesses legítimos evocados</i>	<p>O trabalho realiza-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Q4)</i></p>
4. Existe algum risco negativo na privacidade dos titulares dos dados (utentes)? (descreva a probabilidade de ocorrência assim como de impacto sobre o titular)	<i>(Ir para a Secção C)</i>
5. Como vai recolher e registar o consentimento dos titulares?	<p>O consentimento dos titulares para a recolha de dados será realizado através de uma Declaração de Consentimento Informado a assinar pelo próprio e pelo investigador após informação sobre o estudo a realizar.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Secção C)</i></p>

Secção C: Transparência e Dever de Informação

Responda a todas as questões desta secção

1. Qual a condição de legitimidade para o tratamento de dados de saúde?	<input checked="" type="checkbox"/> Consentimento explícito. <input type="checkbox"/> Dados manifestamente tornados públicos pelo seu titular. <input type="checkbox"/> Tratamento necessário por motivos de interesse público importante. <input type="checkbox"/> Tratamento necessário para efeitos de medicina preventiva ou do trabalho, para a avaliação da capacidade de trabalho do empregado, o diagnóstico médico, a prestação de cuidados ou tratamentos de saúde ou de ação social ou a gestão de sistemas e serviços de saúde ou de ação social. <input type="checkbox"/> Tratamento necessário para fins de arquivo de interesse público, para fins de investigação científica ou histórica ou para fins estatísticos.
2. O tratamento de dados está coberto pelas condições previstas na Política de Privacidade do Hospital de Braga? https://www.hospitaldebraga.pt/utente-visitante/politica-de-privacidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga
3. É provável que o titular dos dados fique surpreendido ao saber	<input type="checkbox"/> Sim - contactar o Encarregado de Proteção de Dados do



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

que os seus dados estão a ser tratados desta forma?	<p style="text-align: right;"><i>Hospital de Braga</i></p> <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/ dúvidas - <i>contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga</i> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Secção D)</i></p>
---	---

Secção D: Reutilização de dados pré-existent

1. Os dados pessoais que está a recolher são colhidos diretamente do titular de dados?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <i>(Ir para a Q3)</i> <input type="checkbox"/> Não <i>(Ir para a Q2)</i> <input type="checkbox"/> Não sei/dúvidas – <i>contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga</i>
2. De que forma prevê colher, indiretamente, os dados ?	<input type="checkbox"/> Processo clínico hospitalar <input type="checkbox"/> Base de dados do serviço <input type="checkbox"/> PDS (Portal Da Saúde) <input type="checkbox"/> Outro: _____ <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Q3)</i></p>
3. O titular dos dados irá receber informação sobre o tratamento de dados que pretende fazer?	<input type="checkbox"/> Não, porque _____ <input checked="" type="checkbox"/> Sim Se sim, indique que tipo de informação foi prestada: <input checked="" type="checkbox"/> Contactos do responsável pelo tratamento <input checked="" type="checkbox"/> Finalidade do tratamento <input checked="" type="checkbox"/> Categorias de dados em questão <input checked="" type="checkbox"/> Destinatários dos dados pessoais, se os houver <input type="checkbox"/> Transferências de dados para fora da Europa <input checked="" type="checkbox"/> Prazo de conservação dos dados colhidos <input checked="" type="checkbox"/> Exercício dos direitos dos titulares de dados (acesso retificação, limitação, oposição)

Secção E: Exatidão dos Dados

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

Os dados a utilizar não causarão qualquer tipo de dano aos titulares.	<i>(Ir para a Secção F)</i>
---	-----------------------------

Secção F: Necessidade do Tratamento de Dados Pessoais

Responda a todas as questões desta secção



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

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

Secção G: Conservação e Segurança dos Dados

1. O acesso às fontes de informação implica conhecer dados pessoais?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <i>(Ir para a Q3)</i> <input type="checkbox"/> Não <i>(Ir para a Q5)</i>
2. Onde é que armazena os dados pessoais do seu trabalho?	<p>Os dados serão armazenados em computador pessoal, com palavra passe de acesso restrito.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Q3)</i></p>
3. Que meios (tecnológicos e físicos) existem para proteger os dados de acessos não autorizados?	<p>Password, reconhecimento facial e impressão digital</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Q4)</i></p>
4. Em caso de perda ou destruição accidental dos dados do seu trabalho, isso causará danos (e.g. sociais, financeiros, reputacionais) aos titulares dos dados? <i>Descreva a de probabilidade de ocorrência assim como de impacto sobre o titular</i>	<p>Não é provável a perda dos dados do trabalho. Caso aconteça, não implicará danos alguns aos titulares dos dados.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Q5)</i></p>
5. Por quanto tempo conservará os dados? <i>Dê uma referência temporal ou um critério no qual baseará a decisão de manter os dados</i>	<p>Os dados obtidos serão mantidos até à conclusão do estudo para análise de conteúdo.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Q6)</i></p>
6. Como é que eliminará/destruirá os dados, uma vez ultrapassado o critério de conservação dos mesmos?	<p>Os dados serão eliminados do computador pessoal após conclusão do estudo.</p>

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



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

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

- Risco de danos para os titulares de dados ou para o Hospital/Universidade

Nenhum
 Baixo
 Médio
 Elevado

Um risco **Elevado** é aquele em que será mais provável que ocorram danos com impacto severo na privacidade dos titulares de dados. Nestas circunstâncias, deverá ser feito a Avaliação de Impacto de acordo com o procedimento PRO 289.00 previsto no Sistema Integrado da Qualidade do Hospital de Braga, com o apoio do orientador do Hospital de Braga e recurso ao Encarregado de Proteção de Dados, caso seja necessário. Poderão ainda solicitar opinião dos titulares de dados ou de outras partes interessadas no Estudo. O tratamento de dados não pode ocorrer enquanto não forem obtidas todas as autorizações necessárias.

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

O estudo "Triagem de Manchester: Percepção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção" é um estudo realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação interna do Enf^o Rúben Torres do Serviço de Urgência.

O estudo envolve profissionais de enfermagem que trabalham no serviço de urgência do Hospital de Braga e que realizam Triagem de Manchester.

Trata-se de um estudo observacional descritivo transversal, onde se pretende avaliar a os factores que influenciam a intervenção dos enfermeiros na Triagem de Manchester no Serviço de Urgência.

Será usada a recolha de voz em entrevistas semi-estruturadas aos enfermeiros que cumpram os critérios de inclusão. O estudo prevê a colheita de dados demográficos e de caracterização profissional que permitem indiretamente identificar os participantes. Por este motivo, foi feito um exercício de minimização de desses dados, convertendo a idade em grupos etários e o tempo de serviço em 4 categorias de intervalos de tempo. Ficam, deste modo, minimizadas as hipóteses de identificação indireta dos titulares de dados. No entanto, a recolha de voz contém dados biométricos que permitem a identificação indireta do entrevistado. O investigador propõe algumas medidas de mitigação do risco na proteção de dados, nomeadamente, armazenamento em local seguro, , acesso por passwords seguras. Deverá ficar ainda prevista a destruição imediata das gravações guardadas em dispositivos amovíveis assim que estiverem transcritas, uma vez que não existem formas de armazenamento que anonimiza a voz.

O estudo prevê um conjunto de informação a disponibilizar aos participantes que promove o exercício da licitude, lealdade e transparência do tratamento de dados pessoais. O estudo prevê o direito de oposição dos titulares de dados ao tratamento (profissional de saúde), retirando o seu consentimento de participação no estudo.

O fundamento de licitude para o tratamento de dados é o consentimento explícito dos titulares de dados (profissional de saúde).

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

Uma vez finalizado o estudo, os dados biométricos devem ser destruídos, por forma a garantir o previsto no artº 89 nº1 do RGPD, visando a defesa dos direitos, liberdades e interesses legítimos dos titulares de dados.

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

- Pseudonimização dos titulares de dados (enfermeiros) desde o momento da colheita do consentimento informado;
- Garantia de procedimento acesso reservado aos dados do estudo, quer dos registos como das gravações;
- A chave de pseudonimização deverá ser do exclusivo conhecimento do investigador principal;
- O investigador principal compromete-se a destruir o ficheiro com a chave de pseudonimização e as gravações, assim que esteja concluído o tratamento de dados, prazo este que não poderá ultrapassar os 2 anos.
- Para tal deverá proceder junto do encarregado de proteção de dados, enviando um email demonstrativo das medidas tomadas (auto de destruição).

- Revisão da documentação da Avaliação de Impacto

Não é necessária revisão Data da próxima revisão ___/___/___

Assinatura: Sónia Dória (6001)

Data: 28/10/2019

Código DPO: 20190203_Urgencia281019

HOSPITAL DE BRAGA, EPE

Comissão de Ética

28 de Outubro de 2019

Refª 198_2019

Relator: Joaquim Falcão

Parecer emitido em reunião plenária de 09 de Outubro de 2019

Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB) em relação ao estudo **“Triagem de Manchester: Perceção dos enfermeiros sobre os factores que influenciam a sua intervenção”**, de que é investigador principal Enf. Francisco António Dias da Costa do Hospital de Barcelos sob a orientação da Profª. Dra. Clementina Sousa, do IPVC, e sob Co-Orientação do Mestre Ruben torres, que exerce funções de Enfermeiro no HB e decorrerá no Serviço SU do HB, emite o seguinte parecer:

- a) É um estudo de abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, cuja população e amostragem são os enfermeiros que realizam Triagem de Manchester em 2 hospitais da região norte, estejam habilitados para a realização da Triagem de Manchester, tenham 2 anos de experiência no SU e aceitem participar.
- b) Poderá haver benefício futuro para os doentes caso se identifiquem factores susceptíveis de melhorar a triagem de Manchester.
- c) O protocolo é simples e está bem desenhado e o estudo consiste numa entrevista semiestruturada, em sala fechada, de modo a garantir a privacidade da entrevista e não transmissão de dados a terceiros; o consentimento informado é claro e abrangente, carecendo contudo de ter expresso que a entrevista é gravada e que o seu conteúdo será destruído após o término do estudo. Deverá também ser alterado o logótipo do consentimento.
- d) A equipa de investigação é idónea.

HOSPITAL DE BRAGA, EPE


Comissão de Ética

e) O Serviço de Urgência do HB possui os recursos humanos e materiais necessários para a realização do estudo.

f) O estudo não é financiado, não existindo conflitos de interesse, e é conferido do grau de mestrado.

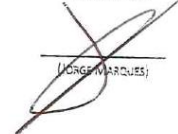
Em resumo, o estudo cumpre os princípios da Bioética, pelo que a CE HB nada tem a opor à sua realização.

O Presidente da CESHB



(Dr. Juan R. Garcia)

HOSPITAL DE BRAGA, EPE
DIRETOR CLÍNICO



(JORGE MARQUES)



REQUERIMENTO AO PRESIDENTE DA COMISSÃO EXECUTIVA DO HOSPITAL DE BRAGA

Excelentíssimo Presidente da Comissão Executiva do Hospital de Braga,

Eu, Francisco António Dias da Costa, enfermeiro do Serviço de Urgência do Hospital de Barcelos, pretendo desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema “Triagem de Manchester: Perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção”, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, que irá decorrer no serviço Urgência do Hospital de Braga, EPE, sob orientação da Professora Doutora Clementina Sousa da referida Escola e Coorientação do Mestre Rúben Torres, enfermeiro especialista do Serviço de Urgência do Hospital.

Este projeto tem por objetivo principal compreender os fatores que influenciam a intervenção dos enfermeiros na Triagem de Manchester no Serviço de Urgência.

Enquanto investigador principal comprometo-me a entregar o relatório final do estudo à C.E.S.H.B.

Compreendendo Vossa Excelência a importância deste projeto, peço a vossa autorização para o desenvolvimento deste estudo no Hospital de Braga, EPE e que V. Ex^a se digne a enviar à Comissão de Ética para a Saúde todos os documentos que aqui se anexam.

Agradeço desde já a disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Braga, 2 de outubro de 2019

(Assinatura do Investigador)



REQUERIMENTO AO PRESIDENTE DA COMISSÃO ÉTICA DO HOSPITAL DE BRAGA

Excelentíssimo Senhor Presidente da Comissão de Ética do Hospital de Braga,

Eu, Francisco António Dias da Costa, enfermeiro do Serviço de Urgência do Hospital de Barcelos, pretendo desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema “Triagem de Manchester: Perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção” no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, que irá decorrer no serviço Urgência do Hospital de Braga, EPE, sob orientação da Professora Doutora Clementina Sousa da referida Escola e Coorientação do Mestre Rúben Torres, enfermeiro especialista do Serviço de Urgência do Hospital.

Este projeto tem por objetivo principal compreender os fatores que influenciam a intervenção dos enfermeiros na Triagem de Manchester no Serviço de Urgência.

Enquanto investigador principal comprometo-me a entregar o relatório final do estudo à C.E.S.H.B.

Compreendendo Vossa Excelência a importância deste projeto, peço a vossa autorização para o desenvolvimento deste estudo no Hospital de Braga, EPE.

Agradeço desde já a disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Braga, 2 de outubro de 2019

(Assinatura do Investigador)



DECLARAÇÃO / TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Francisco António Dias da Costa, abaixo-assinado, na qualidade de INVESTIGADOR, declaro que as informações prestadas neste projeto de investigação são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo em condições de éticas adequadas, sendo cumpridas as normas e as recomendações constantes na Declaração de Helsínquia, as leis nacionais e internacionais aplicáveis nomeadamente a Lei nº 21/2014 e a Diretiva nº 2001/20/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 4 de abril, as Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP) e o Regulamento Geral de Proteção de Dados UE 2016/679, em vigor desde 25 de maio de 2018.

Braga, 2 de outubro de 2019

(Assinatura do Investigador)



ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo. Sr. Diretor do Serviço de Urgência do hospital de braga

Eu, Francisco António Dias da Costa, solicito a vossa autorização para a realização de um estudo de investigação no serviço de Urgência, no âmbito de um projeto de investigação intitulado: "Triagem de Manchester: perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção". Mais declaro, sob compromisso de honra, total garantia da confidencialidade dos dados recolhidos, sendo que a recolha dos dados decorrerá sem nenhum prejuízo para o normal funcionamento do serviço.

Com os melhores cumprimentos,

Braga, 2 de outubro de 2019

(Assinatura do Investigador)

Em relação ao estudo supracitado, autorizo a sua realização do mesmo no serviço sob minha direção e sob orientação do Enfermeiro especialista Ruben Torres. Eu, abaixo-assinado, autorizo a realização do mesmo, mais declaro que o Serviço reúne as condições necessárias para a concretização do mesmo.

Braga, 2 de outubro de 2019

Nome maiúsculos do Diretor do Serviço



ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo. Sr. Enfermeiro(a) Chefe do Serviço de Urgência do hospital de braga

Eu, Francisco António Dias da Costa, solicito a vossa autorização para a realização de um estudo de investigação no serviço de Urgência, no âmbito de um projeto de investigação intitulado: "Triagem de Manchester: perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção". Mais declaro, sob compromisso de honra, total garantia da confidencialidade dos dados recolhidos, sendo que a recolha dos dados decorrerá sem nenhum prejuízo para o normal funcionamento do serviço.

Com os melhores cumprimentos,

Braga, 2 de outubro de 2019

(Assinatura do Investigador)

Em relação ao estudo supracitado, autorizo a sua realização do mesmo no serviço sob minha direção e sob orientação do Enfermeiro especialista Ruben Torres. Eu, abaixo-assinado, autorizo a realização do mesmo, mais declaro que o Serviço reúne as condições necessárias para a concretização do mesmo.

Braga, 2 de outubro de 2019

Nome maiúsculos do(a) Enfermeiro(a) Chefe do Serviço

APENDICES

APENDICE 1

GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA

“Triagem de Manchester: Perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção”

1ª Parte – Acolhimento

<p>Objetivo: Informar o participante</p>	<p>O presente estudo é realizado pelo enfermeiro Francisco António Dias da Costa, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. O estudo tem como principal objetivo “Compreender os fatores que influenciam a intervenção dos enfermeiros na Triagem de Manchester no Serviço de urgência”.</p> <p>Esta preocupação surge pela importância do momento da triagem na hierarquização do atendimento que separe os casos emergentes e/ou urgentes de todos os outros e garanta uma resposta atempada e segura ao utente segundo critérios clínicos definidos.</p> <p>Em Portugal, são os Enfermeiros que maioritariamente realizam a Triagem de Manchester. Torna-se por isso importante perceber quais os fatores que podem intervir, positiva ou negativamente neste processo de triagem.</p> <p>O procedimento de recolha de dados será a entrevista semiestruturada, a qual será gravada para evitar perda de informação, com consentimento prévio e com a duração prevista entre 30 e 60 minutos.</p> <p>A participação neste estudo é voluntária, confidencial e anónima. O consentimento informado dará início à participação no estudo.</p>
---	--

2ª Parte – Acolhimento

<p>Objetivo: Caraterizar o participante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • ≤ 30 anos _____ • ≥ 31 e ≤ 40 anos _____ • ≥ 40 e ≤ 50 anos _____
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 51 anos _____ • Género <ul style="list-style-type: none"> • Masculino _____ • Feminino _____ • Formação académica <ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura em Enfermagem _____ • Pós-Graduação _____ • Especialidade _____ • Mestrado _____ • Doutoramento _____ • Tempo de serviço <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 2 anos _____ • ≥ 2 e ≤ 10 anos _____ • ≥ 11 e ≤ 20 anos _____ • > 20 anos _____ • Tempo de serviço na Unidade <ul style="list-style-type: none"> • < 2 anos _____ • ≥ 2 e ≤ 10 anos _____ • ≥ 11 e ≤ 20 anos _____ • > 20 anos _____
--	---

3ª Parte – Objetivos/Questões orientadoras	
Objetivos específicos	Questões orientadoras
<p>Descrever a perceção do enfermeiro sobre o contributo do Sistema de Triagem de Manchester como protocolo de triagem de prioridades</p>	<p>1. Qual a sua opinião sobre a utilização de sistemas de triagem de prioridades nos serviços de urgência?</p> <p>2. Qual a sua opinião sobre o Sistema de Triagem de Manchester enquanto sistema de triagem de prioridades?</p> <p>3. Quais os contributos da Triagem de Manchester no atendimento ao utente e no funcionamento do seu serviço?</p>

Identificar os fatores que dificultam a realização da Triagem de Manchester	4. O que pode dificultar, na sua opinião, a realização da Triagem de Manchester no serviço de urgência?
Identificar os fatores facilitadores da realização da Triagem de Manchester	5. Na sua opinião, que fatores facilitam a realização da Triagem de Manchester no serviço de urgência?
Identificar sugestões de melhoria na realização do processo de Triagem de Manchester	6. Na sua opinião, o que poderia ser mudado para melhorar a realização da Triagem de Manchester no serviço de urgência?

4ª Parte – Fecho da Entrevista

- Agradecer a colaboração do participante e reforçar a importância da sua participação no estudo
- Resumir os aspetos principais abordados na entrevista
- Dar oportunidade/solicitar ao participante para acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por abordar durante a entrevista

APENDICE 2

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo não entente ou não concorda, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe for feita, queira por favor assinar este documento.

Eu, Francisco António Dias da Costa, venho solicitar a sua colaboração, para realizar a recolha de dados clínicos com intuito desenvolver um trabalho de investigação denominado "Triagem de Manchester: perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção", e posterior publicação em contexto científico.

O objetivo do estudo consiste em compreender os fatores que influenciam a intervenção dos enfermeiros na Triagem de Manchester no Serviço de Urgência.

Não serão revelados dados pessoais mantendo por isso o anonimato. Será mantida a confidencialidade dos dados recolhidos, dos quais não haverá qualquer elemento de identificação e serão apenas utilizadas para fim de estudo. Os dados serão recolhidos através de entrevista e para além dos dados relativos ao estudo, incluirão apenas a caracterização demográfica dos participantes.

A sua participação é voluntária e tem toda a liberdade de recusar ou de abandonar o estudo a qualquer momento, sem que isso o prejudique ou lhe traga qualquer inconveniente quer a nível pessoal ou profissional.

Mais, informo, que o estudo teve o parecer favorável da Comissão Ética do Hospital de Braga, assegurando os aspetos éticos e deontológicos, assumindo o compromisso de disponibilizar, no final do estudo, caso o deseje, os resultados obtidos.

Se tiver alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-me:

Investigador Responsável: Francisco António Dias da Costa

Contactos: Telemóvel: 964685240 e/ou email: franciscodias31@gmail.com

Muito obrigada pela sua colaboração,



Data: ____/_____/2019

(Francisco António Dias da Costa)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem com as informações verbais que me foram fornecidas pelo(a) investigador(a). Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome: _____

Assinatura: _____ (o participante)

Data: ____/_____/2019

Nota: Este documento é composto por 2 páginas e feito em duplicado: uma via para o/a investigador /a, outra para a pessoa que consente.

Declaração de Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e, desde já, obrigado por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo de Investigação, "**Triagem de Manchester: Perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção**", realizado por Francisco António Dias da Costa, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Clementina Sousa e Coorientação do Mestre Ruben Torres.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído.

Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei.

Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que a participação é livre e voluntária, tendo o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista semiestruturada, tendo-me sido explicado em que consiste a mesma. Foi-me informada a garantia do anonimato e confidencialidade de toda a informação cedida e que o estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da minha Instituição.

Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Assim, de forma livre e esclarecida, declaro que aceito participar no estudo de forma voluntária, fornecendo dados que apenas serão utilizados para o estudo.

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do participante:

Assinatura do investigador:

APENDICE 3
INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

Informação ao Participante

A presente investigação, com o título: "Triagem de Manchester: Perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção", insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado, integrada no VI curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sendo o investigador Francisco António Dias da Costa, sob a orientação da Professora Doutora Clementina Sousa do IPVC e Coorientação do Mestre Ruben Torres, Enfermeiro especialista do H. Braga.

O estudo tem como objetivo compreender os fatores que influenciam a intervenção dos enfermeiros na Triagem de Manchester no Serviço de Urgência e os dados serão recolhidos através de uma entrevista semiestruturada.

A sua participação é voluntária e só deve aceitar depois de devidamente esclarecido.

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e serão apenas utilizados no âmbito desta investigação. Está garantido também o direito de recusar participar ou de interromper a sua participação a qualquer momento.

A presente Folha de Informação ao Participante ser-lhe-á entregue, devendo lê-la com atenção, colocar questões se as tiver e, de seguida, assiná-la. Será também assinada pelo investigador e ficará na posse do participante. De seguida, ser-lhe-á apresentado o Consentimento Informado, documento no qual aceita participar na investigação, devendo ser assinado por ambas as partes e que ficará na posse do investigador.

Se aceitar participar nesta investigação, por favor, assine este documento e guarde-o para si. Para qualquer questão ou se quiser tomar conhecimento dos resultados globais do estudo, deverá contactar o investigador.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Nome do Investigador: _____

Assinatura do Investigador: _____

Data: ____/____/____

Muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Francisco António Dias da Costa

Telemóvel: 964685240

e-mail: franciscodias31@gmail.com

APENDICE 4

CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS

(ÁREAS TEMÁTICAS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS)

AREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Contributos do Sistema de Triagem de Manchester	Estabelecimento de prioridades	
	Atendimento ao doente	
	Qualidade dos cuidados	
	Melhoria do funcionamento do serviço	
Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	Relacionados com os recursos	Recursos materiais
		Recursos humanos
	Relacionados com o enfermeiro	Experiência profissional
		Experiência no SU/doente crítico
		Formação contínua
		Caraterísticas pessoais
	Relacionados com a estrutura física	Privacidade
		Espaço físico
	Relacionados com o Sistema de Triagem de Manchester	Limitações do protocolo
		Limitações do curso de Triagem de Manchester
	Relacionados com o doente	Falta de informação sobre Sistema de Triagem de Manchester
		Pressão do doente/família
		Violência verbal/física

		Dificuldade na identificação da queixa
	Relacionados com o serviço	Número de doentes para triar
		Tempo de espera para triagem
		Tempo de espera para consulta
		Interrupções
		Pressões internas e externas
		Horas de trabalho na triagem
		Circuito dos doentes
		Tarefas administrativas/outras tarefas
		Sistema Informático
		Barulho
		Requisição de meios complementares de diagnóstico
Sugestões de melhoria na realização da Triagem de Manchester	Relacionadas com o serviço	Estrutura física
		Gestão de recursos humanos e materiais
		Gestão do serviço
	Relacionadas com o Sistema de Triagem de Manchester	Formação contínua
		Recertificação do curso
		Protocolo de Triagem de Manchester
	Relacionadas com o enfermeiro	

AREA TEMÁTICA: Contributo do STM como protocolo de triagem de prioridades	
CATEGORIA: Estabelecimento de prioridades	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) o sistema de triagem no serviço de urgência foi essencial, (…) uma vez que até há cerca de algum tempo atrás eram o pessoal no fundo não clínico que estava à frente, na porta do hospital e que definia quem é que entrava ou quem seria primeiro atendido e isso veio-se a alterar com a introdução do sistema de prioridades.”	E1:01
“(…) o sistema permitiu no fundo definir quais são os doentes prioritários e estabelecer essa prioridade.”	E1:01
“Permite, como todos sabemos, separar os casos urgentes daqueles que são menos urgentes, (…)”	E2:01
“(…) permite, com o mínimo de tempo possível, da forma mais possível (…) definir qual a gravidade de determinada situação”	E2:01
“(…) conseguimos estabelecer uma prioridade clínica com que o doente deverá ser atendido e consegue-se no fundo separar o que é urgente do não urgente, (…)”	E2:01
“(…) acaba-se com a triagem sem critério, há uma priorização de doentes (…)”	E3:01
“Se for um doente bem triado, os casos mais urgentes são prioritários e passam à frente do que não tem... não é prioritário.”	E3:01
“(…) é uma ferramenta que (…) garante que tenhamos segurança na forma como vamos fazer priorizar ou não o atendimento dos doentes”	E4:01
“(…) não quer dizer que nós trabalhássemos pior na altura em que não tínhamos triagem, mas seguramente não estávamos a atender em primeiro lugar os doentes que realmente precisavam de ser atendidos em primeiro lugar, atendíamos aqueles que chegavam em primeiro lugar, por ordem de chegada e não por ordem de prioridade da sua situação clínica.”	E4:01
“(…) é uma mais valia, de forma a definir o que é que é realmente urgente e o que é que não o é.”	E5:01
“Ao contrário daquilo que se fazia antigamente, que seria por vez de chegada, esta é a forma mais harmoniosa de definirmos o que é que realmente é urgente e o que é que não é urgente.”	E5:01
“(…) permite-nos ordenar os doentes pela sua gravidade, não temos uma triagem que é feita por um porteiro ou um administrativo, ou seja, eles chegam até nós e nós depois vamos definir prioridades mediante o grau de necessidade do doente (...)”	E6:01

“Isto permite-nos priorizar as situações mais graves, (...)”	E6:01
“(...) é uma mais-valia quando a afluência é superior à capacidade de resposta e que o objetivo será priorizar o atendimento. Nós não conseguimos ver toda a gente em tempo útil, temos que priorizar (...)”	E7:01
“o sistema de triagem veio-nos facilitar (...), e de forma a atribuir uma prioridade adequada, (...)”	E8:01
“Acho que é fundamental, (...) no sentido que efetivamente nós damos a prioridade àqueles que mais necessitam e protegendo essas pessoas em detrimento daqueles que recorrem ao serviço de urgência sem um grau de urgência assim que o justificasse (...)”	E9:01
“É fundamental o serviço de urgência ter sistemas de triagem para podermos atender o doente mais grave em primeiro lugar e depois o doente que pode esperar ficará para depois.”	E10:02
“(...) é um sistema que vai ajudando a triar prioridades.”	E10:02
“(...) grande contributo é este: é priorizar o atendimento. Teoricamente, priorizar o atendimento àquele doente que precisa primeiro ser visto.”	E10:02

AREA TEMÁTICA: Contributo do STM como protocolo de triagem de prioridades	
CATEGORIA: Atendimento ao doente	
UNIDADES DE REGISTO:	
“Eu penso que veio melhorar o atendimento do doente.”	E2:01
“(…) através dos fluxogramas e dos discriminadores que cada um tem, permite identificar os critérios de gravidade de uma forma mais objetiva, de uma forma também muito mais organizada”	E2:01
“(…) permite padronizar o atendimento em termos gerais. O que é feito aqui é feito nos outros hospitais”	E2:01
“(…) quando estamos a atender alguém num determinado setor, sabemos que estamos a atender aquele doente porque a sua situação clínica, isto é, (…) estamos a atender primeiro aquele doente e não o outro que está ao lado porque a situação clinica daquele doente exige que ele seja atendido em primeiro lugar e não porque ele chegou primeiro do que o anterior”	E4:01-02
“(…) é um critério objetivo, mensurável de atendimento”	E7:02
“(…) saber que temos em determinado sítio doentes com uma prioridade mais ou menos elevada faz com que estejamos mais atentos a esses doentes (...)”	E8:01
“(…) a Triagem de Manchester protege efetivamente aqueles que mais necessitam, que nós conseguimos identificar no meio desses tantos que vêm cá sem essa necessidade. Portanto, sem dúvida que é fundamental.”	E9:01

AREA TEMÁTICA: Contributo do STM como protocolo de triagem de prioridades	
CATEGORIA: Qualidade dos cuidados	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(...) permite melhorar a qualidade, então, no atendimento dos doentes.”	E2:01
“(...) melhorou (...) também a qualidade do atendimento pelo facto de existirem áreas que anteriormente não existiam e permite que os doentes sejam vistos muito mais rápido e com mais qualidade (...)”	E2:01
“(...) permite, com o mínimo de tempo possível, da forma mais possível minimizar os erros (...)”	E2:01
“(...) é uma ferramenta que acaba por trazer qualidade ao desempenho dos profissionais (...)”	E4:01
“É sem dúvida uma ferramenta fundamental para o melhor desempenho dos profissionais na urgência.”	E4:01
“(...) acabou por transmitir qualidade e segurança ao desempenho dos profissionais (...)”	E4:01
“Se estivermos a falar então dos laranjas, a estrutura física dessa unidade assim como os profissionais que são lá colocados, são especificamente seleccionados precisamente para proteger essas pessoas. Estamos a falar de profissionais com especialidade ou com peritos na área que salvaguardem os cuidados a esses doentes triados como laranja, assim como os equipamentos que lá pomos, os monitores(...), portanto, acho que há uma segurança maior para os nossos doentes nesse sentido também.”	E9:01

AREA TEMÁTICA: Contributo do STM como protocolo de triagem de prioridades	
CATEGORIA: Melhoria do funcionamento do serviço	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(...) permite também uma organização do serviço porque vai definindo consoante as áreas, vai distribuindo no fundo os doentes mediante as queixas e a prioridade para as áreas específicas (...)”	E1:01-02
“Melhorou em muito o circuito dos doentes no serviço de urgência (...)”	E2:01
“Antigamente, (...), os doentes eram observados por ordem de chegada, agora são observados mais rapidamente pelas especialidades.”	E2:02
“(...) os doentes são desviados (...) para a área de prioridades, área laranja, área verde (...)”	E3:01
“(...) e há um encaminhamento para o setor correto”	E3:01
“(...) os doentes são desviados para a especialidade correta (...)”	E3:01
“(...) também fez com que os serviços ficassem mais equipados, melhor equipados, porque havia serviços que anteriormente não tinham equipamento adequado nem suficiente para atendimento destes doentes”	E3:02
“(...) até do ponto de vista do funcionamento estrutural do serviço acabou por trazer vantagens.”	E4:02
“(...) definimos para o serviço um fluxo de encaminhamento destes doentes, isto é, definimos áreas de atendimento e por consequência os doentes prioritários passaram a ser atendidos numa determinada área, os doentes menos prioritários numa outra área e assim consecutivamente.”	E4:02
“Isto permite-nos (...) alocá-los nos sítios certos.”	E6:01
“Nós temos definidas as prioridades, temos salas laranjas, temos salas para os doentes amarelos e isto permiti-nos colocar os doentes em sítios com mais monitorização, com menos monitorização, dependendo da necessidade de vigilância do doente (...)”	E6:02
“Os profissionais e o equipamento está alocado em função da área. Nós na área laranja temos xis profissionais, temos mais equipamento de monitorização. Numa área verde não há essa necessidade, temos menos enfermeiros, temos menos monitores porque são doentes que supostamente não têm essa necessidade. E sim, isso só é possível porque nós fazemos a triagem de prioridades”	E6:02

“o sistema de triagem veio-nos facilitar, não só a nível organizacional, como forma de distribuir os doentes, de uma forma mais justa.”	E8:01
“A distribuição dos doentes pelas diferentes especialidades e pelas áreas, pelos verdes, amarelos, laranjas.”	E8:01
“(…) temos várias especialidades e diferentes prioridades juntas, mas que são atendidas por diferentes médicos.”	E8:01
“(…) nós aqui separamos os nossos doentes consoante a prioridade que lhe atribuímos, separamos por áreas diferentes. E aqui há uma gestão de recursos associados ao que é a prioridade que é atribuída.”	E9:01

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com os recursos	
SUBCATEGORIA: Recursos materiais	
UNIDADES DE REGISTO:	
“Muitas vezes o triador de segundo posto tem que ir buscar material ao primeiro posto, (...), que está constantemente aberto, porque o segundo posto está desfalcado em termos de material”	E5:04
“(…) muitas vezes é preciso ir buscar o saturímetro do primeiro posto, o termómetro do primeiro posto.)	E5:04
“O posto 3 não tem microfone e o colega que está no posto 3 tem que usar o microfone do posto 1 ou do posto 2.”	E6:08
“(…) efetivamente somos a porta de entrada da urgência e não temos equipamento pra isso, porque efetivamente, a qualquer momento entra um individuo a sangrar e, ou eu tenho habilidade de ir buscar e ter algo que não está previsto para resolver senão...olha, vou encaminhá-lo com o meu colega.”	E7:11
“(…) equipamento, os dois postos principais sim, o terceiro posto não. Não temos um micro, tem o colega que está no terceiro posto de triagem, tem de vir ao posto um ou ao posto dois pedir para chamar o doente, porque não está equipado, nem com telefone nem com micro.”	E8:04
“(…) o telefone nesse sentido é essencial. Depois tem outros senãos que é o nos ligarem para trás a reclamar porque determinada triagem não foi bem feita, ou acham que não foi bem feito e pronto, acabamos por perder mais tempo.”	E8:05
“As questões do telefone, que está presente na triagem, que é um fator facilitador e um fator que complica a situação.”	E9:03
“No sentido de facilitar, como eu falei há bocadinho, de anteciparmos uma observação, não é? Ligamos ao colega e conseguimos acelerar algum processo. (...) Nós fazemos o telefonema e tentamos antecipar o circuito, e nesse sentido tentamos ajudar.”	E9:03-04
“Ao ligar estamos a perder tempo, acumulamos mais doentes, nem sempre o médico do outro lado também é alguém recetivo e também não facilita e há discussão ao telefone se deve ou não deve esse doente ir para aí e isso prejudica.”	E9:04

“Máquina de glicemia capilar não temos 3, termómetro temos um, portanto isto atrasa-nos uma vez mais a triagem. Andamos sempre a pular de um lado para o outro à procura do termómetro e, às vezes, o que acontece é: há um enfermeiro que quer o termómetro, vê a temperatura aos três doentes que estão a ser triados, para resolver as coisas”	E10:06
“Temos telefone nos dois postos de triagem, não no terceiro que é o posto de triagem de recurso.”	E10:06
“O terceiro posto de triagem não tem também microfone para chamar, portanto tem que pedir sempre a alguém para chamar por ele, ou enquanto está a decorrer triagem num dos postos ir chamar também.”	E10:06

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com os recursos	
SUBCATEGORIA: Recursos humanos	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) embora tenha melhorado o número de elementos, aumentado o número de elementos, temos alguma dificuldade em abrir o segundo posto de triagem quando temos necessidade (…)”	E2:03
“(…) o auxiliar não é só para a triagem. O auxiliar dá apoio em vários setores aqui, tanto como na transferência de doentes, na clínica geral, por toda a urgência dá apoio e muitas vezes não os temos aqui à porta da Manchester, temos que andar a chamar por eles, a pedir macas, o que também atrasa a Manchester.”	E3:05
“(…) muitas vezes não conseguimos um segundo triador, ou porque está numa transferência ou porque está a ajudar noutra setor em que está muita confusão (…)”	E3:06
“(…) não há triadores suficientes, (…)”	E7:11
“Há uma auxiliar só para os postos de triagem. Não chega muitas vezes, em fase de grande afluxo não chega. E não chega porque é essa auxiliar que tem que levar os doentes para toda a ponta do hospital mediante a especialidade que for triado.”	E10:09

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o enfermeiro	
SUBCATEGORIA: Experiência profissional	
UNIDADES DE REGISTO:	
“Maior tempo de experiência é melhor para a realização desta tarefa. Até porque nós temos que estar atentos à queixa do doente, mas também sermos capazes de, através da observação e de todo o outro conhecimento que nós temos de ter, conseguir detetar sinais que nos possam indicar que aquela situação é mais grave do que outra (...)”	E1:06
“Sei que as aptidões para ser triador estão diretamente relacionadas com o saber, saber fazer e também com a experiência que vamos adquirindo ao longo ao longo do tempo.”	E1:06
“O facto de ter mais experiência acho que me permite ter outro à vontade, que me facilita a TM (...)”	E2:03
“Penso que a experiência é uma mais valia para uma adequada atribuição de prioridades na TM.”	E5:03
“Parece-me pouco alguém que acabou uma licenciatura e 2 anos depois já está a fazer a triagem de prioridades.”	E6:05
“Se for um enfermeiro experiente não vai ceder à pressão emocional que é feita.”	E7:09
“(...) o tempo de experiência, eu falo por mim, ainda apesar de já ter passado um ano e meio, quase dois, ainda me sinto muito insegura na triagem e sinto-me sempre melhor quando tenho um colega mais velho ao lado porque qualquer dúvida que tenha consigo esclarecer.”	E8:06
“(...) nos primeiros tempos é complicado porque são imensas dúvidas (...)”	E8:06
“(...) acho que como uma questão que é assim também facilitadora, por assim dizer é a experiência profissional.”	E9:05
“(...) sem dúvida que este olho clínico, esta experiência clínica influencia diretamente e salvaguarda, na minha perspetiva (...) a pessoa que temos ali à nossa frente.”	E9:06
“(...) precisas de ter um clínico, um clínico com um C grande a fazer TM. (...) É fundamental num serviço de urgência, quem está lá, saber o que está a fazer e saber olhar para os doentes. Faz toda a diferença.”	E10:11-12

<p>“(…) a minha preocupação quando estou a triar, eu e tenho mais dois colegas a triar comigo, dois mais novos, acabo por estar a triar a 3. Estou a triar eu e tenho os outros mais novos a socorrerem-se de mim.”</p>	<p>E10:12</p>
<p>“(…) vê-se bem as dificuldades que os colegas têm para a tomada de decisão porque têm noção que TM é de uma responsabilidade enorme. O correr bem aquele turno pode ter muito a ver com a forma como os doentes foram triados e os colegas mais novos que têm essa noção têm um medo de triar porque têm a noção que eles próprios não estão preparados adequadamente para fazer triagem”</p>	<p>E10:12</p>

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o enfermeiro	
SUBCATEGORIA: Experiência no SU/doente crítico	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) o facto de ser (…) pouco experiente neste serviço, não necessariamente pouco experiente em termos de atividade profissional, digamos menos experiente no serviço urgência, à partida poderemos pensar que será alguém que terá mais dificuldade em realizar a TM”	E4:02
“Alguém que tenha muita experiência, alguém que seja perito, não necessariamente especialista, mas perito neste local de trabalho, portanto, alguém com uma vasta experiência neste serviço será seguramente alguém com mais facilidade na execução desta tarefa.”	E4:02
“(…) acho que o tempo de experiência, principalmente na urgência, influencia a forma como cada um faz triagem.”	E5:03
“(…) o facto de eu trabalhar com o doente crítico já há muitos anos, ..., de ser um perito na área do doente crítico, faz com que a gente consiga olhar para o doente e perceber alguns fatores que nos levam a tomar decisões mais rápidas e que nos permitem decidir melhor sobre aquele doente, naquele preciso momento. E este conhecimento de um enfermeiro especialista ou de um enfermeiro perito vem-nos dar aqui mais alguma sustentabilidade e alguma segurança aquando da triagem do doente.”	E6:05
“(…) a triagem, não é só responder à pergunta que ali está, é preciso ter algum conhecimento por trás disto e o facto de nós lidarmos com doentes com enfartes, com edemas agudos do pulmão, e abordar aqui outros doentes, muitas das vezes crises conversivas, se nós tivermos seguro daquilo que estamos a fazer e já com algum know how vai-nos permitir tomar as decisões mais acertadas.”	E6:05
“(…) um bom enfermeiro que consegue fazer uma avaliação, e este olhar clínico está provado e há essa recomendação em todas as triagem existentes de que o enfermeiro que deve fazer triagem, deve ser um enfermeiro sénior, com experiência para ter olhar clínico para conseguir ver que, se calhar, a queixa que o utente estava a apresentar, se calhar não é esse o problema principal que ele tem.”	E7:05
“O enfermeiro tem que escolher o melhor caminho e denominador para aquele utente, que pode não corresponder à queixa principal que o utente tem. Vai referir: tem uma queixa, será essa exclusivamente? Pronto, por vezes pode não ser aquela que mais necessita, daí o olhar clínico.”	E7:09
“(…) eu acho que quantos mais anos de experiência e neste caso conto também a especialidade que será mais adequada aqui para o serviço de urgência, não é? A pessoa em situação crítica. Se a pessoa a tiver, (...) mas associado a isso também com o facto de haver peritos ou não, também com alguma experiência, isso influencia muito no que é a tomada de decisão, sem dúvida.”	E9:06

“Pôr um enfermeiro recém-formado ou com pouca experiência na área do doente crítico na triagem, das duas uma, ou o enfermeiro tria tudo de laranja ou tudo muito rápido e acha que é tudo urgente (...)”	E10:11
“(...) escapa-lhe ao enfermeiro uma série de coisas que a triagem, por mais perfeita que queira ser, não consegue.”	E10:11
“Precisas de trabalhar com doente crítico, precisas de perceber que aquela série de sintomas que às vezes a triagem não te vê, aquele doente com mau ar que tu na triagem não consegues quantificar nem objetivar, (...)”	E10:12
“E é isto que na TM queres, às vezes mais do que cumprir o protocolo A, B, C e D ou o fluxograma X, Y, Z, decidir se dás dor 3 e vai para verde ou dor 4 e vai para amarelo é olhares para o doente e dizer: hum, objetivamente tu até não estás a dizer nada, mas eu vejo que algo não está bem em ti.”	E10:12-13
“(...) é importante a Triagem de Manchester ser feita por um clínico, e um clínico com experiência no doente crítico.”	E10:13

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o enfermeiro	
SUBCATEGORIA: Formação contínua	
UNIDADES DE REGISTO:	
“... eu precisava que realmente que houvesse mais um feedback por parte dessas pessoas que são mais capazes ou têm instrumentos para serem mais capazes do que nós e ajudarem-nos a melhorar.”	E1:05
“(...) a formação complementar que tu enfermeiro triador tiveres, há-de interferir positivamente na tua triagem, no teu desempenho, porque se tu tens um conjunto maior de competências, não necessariamente as competências de triagem, (...), mas aquelas competências complementares, nomeadamente a capacidade de comunicação, a capacidade de gestão de conflitos, se tu tiveres essa formação, e por consequência essas competências, obviamente isso vai facilitar o teu desempenho.”	E4:04
“Temos uma equipa de auditores que nos faz um debriefing e um briefing daquilo que podem ser as incongruências ou as inconformidades e que na minha opinião é também uma mais-valia.”	E5:04
“(...) a formação obtida direcionada para a urgência e emergência que acaba por nos dar uma perceção diferente daquilo que é a gravidade do doente, dentro da queixa, obviamente, que acaba por ser estanque.	E5:05
“(...) nós recebemos mensalmente as auditorias á questão do que é a nossa triagem e isso é importante, nós recebermos esse relatório. No caso, o relatório em si só especifica o grau de conformidade ou não e nós depois é que temos que procurar o colega que fez auditoria e perceber onde, se houve algum erro de triagem ou alguma não conformidade, para ele nos clarificar”	E9:08
“Precisamos, na certa, de ter formações de atualização e discussão sobre temáticas, para todos triarmos de uma forma semelhante, (...).”	E10:03
“(...) era importante vincar bem estas formações e esta necessidade de discutirmos o que está a ser feito e o que está a ser menos bem feito.”	E10:03
“(...) fazermos periodicamente, fazermos discussão, principalmente aqueles fluxogramas em que há uma dualidade de critérios muito grande na... pelos triadores.”	E10:03

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o enfermeiro	
SUBCATEGORIA: Características pessoais	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) no Reino Unido, o sistema é de lá formado, e eles aconselhavam sempre a triagem a ser realizada por pessoas com alguma experiência e com algumas aptidões para... não é só a experiência, mas alguma aptidão para. E eu penso que, porque eu depois também estou nos outros setores e acho que isso também influencia, a organização até do próprio serviço tem muito a ver com o triador.”	E1:05
“E também eu acho que influencia negativamente é haver triadores que não têm os mesmos critérios nas triagens. E eu sei que, muitas vezes, vou a seguir a algum colega que não tem os mesmos critérios que eu e sei que (...) os doentes que eu triei são doentes que até que têm necessidade de ser observados mais rapidamente, mas como o colega anterior tem uma forma de priorizar diferente da minha, os meus até vão ficar atrás de doentes que, no meu entender, deveriam ficar atrás de alguns doentes que eu triei.	E3:03-04
E muitas vezes até faz com que eu dê..., por exemplo, passe de verde para amarelo (...), porque não faz sentido alguns dos doentes que eu trio estar atrás de outros que (...), no meu entender não deviam estar à frente dos que eu triei.	E3:04
“(…) até a própria personalidade de um enfermeiro pode ser um fator dificultador do desempenho deste plano de trabalho digamos assim. Alguém que não seja seguro, que demonstre alguma dificuldade na tomada de decisão, será seguramente um profissional com mais dificuldades na execução desta atividade.”	E4:02
“Um enfermeiro que seja seguro, tenha facilidade na tomada de decisão, tenha um espírito crítico assinalável, também será certamente alguém com alguma facilidade na execução da triagem.”	E4:02
“(…) dá para tirar um perfil dos triadores e perceber qual é o triador que despacha mais e até tria com mais cores, uns para um lado, outros para o outro, mediante o triador que está à frente, com o nível de confiança que o triador tem (...)”	E10:11

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com a estrutura física	
SUBCATEGORIA: Privacidade	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) não há privacidade dos doentes.”	E1:04
“(…) se eu fosse doente eu não me sentiria á vontade para estar a dizer, até porque também como referi anteriormente, a nossa sala não tem condições de privacidade.”	E1:04
“Porque não é uma cortina que vai limitar o som que é passado de um lado para o outro (..)”	E1:04
“(…) é um espaço também que não permite muito a privacidade do doente não é, é uma zona de passagem, as trocas dos doentes para as macas são feitas junto á sala de triagem, (…)”	E2:03
“(…) muitas vezes estamos a ouvir é a queixa do lado, não a queixa do nosso (…)”	E3:03
“Só são separados com uma cortina e ouve-se tudo, tudo se ouve e não há separação de uma triagem para a outra, não tem cortina, a cortina só separa a secretária. Os doentes (….) vêm-se uns aos outros.”	E3:03
“Se algum doente nos quiser mostrar alguma parte do corpo que precise de privacidade, pode entrar a qualquer momento alguém, abre a cortina e está o doente exposto, não há privacidade nenhuma.”	E3:03
“(…) não permite a privacidade do doente, sendo que ás vezes é necessário abrir 2 postos de triagem que são separados por uma cortina, em que um doente ouve obviamente a queixa do outro e vice-versa.”	E5:02
“Não existe espaço, ou melhor, condições físicas para a triagem respeitar aquilo que são os direitos do doente, á privacidade pelo menos. Os doentes, os familiares ouvem a queixa do outro porque não se consegue fazer a triagem de forma separada.”	E5:04
“A privacidade, se calhar, não é a melhor, os doentes entram todos pela mesma porta, os familiares para visitar os doentes ou para irem para junto dos doentes que estão na urgência entram todos pela mesma porta que é a porta de acesso á triagem. É apenas separado por uma cortina, o que nos retira aqui alguma privacidade, a nós e ao doente.”	E6:06

“(…) o posto 1 e o posto 3 estão muito próximos um do outro e permite claramente os doentes ouvirem a queixa do doente que está a ser triado ao lado”	E6:08
“(…) não consigo ter privacidade.”	E7:10
“(…) a utente chega aqui: eu tenho aqui um nódulo na mama e vai-me mostrar. E eu, o meu olho profissional, clínico, que o vai observar. O segurança que está a observar não precisa de ver a mama nem a perna do utente.”	E7:10
“Tem um terceiro posto de triagem (…), a única separação que existe é uma cortina, em que ouve a colega ao lado, ninguém precisa de saber que a senhora tem infeção vagina (...). Mas, o utente que está sentado ao lado que ouviu a conversa (...)”	E7:10-11
“(…) nós temos três postos de triagem que estão divididos por cortinas, não há privacidade para o doente (...)”	E8:04
“(…) temos uma sala de emergência atrás dos postos de triagem que por norma está a funcionar, que não há propriamente uma barreira e em que os doentes têm sempre curiosidade de espreitar a ver o que se passa.”	E8:04
“(…) estamos sempre a ouvir a conversa do colega, depois não conseguimos manter a nossa, a nossa atenção.	E8:08
“Aquele posto 3 sobrepõe-se um bocadinho, não é? Temos ali as triagens a acontecer e há permeabilidade aqui da informação, das pessoas que estão ali a ouvir.”	E9:09
“(…) quantas vezes estou a triar um doente e entram-me pela triagem adentro. Quantas vezes apanham com pessoas meias despidas e põe em causa a própria intimidade e privacidade do doente.”	E10:05
“(…) os dados sensíveis do doente e eu estou a ser triado no posto 3, quem está no posto 1 consegue saber aquilo que eu me queixar, não é?”	E10:06

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com a estrutura física	
SUBCATEGORIA: Espaço físico	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) é o facto de uma sala que tem uma abertura, no fundo não é uma porta, que nós não conseguimos nunca encerrar aquela porta (…)”	E1:02
“(…) nós temos dois postos de triagem, dois postos de triagem que não estão devidamente equipados.”	E1:04
“ Se há necessidade de termos dois triadores, está um triador apenas com um monitor, outro triador com um termómetro, para retirar etiquetas tenho... há necessidade de ser um deles a tirar e de vir ao, no fundo ao local onde está a ser realizada uma triagem para levantar as etiquetas (…)”	E1:04
“(…) é uma sala não está preparada (…)”	E1:04
“Temos dois postos de triagem que são pequeninhos, são espaços exíguos (…)”	E2:03
“O que influencia também... é haver também dois triadores na mesma, na mesma sala. Há muito ruído... vem dois doentes ao mesmo tempo, com dois acompanhantes e, muitas vezes, com bombeiros atrás também. Num espaço tão pequeno alberga ali uma data de pessoas (...), é uma confusão.”	E3:03
“Muito pequeno, cabem duas secretarias e mal.”	E3:03
“A estrutura física, além de ser pequena, não tem uma porta, é uma cortina que tem para o exterior.”	E3:03
“Até a própria estrutura física do serviço acaba por interferir positiva ou negativamente na realização da triagem.”	E4:03
“É um espaço físico exíguo”	E5:02
“É impossível não só isolar o som, mas isolar um caso suspeito agora, por exemplo, de coronavírus, que não estamos preparados para isolar naquele momento de triagem um doente com suspeita de coronavírus, não conseguimos sequer isolar a sala.”	E5:04
“(…) permite que o doente que foi triado volte atrás e nos venha confrontar ao fim de uma ou duas horas de espera (…)”	E6:06

“A porta permite que os dentes circulem à vontade ali junto a nós (...)”	E6:07
“Temos a porta sempre aberta, é um frio que não se aguenta, (...)”	E8:08
“(...) a localização da triagem e a disposição como ela está aqui no nosso serviço, torna-a uma área muito permeável, de fácil acesso (...)”	E9:03
“(...) á questão da permeabilidade daqui da localização do nosso serviço (...)”	E9:04
“O nosso STM está instalado num local em que tem cortinas, que não faz isolamento de som, não faz isolamento acústico do que se passa, (...)”	E10:04
“(...) toda a gente entra pelo sítio onde eu estou a triar.”	E10:04
“(...) a estrutura física permite que haja um circuito inverso, que as pessoas que já foram triadas voltem á triagem a reclamar.”	E10:05
“(...) qualquer pessoa consegue voltar para trás e ir reclamar pela triagem, (...)”	E10:05
“Portanto, estás a triar e tens apenas uma cortininha na 3, a triar à tua frente.”	E10:06
“Mas o acesso á triagem 1 passa pela triagem 3. E o doente que está na 1 para ser triado tem que passar pela triagem 3.”	E10:06

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o Sistema de Triagem de Manchester	
SUBCATEGORIA: Limitações do protocolo	
UNIDADES DE REGISTO:	
“Poder-se-ia ajustar alguns fluxogramas, alguns discriminadores, mas acho que no geral não é um sistema muito rígido.”	E2:04
“O STM (...), não é perfeito, é uma ferramenta bem construída, mas não é obviamente um sistema perfeito e há momentos em que, para determinados doentes, determinadas queixas, determinadas situações, o facto de ser estanque, rígido, não facilita. E isso pode ser entendido como um fator negativo.”	E4:04
“Ele é um bocado rígido, este protocolo, não é. Se calhar podia ser mais aberta aqui em alguns lados. Tem ali, se calhar, a falta de um fluxograma ou outro que podiam acrescentar.”	E6:05
“(…) em algumas coisas é pouco específico e (…) podíamos levantar algumas questões sobre, por exemplo, na pediatria ele é muito pouco específico, parece-me muito curto.	E6:05
“A Triagem de Manchester na área pediátrica é muito curta e eu que trabalhei 5 anos na pediatria e que também faço urgência pediátrica tenho plena noção disso.”	E6:05
“(…) tem muito poucos fluxogramas na área da pediatria e depois leva-nos quase sempre para os mesmos e não nos permite, se calhar, tomar uma decisão mais específica.”	E6:05
“É muito amplo e devia ser mais, devia ser mais restrito na área pediátrica, devia ter mais opções dentro da área pediátrica para que nós pudéssemos decidir melhor.”	E6:05-06
“(…) a triagem não é forçosamente, no meu entender, a queixa principal do doente. É sim a necessidade que o doente tem e por vezes podemos ir escolher um algoritmo que não corresponde à queixa principal do doente porque não é essa a principal.”	E7:02-03
“(…) afinal, é à risca um enfermeiro que segue cegamente a TM, isto quer dizer, eu tenho aqui uma ferida quero ser tratado, sim senhor: ferida, área cirúrgica, neste nosso hospital cirurgia geral pra ser suturado, ponto. Alta, tá ótimo. Triagem perfeita de Manchester.”	E7:03

“(...) afinal o homem tem é uma hipoglicemia, ou tem uma arritmia, faz umas pausas ok, então vou pedir um ECG, vou ver a glicemia e no algoritmo não me é pedido nada disso.”	E7:03
“Uma crise hipertensiva não é detetada na TM. As tensões arteriais são só pedidas exclusivamente nas grávidas para pesquisar a pré-eclampsia, mais nada.”	E7:03
“(...) a nível de fluxogramas que nem sempre se adaptam aos casos que temos (...)”	E8:07
“Sinto alguma dificuldade ao nível dos fluxogramas que nem sempre se adaptam áquilo que nós queremos (...)”	E8:07
“Muitas das vezes nós temos os conflitos de doentes que são triados, por exemplo, com uma prioridade amarela porque enquadram-se na rigidez do que é o protocolo da triagem (...)”	E9:02
“Nós sabemos que os protocolos são rígidos, não é?”	E9:06
“O sistema em si tem algumas questões dúbias relativamente ao sistema e alguns algoritmos que lá tem poderá causar algumas dúvidas.”	E10:03
“(...) cada vez mais tens uma panóplia de doentes (...) que não consegues encaixar (...) em nenhum fluxograma como deve ser.”	E10:13
“O protocolo é muito rígido e, por vezes, limitativo. Principalmente tu como, quando no meio daquela escreves 4 queixas, tu não podes pôr o fluxograma para a queixa inespecífica, tens que escolher uma dessas quatro queixas, poder encaixar. Então, às vezes, estás ali a olhar e a pensar qual é a queixa das quatro tu fizeste que melhor encaixe, que melhor enquadra para a triagem que te quero fazer.”	E10:13

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o Sistema de Triagem de Manchester	
SUBCATEGORIA: Limitações do curso de Triagem de Manchester	
UNIDADES DE REGISTO:	
“Há elementos que não se conseguem dar naquela breve formação sobre TM. Há particularidades com as quais nos vamos cruzando ao longo da triagem e vamos sentindo dificuldades.”	E5:04
“(…) o curso foi só, na minha opinião, assim umas luzes muito básicas daquilo que é a triagem, (…) serviu para conhecer mais até o funcionamento, os fluxogramas.”	E8:06
“(…) o curso não me preparou uma série de coisas, (…) fui chamado á atenção a uma série de coisas que eu não fazia na triagem que o curso, que fui auditado a dizer que falhei, e que o curso não tinha dito que era obrigatório.”	E10:04
“O curso de Triagem de Manchester não, não nos treina o olho clínico (…)	E10:11

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o doente	
SUBCATEGORIA: Falta de informação sobre Sistema de Triagem de Manchester	
UNIDADES DE REGISTO:	
“Alguma falta de informação também dos doentes e dos familiares que vêm, (...) muitos deles não conhecem e tens de estar a perder tempo a explicar as prioridades, como é que funciona o sistema para ficarem minimamente com algum conhecimento”	E2:02
“(...) o facto de a grande maioria ou pelo menos uma quantidade significativa dos nossos doentes não terem um conhecimento, nem sequer mínimo, do que é isto da TM também dificulta. Primeiro porque não entende a forma como é triado, depois porque, se calhar, não entendendo acaba por carecer de explicação e o triador vai ter que fornecer essas explicações e isto é uma pressão acrescida para o trabalho do triador.”	E4:03
“E o utente tem todo o direito de ser explicado o procedimento. Agora é evidentemente que depois ultrapasso o que é razoável, eu vou demorar mais tempo a explicar porque é que tem essa triagem (...)”	E7:09
“(...) perdi nesse tempo, para esclarecer uma dúvida lícita do utente, podia ter feito outra triagem.”	E7:09
“Isto quer dizer que para triar um por vezes eu gastei o tempo de triagem de 4 ou 5 porque estou ocupado a dar explicações (...)”	E7:09-10
“(...) não percebem o sistema de triagem em si, porque às vezes até damos um amarelo e eles acham que o verde é que é a prioridade mais alta, então nós temos que estar ali a explicar, perdemos algum tempo com isso (...)”	E8:03
“influenciam pela literacia dos nossos clientes, não é? Que cá recorrem ao serviço de urgência. Há uns que conhecem o que é o sistema triagem, compreendem o conceito dos tempos de espera, (...), associado às prioridades que nós atribuímos, outros que nem por isso, não é?”	E9:02
“Logo, aquilo que podia ser uma triagem linear, rápida, para justificar uma prioridade verde por exemplo, muitas vezes leva-nos a perder mais tempo, mais para nós clarificarmos por que é que é verde, porque é que vai ter que esperar aproximadamente as 2 horas, em detrimento do que seria uma coisa (...) nós perdemos mais tempo a explicar porque é que vai esperar do que propriamente a triar esse cliente, não é?”	E9:02

“(…) causa-nos sem dúvida um acúmulo dos próximos doentes que estão á espera para ser triados, não é? E acrescenta fator de stress porque não é expetável que a gente possa perder tanto tempo quanto isso ou investir tanto tempo quanto isso nessa explicação porque também não o temos.

E9:02

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o doente	
SUBCATEGORIA: Pressão do doente/família	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(...) alguma pressão por parte dos doentes e dos familiares na atribuição de uma prioridade mais urgente (..)”	E2:02
“(...) existe uma pressão tanto por parte de doentes como de familiares (...)”	E3:02
“A pressão que é exercida pelo doente, pelo acompanhante, pelos familiares (...)”	E4:03
“A família obviamente que pressiona, e pressiona á entrada da triagem.”	E5:02
“(...) quando eles vêm reclamar porque quando temos um verde que tem 6 horas ou 8 horas de espera (...) ele vê passar pessoas amarelas e pergunta: porque é que ele levou amarelo e eu levei verde? Vai-me vir questionar. Então vou ter que explicar porquê, ele vai entender ou não vai entender (...)”	E7:06
“(...) esta pressão do interior do sistema a pressionar e a querer ser retriado (...)”	E7:07
“(...) o utente vem reclamar á triagem porque acha que não foi bem triado ou acha que está pior e quer ser atendido mais depressa.”	E7:08
“Quero o outro enfermeiro que é mais fixe que dá uma triagem melhor e eu sempre que eu venho aqui eu levo um amarelo e só com vocês é que eu levo verde.”	E7:08
“Pressão emocional e outras para não subir o tom, por vezes ameaças que: não vou esperar aqui muito tempo!”	E7:09
“(...) muita pressão e coação que é feita ao enfermeiro para que suba prioridade.”	E7:09

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o doente	
SUBCATEGORIA: Violência verbal/física	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) nunca tive situação que tivesse extrapolado para a violência física, mas violência verbal muitas vezes, que pessoas completamente insatisfeitas, que não conhecem e que agridem verbalmente.”	E2:04-05
“(…) o meu estado de espírito não fica igual para as triagens seguintes não fica, uma pessoa fica mais ansiosa, mais nervosa. Pronto, tenta-se ultrapassar isso, mas às vezes não é fácil.”	E3:07
“(…) fiquei com a sensação de que é aquele posto ao qual eu não quero ir porque também não quero estar sujeito a isso.”	E5:03
“Sim, já fui vítima de violência verbal e física na triagem.”	E6:04
“Então pode haver doentes que vão e vêm à urgência várias vezes, e esses doentes recorrentes depois tornam-se agressivos porque desconfiam do sistema e sabem que se não reclamarem provavelmente, a queixa dele que já vem tantas vezes vai ser um verde, mas o problema é que efetivamente não resolve o problema.”	E7:15
“(…) psicológica, ameaças verbais, sim.”	E10:13
“(…) a verdade é quando tens, sem querer ser xenófobo, um cigano que diz que te faz uma esperinha lá fora e tens lá fora mais 20 ciganos, só se fores o campeão é que (…) não te vais sentir limitado. (…) os próximos ciganos todos que vierem, vou triar com uma prioridade máxima para os despachar”	E10:14

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o doente	
SUBCATEGORIA: Dificuldade na identificação da queixa	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) os próprios doentes que muitas das vezes não conseguem sistematizar a informação que nós precisamos para conseguir atribuir a prioridade e estão consecutivamente a contar histórias”	E1:02
“(…) àqueles doentes que não vêm com acompanhante e que não conseguem verbalizar a queixa e acaba por ser muito restrito para encontrarmos a queixa associada.”	E5:02
“Muitas das vezes tem a ver aqui com as queixas inespecíficas dos utentes, quando chegam á triagem. Alguns deles não se sabem queixar, (...) e acabam por nos consumir aqui algum tempo para nós conseguirmos perceber qual é a intenção daquele doente cá vir”	E6:02
“(…) muitas vezes o utente, e é nisso que o enfermeiro pode fazer a diferença, em que o utente pode vir queixar-se de um problema, uma queixa principal que é a perceção que o utente tem da sua saúde, a visão que o enfermeiro pode ter, pode não ter nada a ver”	E7:02

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o serviço	
SUBCATEGORIA: Número de doentes para triar	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) a grande afluência de doentes (…)”	E3:02
“(…) é uma pressão grande saber que tenho muitos doentes para triar e que tenho que triar rapidamente e posso descurar muitas coisas que eu... não fico tão atenta, tanto nas queixas dos doentes como no exame objetivo que eu lhe faço no momento”	E3:02
“O fluxo elevado de doentes ao serviço, obviamente dificulta a realização da triagem (…)”	E4:03
“(…) um utente que entre no período de baixa afluência à urgência será melhor triado do que um utente que venham a hora de grande afluência. Porquê? Porque o triador naquele momento está a ser pressionado, não vai dedicar o tempo, se calhar, necessário de se aperceber efetivamente que o tempo pode se dar uma prioridade maior ou que seja vista melhor uma situação e vai levar a uma triagem pura.”	E7:05
“(…) outros fatores que nos influenciam tem a ver também com o número de doentes que recorrem aqui ao serviço de urgência. Tamos a falar que quanto mais vierem, não é? Maior é o número de pessoas que nós vamos triar e o acúmulo do tempo de espera, a chegada de mais doentes, aumenta o stress na gestão do dia-a-dia de trabalho”	E9:02
“Garantidamente quando tenho mais fichas tenho tendência a acelerar e perguntar menos coisas a uma série de doentes. Acabo por acelerar a minha triagem.”	E10:10

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o serviço	
SUBCATEGORIA: Tempo de espera para triagem	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) para triagem causa-nos sempre aquele, pelo menos para mim causa-me sempre aquela necessidade de ser sistemática e não perder muito tempo.”	E1:03
“Tenho que ser mais sistemática, não posso deixar a pessoa por vezes (…) a pessoa entra e conversa e explica e mostra a medicação. No caso de ter mais doentes, sinto é necessidade de agilizar todo o processo.”	E1:04
“(…) o tempo de espera pode ser muito elevado o que também interfere tanto na nossa triagem para esse doente como nas triagens seguintes.”	E3:02
“(…) outra das questões é o tempo de espera. Muitas das vezes nós ficamos com algum tempo de espera, pelo fluxo de adesão ao serviço de urgência e isso também acaba por nos influenciar (…) saber que temos uma hora de espera e temos imensos doentes lá fora à espera e pode estar lá fora algum doente mais urgente a precisar de ser observado.”	E6:02
“(…) temos picos, chegamos a ter mais de uma hora de tempo de espera, temos picos principalmente no inverno, de uma adesão muito grande aos serviços de urgência e chegamos a ter tempos superiores a uma hora.”	E6:03
“O principal problema é a pressão de tempo, isto é, quando o triador fica pressionado que tem que encurtar uma triagem (…)”	E7:02
“Na minha experiência, o facto de olhar para um ecrã e ver 40 minutos de espera vai-me pressionar, pronto.”	E7:03
“E então a pressão é essa: se eu tenho tanto tempo de espera no meio daqueles que estão à espera 40 minutos, tem lá um doente urgente. E esse utente urgente ou emergente tem que ser visto em menos de uma hora. Ele já perdeu tempo útil de atendimento só no tempo de triagem.”	E7:07
“(…) o tempo de espera é demasiado grande. Não há nenhum ser humano que se apercebe que está alguém na sala de espera, que pode ser grave, à espera 30 minutos, que não se sinta pressionado para ir ver se efetivamente naqueles 30 minutos não está alguém que realmente necessita (…)”	E7:11

“Quando sabemos que temos uma, duas horas de tempo de espera, que temos muitos doentes fora da sala, pressiona-nos um bocadinho, não é?”	E8:02
“O que leva a que tentemos apressar um bocadinho o trabalho, leva a que haja se calhar menos atenção ao doente, é inevitável quando tentamos apressar as coisas.”	E8:02
“A questão é: eu quando tenho uma hora de espera, nada me garante que o doente que eu estou a chamar é que é o doente grave.”	E10:10
“Pode ser que o doente que esteja com enfarte e pode parar seja o doente que está há 1 hora à espera. Isso influencia obviamente (...)”	E10:10

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o serviço	
SUBCATEGORIA: Tempo de espera para consulta	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(...) o facto de estarem listas de espera com muitos doentes no serviço de urgência vão-nos influenciar, até para uma organização de... até para nós, para uma seleção”	E1:03
“(...) influencia um bocadinho porque se nós tivermos (...) doentes há 18 horas à espera sem qualquer justificação para isso ou se o serviço está (...) o serviço de clínica geral está com uma afluência muito superior a todos os outros setores e até há possibilidade, e tu sabes que perante aquela queixa, apesar do protocolo não estar definido que aquele doente tem de ser alocado àquela especialidade mas tu entendes que, e até conversas com o médico, e tudo isso é uma questão que influencia e que por vezes até atrasa a própria triagem.”	E1:03
“(...) é uma coisa que se nota, que influencia muito a triagem, é o facto de muitos vezes no serviço de urgência estarmos limitados em termos de atendimento médico, os doentes demoram muito tempo a serem atendidos e isso atrasa, acaba por atrasar muito a triagem, acaba por provocar no triador mecanismo de defesa de se proteger um bocadinho e complica toda a organização do serviço de urgência”	E2:05
“(...) são os tempos de espera para a consulta e sinto que isso pode influenciar o grau de prioridade atribuído ao doente, os tempos de espera são muito longos (...)”	E5:02
“Interfere quando a sala de espera dos verdes está cheia e que já estamos com 10 ou 12 horas de espera e os amarelos estão a ser vistos automaticamente.”	E7:11
“(...) como eu sei que os verdes estão com 12 horas de espera eu vou dar um amarelo ... porque assim eu consigo que haja um maior fluxo de doentes senão fica tudo parado.”	E7:12
“(...) como ele está à espera de uma avaliação médica há 5 horas, vai-se virar para o enfermeiro e vai reclamar com o enfermeiro porque é que o médico não o atendeu há 5 horas.”	E7:14
“(...) chegam á sala de espera para a consulta médica esperam uma hora, ou duas horas ou três horas, não é?”	E9:07
“(...) vamos supor que eles seriam um amarelo, o tempo esperado é que seja até uma hora, não é? E eles viriam ao final desse tempo, ainda não foi cumprida a observação da parte deles e vêm reclamar precisamente á triagem e aí entra em conflito com o enfermeiro, (...)”	E9:07-08

“(...) se dás amarelo a um doente e o doente ao final de 3 horas ainda não foi visto, provavelmente esse doente passou a laranja. Se dás verde a um doente e o doente está há 10 horas à espera, entretanto já fez a febre, já está com uma febre que obriga a priorizar, a repriorizar a situação.”	E10:14
“(...) influencia o facto de dizer a um doente que estou a triá-lo e que ele tem pelo menos 5-6 horas de espera pela frente.”	E10:15

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o serviço	
SUBCATEGORIA: Interrupções	
UNIDADES DE REGISTO:	
“são as interrupções por parte de, acho que quase todos os intervenientes aqui do hospital, quer médicos que nos vêm questionar e levantar questões relativamente às próprias triagens ou dúvidas que tenham de outras situações; são doentes que, uma vez que o espaço onde ela está localizada, são doentes que já foram até atendidos e que vêm nos abordar porque querem ir embora e pensam que funciona um bocado como o sistema informativo ali, são bombeiros que querem passar outros doentes à frente e, às vezes, também interrompem a própria triagem; por vezes também colegas, e contra mim falo, que às vezes acontece de irmos lá para imprimir etiquetas porque é naquele local que funcionam.”	E1:02
“(…) com muita facilidade as pessoas entram e interrompem as triagens.”	E2:03
“Há transferência de doentes, há acompanhantes de doentes a entrar e a sair, há o segurança que vem muitas vezes á triagem. Pronto, há muitas interrupções (…)”	E3:03
“(…) o setor onde é realizada a triagem, (…), pelo fato de estar localizado numa zona de passagem, numa zona de entrada e saída de todos os doentes, acompanhantes e profissionais do serviço obviamente que, em muitos momentos, é um fator negativo para a realização da triagem porque há interrupções, porque há barulho, porque há momentos em que não é possível chamar um doente porque outras atividades estão a ser realizadas à porta do local onde é realizada a triagem”	E4:03
“(…) os utentes conseguem vir ter comigo e reclamar comigo, mas se calhar estou a fazer uma triagem.”	E7:10
“(…) os doentes podem voltar atrás e voltam sempre. Sempre que têm alguma dúvida ou querem saber o tempo de espera ou querem saber (…) familiares que nem passaram pela triagem, que vêm visitar os doentes, vêm-nos perguntar onde é que o doente está ou a que horas é a visita das UDCs, pronto, porque é o posto mais acessível, é um sitio de passagem, eles sabem que não nenhuma porta ali fechada e vêm ter connosco.	E8:03-04
“(…) nota-se que estamos constantemente a ser interrompidos.”	E8:08
“As chamadas constantes para triagem interrompem a triagem, não é?”	E9:04

Para além de ser fator logo stressante só o estar a ouvir o telefone quando estamos a articular ou a explorar o que é a doença da pessoa que está a chegar, as queixas. Depois é o saber que é mais um problema para resolver, entretanto, não é? Tenho que acelerar este processo para resolver o próximo e também influencia.	E9:04
“Que mais pessoas ali passam, estamos a falar (...) de administrativos que têm que se deslocar ao serviço (...) das diferentes áreas que nós temos aí (...) para resolver processos administrativos e depois passam por ali, muito próximo do que é a triagem, ainda que eles tendem a não interromper, mas acabam por passar ali, temos sempre aquele ruído de fundo que acontece algumas vezes.”	E9:04
E temos também o conflito de o segurança que temos a porta e o administrativo em si (...) No sentido de, vêm interromper, não é?	E9:04-05
“(...) bombeiros que vêm acompanhar doentes que umas vezes tem justificação para a interrupção (...) Mas outras vezes eles não têm bem a perceção dos doentes que têm, não é? Acham que já estão á espera há muito tempo na sala de espera lá de fora e vêm e interrompem, (...)”	E9:05
“(...) auxiliares que vão tratar de processos administrativos de gestão de internamentos pra fora e por defeito a porta que está atrás da triagem normalmente está fechada e então o circuito que utilizam é o da frente e passam, localiza-se mesmo em frente (...) às nossas triagens (...)”	E9:05
“as visitas para o serviço, a entrada é feita pela, pela triagem também, (...) até há uma boa gestão por parte do segurança, (...), mas não deixa de ter que falar ali em nossa frente, interrompe aquilo que estamos a fazer.”	E9:05
“E erros também na saída porque as pessoas, a nossa área de saída é localizada ao fundo da urgência e as pessoas como vêm ali uma porta de acesso que tentam a sair e voltam outra vez a passar ali na zona da triagem.”	E9:05
“As pessoas estão a falar, estão constantemente a ser interrompidas porque é um local de passagem, passa por um lado entra toda a gente, porta de entrada da urgência é aquela e por outro lado o acesso à secretaria é por trás da triagem, portanto há sempre movimento”	E10:04
“Eu estou a triar, quantas vezes estou a triar um doente e entram-me pela triagem adentro.”	E10:05
“(...) quantidade de pessoas que às vezes, interferem, que vêm pedir (...) uma atenção especial para a triagem e às vezes nós perdemos no meio disto tudo porque estamos constantemente a ser chamados e requisitados por tudo e mais qualquer coisa. E às vezes tenho medo de estar a fazer uma asneira porque o nosso nível de atenção às vezes está completamente diminuído.”	E10:09

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o serviço	
SUBCATEGORIA: Pressões internas e externas	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) alguma pressão também por parte dos colegas na orientação dos doentes que podem achar que não é tanto para um lado como para outro. Não deveria ser com aquela prioridade, deveria ser com outra, pronto.”	E2:02-03
“(…) algumas vezes os médicos, mesmo sem terem feito o curso de Manchester, vêm tirar “satisfações” de porque é que aquele doente foi triado assim, foi desviado para aquele setor, e põe em causa o nosso trabalho, (…)”	E3:04-05
“A pressão que é exercida (…), até pelos profissionais do serviço, até pelos médicos (…). A pressão que direta ou indiretamente é exercida sobre o triador também dificulta, obviamente, o seu desempenho.”	E4:03
“A pressão que é exercida (…), pelos outros colegas dos diferentes setores de atendimento.	E4:03
“A pressão também que é exercida pelos médicos, muitas vezes sinto só isso por parte de alguns elementos da equipa médica (…)”	E5:02
“Depois também temos as pressões externas, de pessoas que vêm, conseguem furar e chegar até nós e pedir para serem triados mais depressa.”	E6:02
“O facto de termos determinadas equipas, que nós já conhecemos, que nos pressionam a triar de diferente forma, por exemplo, sabemos que temos médicos na unidade laranja, por exemplo, que facilmente nos criticam (…)”	E8:02
“E pronto, às vezes somos um bocadinho pressionados pela equipa médica.”	E8:02
“Os colegas também, acho que sim, dependendo dos colegas, mas muitas vezes eles acabam, se não concordam pedem para retriar ou retriaram eles.”	E8:02
“O saber, por exemplo, que temos macas em espera e as corporações de bombeiros que nos pressionam porque precisam das macas livres e têm outros serviços (…)”	E8:02
“(…) muitas vezes eles já não pensam da mesma forma que nós e pronto, e depois pedem para retriar, não concordam, reclamam.”	E8:05

“(...) acresce o problema de, da questão da pressão dos próprios colegas que vão receber esses doentes (...)”	E9:02
“(...) se tivermos um doente (...) que só vem por alteração analítica, como prioridade será um não emergente, não é? E nós, se não tiver associado a sintomas, e nós vamos encaminhá-lo para uma área mais diferenciada que nos traz o conflito então com o médico porque acha que aquele doente na primeira observação ou na primeira impressão que ele tem, sendo verde, não seria.”	E9:03
“(...) esses médicos recorrem muitas vezes lá, ao nosso posto de trabalho, precisamente para fazer essa reclamação e defenderem o seu ponto de vista, porque é que aquele doente não deveria ser para ali.”	E9:03
“O problema associado a isso é, mais uma vez, ao ouvirmos essa reclamação acumulamos mais tempo de espera, não é? E eu acho que influencia muito o que é a gestão até porque nos próximos doentes que vamos triar já vamos ter em conta esse conflito prévio que já houve, não é?”	E09:03
“E tentam ultrapassar as pessoas que estão lá fora que chegam por ordem de chegada, isso não há dúvida, mas que nos influenciam também, pressionam para atendermos mais cedo alguém que...”	E9:05
“(...) principalmente especialidades reclamam que não querem, que o doente não devia ter sido triado para eles.”	E10:07

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o serviço	
SUBCATEGORIA: Horas de trabalho na triagem	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) quanto mais horas permanecer na triagem, a realizar aquela atividade, provavelmente menos qualidade terá no teu desempenho.”	E4:03
“(…) é uma atividade desgastante, quanto mais horas lá tiveres posso garantir, obviamente não cientificamente, mas pela experiência pessoal, (…) que o teu desempenho vai diminuir a qualidade (…)”	E4:03
“Estamos a falar que é uma atividade em que estás sujeito a uma certa pressão, quanto mais tempo estiveres sujeito a esta pressão mais desgaste terás e, portanto, menos qualidade no desempenho.”	E4:03-04
“Em vez de ficar tantas horas seguidas porque é um posto de trabalho extremamente desgastante, acho que poder-se-ia pensar em dividir pelo menos o turno ao meio, seja ele de 6 ou de 12 horas.”	E5:05
“Se é garantido que uma segunda-feira as afluências são maiores, ao fim de 6 horas, não é preciso chegar às 6, começo a sentir alguma fadiga mental naquilo, e no raciocínio para efetuar uma triagem bem feita.”	E5:05
“(…) acho que, se calhar beneficiávamos trocar, fazer turnos mais pequenos de triagem, 4/6 horas no limite.”	E8:07
“(…) ao fim de 3/4 horas já começamos a ficar mais cansados e começamos não prestar tanta atenção áquilo que o doente nos diz, já perdemos a noção do que perguntamos, e depois é sempre repetidamente a mesma coisa, perdemos um bocadinho o foco.”	E8:07
“(…) quanto mais doentes triarmos há aqui uma exaustão associada, não é? E quanto mais horas assim tivermos, não é? É expetável mais doentes vão acontecer, (…)”	E9:06
“(…) a necessidade da troca é importante.”	E9:06
“(…) vantagem é essa troca de 4 em 4 horas”	E9:07
“Há aqui um problema que é: um dos elementos que troca, que vem assumir o novo posto de triagem no período da tarde, (...), vem de uma área onde há muitos doentes também, (...) que vem cansado já das primeiras 4 horas e chega á triagem já cansado ainda vamos a	E9:07

<p>meio do dia. E sem dúvida nenhuma que esse elemento que chega, chega em desvantagem, (...) ali à triagem. Logo, a exaustão ou tolerância para o que é as solicitações da triagem também já vai com uma disposição diferente, então isso influencia muito”</p>	
<p>“Porque a nossa tolerância eventualmente já pode estar mais reduzida, o nosso filtro também com o passar das horas também vai reduzindo, não é? As 12 horas de trabalho nesse aspeto pode ser uma desvantagem, não é? Quanto mais nos aproximamos para o final do turno, menor é o nosso filtro e depois a gestão de conflitos torna-se mais difícil.”</p>	<p>E9:07</p>

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o serviço	
SUBCATEGORIA: Circuito dos doentes	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) quando eu vejo que tem muito tempo de espera num setor, por exemplo, um doente que venha com uma dor no membro e não é trauma, se eu vir que ele está muito queixoso, sei que ele vai ter um tempo de espera muito elevado se eu o enviar para a clinica geral, e sei que vai ser um tempo reduzido se eu o enviar para a ortopedia. Muitas vezes desvio para ortopedia (…)”	E3:02
“(…) os problemas muitas das vezes vêm por aí, não pela prioridade que nós definimos àquele doente, mas sim pelo circuito onde vamos alocar, para onde vou encaminhar o doente.”	E6:06
“(…) quando eu acabei a triagem, eu vou encaminhar o doente e por vezes demoro mais tempo a encaminhar o doente do que propriamente fazer a triagem (…)”	E7:05
“(…) tentamos gerir o que é a questão do circuito do serviço e vamos dividindo os doentes, não é? Pelas áreas, influenciando a questão da localização desses doentes.”	E9:02
“E o enfermeiro que está na triagem às vezes precisa saber mais de todos os comunicados feitos, porque depois não são reunidos todos os comunicados feitos, como é que vai funcionar a referênciação de doentes, do que da triagem em si (…)”	E10:08
“(…) também influencia (…) é saber como é que tenho o circuito lá dentro. Quais são os serviços que estão encanizados. (…) Quando quem está na triagem sabe que aquele circuito está bloqueado, temos tendência a querer desviar o doente que devia ir para aquele circuito, para outro, para não encravar mais.”	E10:14
“Por mais que eu diga que não, influencia o facto de saber que aquelas áreas estão assim (…)”	E10:15

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o serviço	
SUBCATEGORIA: Tarefas administrativas/outras tarefas	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) a orientação dos doentes para os centros de saúde, o preenchimento ou (…) fazíamos parte também ou era obrigatório que os enfermeiros direcionassem os doentes para um questionário que estava a ser aplicado no serviço.”	E1:03
“Porque no fundo temos de explicar à pessoa o que é que estamos a falar e essa orientação faz com que a triagem seja demorada (…)”	E1:03
“Alguma perda de tempo no processo, perdemos tempo com processos administrativos, quer dizer, tempo que poderia ser utilizado no atendimento é perdido em processos administrativos, a colar etiquetas em familiares.”	E2:02
“(…) um ponto que eu acho que influencia negativamente na triagem e que agrava também depois o tempo de espera é o termos que fazer tarefas que não estão relacionadas diretamente com a triagem tal como identificar acompanhantes de doentes, explicar protocolos que temos, no nosso caso, de referênciação de doentes para o centro de saúde. Tudo isso atrasa e põe em causa os tempos limite de triagem.”	E3:05
“No nosso serviço especificamente nós temos um conjunto, não muito vasto, mas um conjunto de tarefas não diretamente relacionadas com a triagem, mas são obrigatoriamente realizadas pelo triador. (…) E estou a falar especificamente de tarefas que podemos considerar tarefas administrativas.”	E4:05
“(…) uma prende-se com um protocolo que existe no hospital, protocolo de colaboração entre o hospital e os cuidados de saúde primários que permite que os doentes que recorram ao Hospital de Barcelos, se forem originalmente de determinados centros de saúde, caso na altura da triagem sejam classificados como doentes pouco urgentes ou não urgentes, isto é, verdes ou azuis, possam naquele momento ser aconselhados pelo enfermeiro triador a dirigirem-se ao centro de saúde porque o hospital tem vagas específicas no centro de saúde para o atendimento destes doentes. Portanto, todo este protocolo com as suas respetivas explicações é feito em termos práticos pelo enfermeiro triador.	E4:05-06
“Isto consome tempo (…), na realização de uma tarefa que nada tem a ver com a triagem, isto é, depois de triarmos o doente, depois de lhe atribuirmos uma prioridade, ainda temos esta obrigação de lhe explicar que se precisar, se quiser, pode ser atendido no centro de saúde porque nós hospital, temos este protocolo.	E4:06

“E depois ainda temos (...), uma atividade que é a atribuição de um autocolante para os acompanhantes do doente, que tem direito a visitá-lo, a acompanhá-lo durante a sua permanência no serviço de urgência, que nós triadores fazemos no momento da triagem ou mais tarde quando o doente nos chega sozinho e depois o acompanhante, acaba por chegar mais tarde (...). Portanto, isto uma tarefa puramente administrativa que tem seguramente interferência na realização da triagem.”	E4:06
“(...) aquilo que neste momento dificulta a minha prestação enquanto triador, enquanto estou a fazer TM é sobretudo tarefas acessórias”	E5:02
“Fazemos locação ou identificação dos acompanhantes dos doentes (...)”	E5:02
“Somos nós que identificamos as etiquetas de acompanhante e somos nós que no momento da triagem também propomos ao doente não urgente a ida ao centro de saúde (...) e isso também é feito no momento da triagem, e aproveito também para dizer que esse é um fator que acaba por dificultar a triagem (...)”	E5:02-03
“(...) quando são doentes que vêm para especialidades, temos de contactar as especialidades, ou contactar os chefes de equipa e isto acaba por nos consumir aqui algum tempo, o que nos vai levar também a um aumento do tempo de espera para a triagem e o aumento do tempo em que estamos a triar aquele doente (...)”	E6:04
“Muitas das vezes é aqueles problemas burocráticos (...) que têm a ver com a organização e com a falta de comunicação interinstitucional ou inter-hospitalar e que nos gasta ali algum tempo e que acaba por influenciar aquela triagem e as próximas porque nos consome tempo.”	E6:08
“(...) tenho especialidades não presenciais. É que essas especialidades não presenciais obriga-me a ligar ao sr. doutor e a informar que tem um doente na urgência.”	E7:06
“Por vezes é uma especialidade que efetivamente até tem muito que fazer (...), por vezes podes não conseguir que me atenda.”	E7:06
“(...) estou a fazer trabalho administrativo. Obriga-me a comunicar à pessoa x que tem trabalho para fazer.”	E7:06
“Sim, eu tenho que ligar a outra especialidade a informar que eles têm trabalho, sim também faz parte. Tudo isso consome-me tempo.”	E7:06
“O tempo que eu espero que o médico me atenda e que eu explique a situação, vou perder o tempo todo da triagem”	E7:09
“(...) há muitos doentes que vêm com uma cartinha por exemplo para a cardiologia em que a especialidade não foi contactada primeiro, então cabe-nos quase a nós enfermeiros questionar se o doente é mesmo para eles ou não (...)”	E8:05
“E as especialidades nem sempre atendem à primeira, perdemos muito tempo.”	E8:06

“(…) às vezes (…) pedem-nos para esperar que eles venham á triagem e ficamos ali 10/20 minutos, às vezes, a fazer tempo que eles venham (…)”	E8:06
“(…) a nossa dependência de que a secretaria imprima etiquetas e não a impressão automática de etiquetas quando nós fazemos triagem, prejudica-nos, atrasa-nos bastante a triagem, complica-nos a triagem”	E10:04
“Se tens 20 doentes à espera, tens 4 etiquetas por doente, tens 80 etiquetas e tens de ter o cuidado para não trocar as etiquetas, (...). Não é a primeira nem a segunda vez que nós enganámo-nos porque em vez de cortar a etiqueta aqui cortamos mais acima. Obriga-nos a aumentar o nível de atenção, há o risco de erro e quando há uma sobrecarga grande de doentes à espera, aumenta o nosso nível de stress, aumenta o risco de erro.”	E10:05
“(…) a maior parte das especialidades exige que se telefone para elas para pedir autorização para triar (…)”	E10:07
“(…) e nós estamos constantemente a fazer telefonemas porque pode ser que sim, pode ser que não, depende da vontade (…)”	E10:07
“Somos obrigados a telefonar, às vezes a fazer o filme quase como se tivéssemos a pedir um favor.”	E10:07
“Às vezes tamos 10 minutos para conseguir referenciar um doente.”	E10:08
“Mas administrativamente falando, o grande trabalho é este, é ser telefonista, às vezes perdemos mais tempo a ser telefonista (…)”	E10:08
“A identificação da ficha é feita pelo enfermeiro (…)”	E10:08

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o serviço	
SUBCATEGORIA: Sistema informático	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) o próprio sistema informático que por alguns motivos tem, como se chama (…), mas há uma demora excessiva na própria procedimento em si”	E1:02
“O sistema é um bocadinho lento.”	E1:02
“(…) o facto de estar num sistema informático dividido em fluxogramas permite-nos rapidamente, de entre aqueles todos, seleccionar o mais adequado referente á queixa do doente.”	E5:01
“(…) o principal fator influenciador serão os próprios sistemas de informação e o facto de o STM estar informatizado. Acaba por ser quase didático e até rápido de corrermos todos os fluxogramas. Porque quando ficamos sem sistema, aí sim é um fator que influencia negativamente a triagem, termos que fazer em suporte de papel. Portanto, o facto de estar informatizado é uma mais-valia, é um fator facilitador.”	E5:05
“(…) é muito facilitador a possibilidade que me cria neste momento o sistema que é: enquanto eu vejo doente, (…) consigo ir consultar o processo clínico e eu consigo ver as antigas admissões na urgência e vou ver o último relatório, tenho logo acesso de uma forma rápida, na nota de alta escrita ou do procedimento que efetivamente o doente tem razão.”	E7:12
“A possibilidade de pesquisar os eventos anteriores pode ajudar um enfermeiro a conseguir adequar a triagem, a fazer uma triagem mais eficaz.”	E7:13

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o serviço	
SUBCATEGORIA: Barulho	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) no nosso serviço, especificamente e para mim, é o barulho (…)”	E1:02
“É o barulho, são os auxiliares que têm de passar doentes, são os lixos que são retirados (...), todo esse barulho que vai influenciando no fundo a conversa que estou a ter com o doente”	E1:02
“(…) é um sítio de passagem em que temos familiares, visitas, bombeiros, transportes a entrar, é um sítio de muita passagem.”	E8:03
“(…) acho que é um sítio muito movimentado, muito barulho, (…)”	E8:08
“Por trás da triagem temos acesso á secretaria e temos sala de emergência. Quantas vezes eu estou a tentar ouvir o que os doentes dizem e não consigo porque tenho monitores a apitar alto e bom som atrás de mim.”	E10:04

AREA TEMÁTICA: Fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o serviço	
SUBCATEGORIA: Requisição de meios complementares de diagnóstico	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) efetivamente a possibilidade de pedir meios complementares de diagnóstico pra antecipar, que é uma coisa muito boa que nós temos aqui no sistema (…)”	E7:13
“O facto de saber que vai haver outro técnico que vai fazer um exame, que vai tentar descartar ou não, vai dar mais segurança, porque efetivamente, se é uma via verde muito bem, mas depois há aqueles que são dúbios.”	E7:13

AREA TEMÁTICA: Sugestões de melhoria na realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionadas com o serviço	
SUBCATEGORIA: Estrutura física	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) a localização e a estrutura física da TM, acho que isso é o essencial”	E1:06
“(…) se for para colocar dois postos de triagem, em ambos terem o material necessário para a execução da triagem.”	E1:06
“(…) se se colocasse uma porta já evitava muitos constrangimentos, nomeadamente até atendendo á privacidade dos doentes, ao facto das interrupções.”	E1:06
“Melhorar o espaço físico (…)”	E2:05
“O espaço em que é feita a triagem devia ser um espaço com maior privacidade, os dois postos deviam ser separados, e havia de haver uma porta a separar o exterior com a triagem (…)”	E3:06
“(…) remodelar ou atualizar o posto de triagem, a sala de triagem propriamente dita. É uma sala pequena, se calhar precisava de mais espaço, precisava de equipamento nos dois postos de triagem igualmente distribuídos, precisava de garantir a privacidade do doente.”	E5:05
“(…) melhorar o espaço onde é feita a triagem neste momento, (…)”	E6:08
“(…) o enfermeiro estruturalmente deveria conseguir observar a área de triagem (…)”	E7:07
“(…) eu deveria conseguir (… ter o controle da sala de espera, conseguia ver a sala de espera e ele poderia à distância aperceber-se que um doente está a piorar e chamá-lo para a retriagem.”	E7:08
“(…) acho que devia ser um sítio mais isolado, mais resguardado e com mais privacidade.”	E8:04
“(…) a nível de estrutura, acho mesmo mudar em termos de segurança (…)”	E8:08
“Ou colocar a triagem noutro sítio ou, por exemplo, arranjar forma de ser um sítio unidirecional, não haver passagem de doentes, familiares (…)”	E8:08

“(...) da localização, (...) nós conseguiríamos barrar dali, de alguma forma pôr uma porta, mas não sei.”	E9:09
“Aquele posto 3 sobrepõe-se um bocadinho (...). Ou tentar, ou afastar ou localizá-la noutra sítio, (...)”	E9:09

AREA TEMÁTICA: Sugestões de melhoria na realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o serviço	
SUBCATEGORIA: Gestão do serviço	
UNIDADES DE REGISTO:	
“Se calhar em alguns casos adequar melhor o circuito dos doentes de forma a melhorar também o atendimento dos doentes no serviço de urgência, em algumas situações mais pontuais e principalmente quando está mais sobrecarregado (...)”	E2:05
“(...) o fluxo de doentes ser mais reduzido (...)”	E3:06
“(...) a eliminação destas tarefas administrativas (...), também seriam positivas.”	E4:06
“(...) impedir o acesso dos doentes que foram triados, impedir que eles pudessem voltar a estar com o enfermeiro que está a fazer a triagem.”	E6:08
“O doente que vai para a triagem deveria ter uma porta de acesso e as visitas deviam ter outra porta de acesso. Não podiam entrar as duas pelo mesmo sítio, deviam ter circuitos diferentes.”	E6:09
“(...) devia existir uma segunda linha de triagem que reavaliasse os doentes de forma periódica.”	E7:08
“(...) devíamos ter uma integração á triagem, passar dois ou três turnos com um colega ao nosso lado, nós a triarmos e o colega a dar opinião dele (...)”	E8:09
“Acho que beneficiávamos fazer uma integração na prática.”	E8:09
“(...) definir um circuito diferente do que seriam os doentes que vêm em maca, por exemplo acompanhados com equipas do pré-hospitalar, dos outros que vêm a pé, (...)”	E9:09
“(...) nós conseguimos fazer um outro acesso para as visitas, (...) até com horários planeados também e deixávamos de ter aquelas interrupções (...)”	E9:10
“(...) a instrução dos outros demais profissionais que estão cá no hospital que também indiretamente estão envolvidos na triagem. Eu falei na questão do segurança, (...) tirar aquela impressão do que é ver sangue, do que é o restante. Mas também dos assistentes operacionais que nós	E9:10

temos cá, (...) precisavam de uma instrução de triagem, para perceberem que o circuito é para funcionar dessa forma e não todos que tenham que regressar para trás.

AREA TEMÁTICA: Sugestões de melhoria na realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionados com o serviço	
SUBCATEGORIA: Gestão de recursos humanos e materiais	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) se possível aumentar o número de enfermeiros para poder abrir o segundo posto com mais facilidade.”	E2:05
“(…) era ter um auxiliar sempre perto de nós (…)”	E3:06
“(…) ter 2 triadores porque muitas vezes não conseguimos um segundo triador (…)”	E3:06
“(…) se calhar, precisávamos de dividir o turno ao meio para o triador. Em vez de ficar tantas horas seguidas porque é um posto de trabalho extremamente desgastante, acho que poder-se-ia pensar em dividir pelo menos o turno ao meio (…)”	E5:05-06
“Há uma auxiliar só para os postos de triagem. Não chega muitas vezes, em fase de grande afluxo não chega.”	E10:09

AREA TEMÁTICA: Sugestões de melhoria na realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionadas com o Sistema de Triagem de Manchester	
SUBCATEGORIA: Formação contínua	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) sinto como necessidade é de ter mais feedback da parte de quem nos faz as auditorias ou quem está mais ligado a tudo o que se passa a nível de Triagem de Manchester, para saber também aquilo que tenho para melhorar (…)”	E1:05
“E por vezes acho que poderíamos treinar um bocadinho mais.”	E1:05
“(…) eu precisava que realmente que houvesse mais um feedback por parte dessas pessoas que são mais capazes ou têm instrumentos para serem mais capazes do que nós e ajudarem-nos a melhorar.”	E1:05
“(…) a formação é sempre bem-vinda. E acho que é essencial e é, como é um posto também que define muito o próprio serviço em si (…)”	E1:07
“(…) nós temos auditores cá, que fazem auditorias e de certeza que encontram algumas inconformidades. Acho que poderíamos ter (….) mais conhecimento daquilo que não está bem.”	E2:04
“Mais formação (….) ou reflexões sobre o desempenho (….)”	E4:06
“(…) devia-se pensar se calhar numa formação mais frequente para, de seleção desses pequenos erros ou dessas pequenas não conformidades e numa formação de serviço conseguir passar (….) esses erros como método de instrução (….)”	E9:08
“Precisamos, na certa, de ter formações de atualização e discussão sobre temáticas, para todos triarmos de uma forma semelhante, (….)”	E10:03
“fazemos periodicamente (….) discussão, principalmente aqueles fluxogramas em que há uma dualidade de critérios muito grande (….) pelos triadores.”	E10:03
“(…) essa formação tem que ser repetida e replicada várias vezes para chegar até lá e com mais periodicidade.”	E10:03

AREA TEMÁTICA: Sugestões de melhoria na realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionadas com o Sistema de Triagem de Manchester	
SUBCATEGORIA: Recertificação do curso de Triagem de Manchester	
UNIDADES DE REGISTO:	
“E acho que devia existir, (...) uma espécie de uma recertificação da triagem com o tempo para se ajustar aquilo que não estava bem e que poderá ser ajustado.”	E2:04
“(…) os algoritmos têm que ser, de x em x tempo, recertificados. Talvez o da triagem também o merecesse ser, isto é, todos os triadores de x em x tempo que eu não sei quantificar, mas de x em x anos, não muitos, deveriam voltar a repetir o curso. Novamente ouvir o que são os conceitos da triagem, o que são as definições dos fluxogramas, dos discriminadores que são usados (...)”	E4:05
“(…) ou recertificação no sistema de triagem também acabaram por ser positivos.”	E4:06
“(…) provavelmente uma recertificação do curso, do curso de triagem.”	E9:08
“(…) já houveram até atualizações do que é a triagem, o sistema de triagem em si e era importante haver aqui uma recertificação para treinarmos (...)”	E9:08
“Na certa teria lógica, como em diversas áreas, recertificar, sendo a Triagem de Manchester algo tão importante para a organização de um serviço como é.”	E10:04

AREA TEMÁTICA: Sugestões de melhoria na realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionadas com o Sistema de Triagem de Manchester	
SUBCATEGORIA: Protocolo de Triagem de Manchester	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) se fosse possível introduzir ligeiras alterações ao sistema em si, aos fluxogramas que estão construídos, algumas variações, (…) mas há um conjunto ou outro de circunstâncias que se houvesse um fluxograma mais específico ou um discriminador mais adaptado provavelmente esta atividade teria mais qualidade (…)”	E4:04
“O abrir a possibilidade do sistema de triagem em si, do algoritmo contemplar mais uma ou outra situação que podia entendido como um fluxograma, (…). Até porque temos casos específicos de queixas muito direcionadas num determinado sentido que poderiam, (…), já ser consideradas um fluxograma.”	E4:06
“Tem ali, se calhar, a falta de um fluxograma ou outro que podiam acrescentar.”	E6:05
“Se o problema da vinda à urgência é dor, porque não existir um circuito específico para a dor?”	E7:14
“(…) nós temos que encontrar uma forma de conseguir objetivar, sistematizar o olhar clínico. E a Triagem de Manchester pode pretender fazer isto, mas ainda não conseguiu.”	E10:15
“(…) a Triagem de Manchester precisa evoluir para isso, precisa evoluir para conseguir oficializar o olhar clínico do doente.”	E10:15

AREA TEMÁTICA: Sugestões de melhoria na realização da Triagem de Manchester	
CATEGORIA: Relacionadas com o enfermeiro	
UNIDADES DE REGISTO:	
“(…) eu acho que faz todo o sentido colocar na triagem triadores que apresentem bons resultados, não é a palavra adequada, mas apresentem resultados (…), em que não haja um grande desvio da média (…)”	E3:05
“(…) deviam ser precisos mais de 2 anos para os enfermeiros puderem fazer triagem.”	E6:08
“(…) fazer triagem sim, mas só algum tempo depois de ter alguma experiência, acho que vamos para lá assim um bocadinho imaturos.”	E8:08
“A meu ver não chega 2 anos, 2 anos não chega, é preciso mais, é preciso mais.”	E10:12
“Já que são os 2 anos para fazer triagem, nunca deixar um elemento sozinho com essa idade numa triagem.”	E10:16
“(…) a Triagem de Manchester tem um nível de importância em que só devia ter enfermeiros dos últimos escalões de desenvolvimento, se quiseres usar os princípios da Benner, (…) da Patricia Benner é que deviam estar na triagem.”	E10:16-17

APENDICE 5

ENTREVISTAS

ENTREVISTA E1

I - Muito boa tarde E1. Antes de mais nada, obrigado por participares neste estudo. Como te falei, a finalidade deste estudo é compreender os fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester no serviço de urgência. E, antes de mais nada, eu queria-te perguntar a tua opinião sobre a utilização de sistemas de triagem nos serviços de urgência. O que achas?

E1 – Eu penso que o sistema de triagem no serviço de urgência foi essencial e tem sido uma grande ajuda, uma vez que até há cerca de algum tempo atrás eram os... o pessoal no fundo não clínico que estava à frente, na porta do hospital e que definia quem é que entrava ou quem seria primeiro atendido e isso veio-se a alterar com a introdução do sistema de prioridades.

O sistema de prioridades veio permitir que os doentes que realmente, uma vez que o número de doentes que recorrem ao serviço é cada vez maior ou tendencialmente é um número significativo e esses doentes, como nós também sabemos, a nível de prioridade clínica a maior parte deles são verdes, ou seja, são doentes que se tivessem, a maior parte deles também, outro apoio a nível de cuidados de saúde primários, não viriam ao serviço de urgência. Por isso é preciso, mediante o número de doentes que cá entra, saber qual é que tem que ser atendido primeiro e qual é que pode aguardar algum tempo até ser atendido, ou seja, o sistema permitiu no fundo definir quais são os doentes prioritários e estabelecer essa prioridade.

I – Chegaste a trabalhar na urgência sem Triagem de Manchester?

E1 – Sim.

I – E o que achas que, em termos de funcionamento do serviço, que alterou o facto de teres Triagem de Manchester?

E1 – Sim, como eu disse a Triagem de Manchester permitiu que fosse... no fundo é realizada por enfermeiros, pessoal que já tem alguma capacidade de, também para... de análise, observação e, no fundo, é capacitado para a realização da aplicação do sistema que nós estamos a implementar que é Triagem de Manchester. Isso ajuda a definir a prioridade e depois ele permite também uma organização do serviço porque vai definindo consoante as áreas, vai distribuindo no fundo os doentes mediante as queixas e a

prioridade para as áreas específicas, portanto temos: geral, como medicina, cirurgia, ortopedia.

I – Muito bem. E relativamente á Triagem de Manchester, na tua opinião quais achas que são os fatores que influenciam de forma negativa a realização da triagem?

E1 – Em relação aos fatores que possam ou que normalmente influenciam de forma negativa a triagem é: no nosso serviço, especificamente e para mim, é o barulho, é o facto de uma sala que tem uma abertura, no fundo não é uma porta, que nós não conseguimos nunca encerrar aquela porta, não é? É o barulho, são os auxiliares que têm de passar doentes, são os lixos que são retirados, todo esse barulho que... a cortina que é fechada, todo esse barulho que vai influenciando no fundo a conversa que estou a ter com o doente. Depois, o próprio... por vezes o próprio sistema informático que por alguns motivos tem, como se chama..., mas há uma demora excessiva no próprio procedimento em si.

I – O computador é lento, é isso?

E1 – O computador, o sistema, sim. O sistema é um bocadinho lento.

Depois, o que pode influenciar, os próprios doentes que muitas das vezes não conseguem sistematizar a informação que nós precisamos para conseguir atribuir a prioridade e estão consecutivamente a contar histórias; são as interrupções por parte de, acho que quase todos os intervenientes aqui do hospital, quer médicos que nos vêm questionar e levantar questões relativamente ás próprias triagens ou dúvidas que tenham de outras situações; são doentes que, uma vez que o espaço onde ela está localizada, são doentes que já foram até atendidos e que vêm nos abordar porque querem ir embora e pensam que funciona, funciona um bocado como o sistema informativo ali; são bombeiros que querem passar outros doentes à frente e, às vezes, também interrompem a própria triagem; por vezes também colegas, e contra mim falo, que ás vezes acontece de irmos lá para imprimir etiquetas porque é naquele local que funcionam.

Depois, relativamente a outras questões, que também influenciaram ao longo deste tempo, que eu acho que neste momento estão melhores, que foram projetos que foram institucionalizados na... e que nos dificultavam um bocado até a própria, a própria duração da Triagem de Manchester.

I – Mas queres especificar?

E1 - Inicialmente era um sistema baseado em, nas etiquetas que não estavam, não saíam automaticamente no local, que saíam automaticamente, depois não se era reconhecido, depois foi o... no fundo a orientação dos doentes para os centros de saúde, o preenchimento ou... fazíamos parte também ou era obrigatório que os enfermeiros direcionassem os doentes para um questionário que estava a ser aplicado no serviço. No fundo, acho que, do que me recordo, era isso.

I - Mas de que forma é que o facto de teres que orientar um doente para o centro de saúde te dificulta a realização da triagem? Uma questão do tempo?

E1 – Sim, é mais pela questão do tempo. Porque no fundo temos de explicar à pessoa o que é que estamos a falar e essa orientação faz com que a triagem seja demorada porque não vamos, neste momento não, mas anteriormente não se encerrava a triagem sem saber se o doente realmente queria ir ou não para o centro de saúde.

O que também influencia, que não cheguei a dizer, é também o estado, a afluência do serviço porque, talvez seja intrinsecamente, mas o facto de estarem listas de espera com muitos doentes no serviço de urgência vão-nos influenciar, até para uma organização de... até para nós, para uma seleção. Se um doente...

I – Mas estás a falar da lista de espera para triagem ou para consulta?

E1 – Não. É assim: para triagem causa-nos sempre aquele, pelo menos para mim causa-me sempre aquela necessidade de ser sistemática e não perder muito tempo. Em relação á parte da consulta, essa também me influencia um bocadinho porque se nós tivermos doentes, como hoje aconteceu, doentes há 18 horas à espera sem qualquer justificação para isso ou se o serviço está... o serviço de clínica geral está com uma afluência muito superior a todos os outros setores e até há possibilidade, e tu sabes que perante aquela queixa, apesar do protocolo não estar definido que aquele doente tem de ser alocado àquela especialidade mas tu entendes que, e até conversas com o médico, e tudo isso é uma questão que influencia e que por vezes até atrasa a própria triagem.

I – Exato. Mas quando dizes que tens muitos para triar, quer dizer que tens que fazer mais rápido, é isso?

E1 - Tenho que ser mais sistemática, não posso deixar a pessoa por vezes não é... a pessoa entra e conversa e explica e mostra a medicação. No caso de ter mais doentes, sinto é necessidade de agilizar todo o processo.

I – Muito bem. Mais algum fator assim que te lembres?

E1 – Que me esteja a recordar agora, não.

I – Relativamente á estrutura física do posto de triagem, alguma situação que queiras referir que possa influenciar positiva ou negativamente, a tua triagem?

E1 – Sim. A estrutura física do serviço, foi como eu já disse anteriormente, acho que é um fator negativo. Primeiro, eu acho que em qualquer ponto de, em qualquer local, nós temos dois postos de triagem, dois postos de triagem que não estão devidamente equipados. Se há necessidade de termos dois triadores, está um triador apenas com um monitor, outro triador com um termómetro, para retirar etiquetas tenho... há necessidade de ser um deles a tirar e de vir ao, no fundo ao local onde está a ser realizada uma triagem para levantar as etiquetas e são tudo interrupções e é uma sala não está preparada para, não está preparada para ter...

I – Os postos são separados em termos de privacidade dos doentes, ou não?

E1 – Não, não há privacidade dos doentes.

I – Mas ouvem a queixa um do outro?

E1 – Ouvem a queixa um do outro e não é só o facto de ouvir a queixa, é: eu sinto que se eu fosse doente eu não me sentiria á vontade para estar a dizer, até porque também como referi anteriormente, a nossa sala não tem condições de privacidade. Porque não é uma cortina que vai limitar o som que é passado de um lado para o outro e a maior parte das vezes a cortina está aberta porque também isso é uma, é algo que é inevitável, nós não podemos estar a sentarmo-nos e a levantarmo-nos de todos os doentes que são chamados para triagem.

I - Para fechar a cortina...

E1 - Para fechar a cortina ou..., mas a cortina não é uma questão, a cortina é mais se a pessoa quiser ser exposta porque a nível de som não é cortina que vai ajudar nessa limitação.

I – Olha, e relativamente ao enfermeiro em si ou ao profissional que realiza a triagem, há algum fator que consideres que pode influenciar de forma positiva ou negativa a triagem?

E1 – Sim. Eu penso que na realização da Triagem de Manchester e se eu bem me recordo, eles aconselham... isto foi originado no Reino Unido, o sistema é de lá formado, e eles aconselhavam sempre a triagem a ser realizada por pessoas com alguma experiência e com algumas aptidões para... não é só a experiência, mas alguma aptidão para. E eu penso que, porque eu depois também estou nos outros setores e acho que isso também influencia, a organização até do próprio serviço tem muito a ver com o triador. E isso, uma das coisas que eu sinto como necessidade é de ter mais feedback da parte de quem nos faz as auditorias ou quem está mais ligado a tudo o que se passa a nível de Triagem de Manchester, para saber também aquilo que tenho para melhorar porque muitas dúvidas às vezes surgem e às vezes é a opinião de outros colegas que nos ajudam a decidir. E por vezes acho que poderíamos treinar um bocadinho mais.

I - Aqui no hospital existe uma equipa de formadores e auditores?

E1 – Sim.

I - E têm, por norma, formação regular ou frequente sobre fluxogramas ou outras questões da triagem?

E1 – Não, não tem. E é essa necessidade que eu sinto, eu precisava que realmente que houvesse mais um feedback por parte dessas pessoas que são mais capazes ou têm instrumentos para serem mais capazes do que nós e ajudarem-nos a melhorar. Porque a formação é mesmo para isso.

I – Falaste no início que era importante que os enfermeiros tivessem alguma formação para tomar decisões na triagem. Consideras que o tempo de exercício profissional ou a experiência profissional é um fator que influencia a triagem ou a realização da triagem ou só por si...

E1 – Sim, eu penso que sim. Só por si não é, não é o que... não é o mais essencial. No meu ponto de vista acho que isso é uma influência, lógico. O tempo é influência.

I – Mas de que género? Maior tempo de experiência é melhor ou pior para a realização desta tarefa?

E1 – Maior tempo de experiência é melhor para a realização desta tarefa. Até porque nós temos que estar atentos à queixa do doente, mas também sermos capazes de, através da observação e de todo o outro conhecimento que nós temos de ter, conseguir detetar sinais que nos possam indicar que aquela situação é mais grave do que outra que podemos estar...

I – Em relação á formação académica, achas que a nível de formação profissional do enfermeiro, alguma formação que possa influenciar positiva ou negativamente aqui a realização da triagem? Por exemplo, o facto de seres especialista ou teres uma pós-graduação em doente crítico é um fator que pode influenciar?

E1 – Não tenho conhecimento, uma vez que eu não tenho, a minha experiência é única... é baseada apenas no meu exercício profissional. Eu não sei a nível de parte académica se isso irá influenciar ou não. Sei que as aptidões para ser triador estão diretamente relacionadas com o saber, saber fazer e também com a experiência que vamos adquirindo ao longo ao longo do tempo.

I – Olha, então já falamos de algumas coisas, mas vamos sistematizar na tua opinião aquilo que poderia ser melhorado mediante aquilo que fomos falando, para melhorar a realização da triagem, ou seja, que coisas podemos melhorar neste serviço para que fosse melhor realizada.

E1 – Eu, na minha opinião, o que deve ser ou que deveria ser alterado é: a localização e a estrutura física da Triagem de Manchester, acho que isso é o essencial. Estar, se for para colocar dois postos de triagem, em ambos terem o material necessário para a execução da triagem. Depois, uma vez que estou a falar da estrutura, se se colocasse uma porta já evitava muitos constrangimentos, nomeadamente até atendendo á privacidade dos doentes, ao facto das interrupções. Uma porta fechada é uma porta fechada, não é um cartão de visita porque ali toda a gente passa e toda a gente vem questionar independentemente de... do que estejas a fazer, porque não há porta, simplesmente não há porta.

I - Também falaste da questão de mais formação específica, não é?

E1 – Sim, sim. Para mim é uma necessidade e acho que, como todas as áreas que nós estamos, a formação é sempre bem-vinda. E acho que é essencial e é, como é um posto também que define muito o próprio serviço em si, se calhar, é uma área a apostar.

I – E1, estamos no fim da nossa entrevista, Depois de tudo o que falamos, há mais alguma coisa que queiras acrescentar sobre estas questões?

E1 – Que me esteja a recordar agora, penso que não.

I – Muito bem. Olha, muito obrigado. Terminamos. Alguma questão podes sempre contactar o investigador, neste caso eu, está bem?

E1 – Está bem.

I - Muito obrigado.

E1 – De nada.

ENTREVISTA E2

I – Boa tarde, E2. Obrigado por teres aceite o meu convite para participar neste estudo. Como te disse o principal objetivo é compreender os fatores que influenciam a intervenção dos enfermeiros na Triagem de Manchester e agradeço-te então a disponibilidade. Começava por te perguntar qual é a tua opinião sobre a utilização de sistemas de triagem nos serviços de urgência?

E2 – Eu penso que veio melhorar o atendimento do doente. Permite, como todos sabemos, separar os casos urgentes daqueles que são menos urgentes, não é? E, de certa forma, também permite padronizar o atendimento em termos gerais. O que é feito aqui é feito nos outros hospitais e permite melhorar a qualidade, então, no atendimento dos doentes. Isto de que forma? Porque permite, com o mínimo de tempo possível, da forma mais possível minimizar os erros e definir qual a gravidade de determinada situação, do que faz recorrer o doente aqui ao serviço de urgência. Basicamente é isso.

I – Vocês utilizam Sistema de Triagem de Manchester? Sempre foi o Sistema de Triagem de Manchester?

E2 – Sim. Sei que existem outros sistemas de triagem, que não os conheço muito bem, mas aqui sempre foi utilizado o sistema de Triagem de Manchester, sim.

I – Olha, e que contributos é que este sistema deu aqui, para o atendimento aos doentes e para a organização do vosso serviço?

E2 – Pronto, tal como já tinha falado, este Sistema da Triagem de Manchester, através dos fluxogramas e dos discriminadores que cada um tem, permite identificar os critérios de gravidade de uma forma mais objetiva, de uma forma também muito mais organizada e com base nesses problemas que são, que são identificados conseguimos estabelecer uma prioridade clínica com que o doente deverá ser atendido e consegue-se no fundo separar o que é urgente, como tinha falado anteriormente, o que é urgente do não urgente, não é?

I – E o funcionamento do serviço em si, alterou quando iniciou a Triagem de Manchester, o facto de a utilizar?

E2 – Sim, alterou, alterou bastante. Antigamente nós tínhamos, os doentes eram observados por ordem de chegada, agora são, são observados mais rapidamente pelas

especialidades. Melhorou em muito o circuito dos doentes no serviço de urgência e melhorou dessa forma também a qualidade do atendimento pelo facto de existirem áreas que anteriormente não existiam e permite que os doentes sejam vistos muito mais rápido e com mais qualidade, claro que sim.

I – Olha, já fazes triagem há muito tempo?

E2 – Desde que foi implementada aqui no SU, sim.

I – Olha, e na tua opinião que fatores é que contribuem negativamente ou positivamente, ou que dificultam a realização da Triagem de Manchester, na tua opinião?

E2 – Pois. Eu acho que a Triagem de Manchester não tem grandes fatores negativos. Agora, tem algumas alguns fatores intrínsecos à... se calhar, à realidade de cada urgência que impedem o bom funcionamento ou o melhor funcionamento.

Alguma perda de tempo no processo, perdemos tempo com processos administrativos, quer dizer, tempo que poderia ser utilizado na, no atendimento é perdido em processos administrativos, a colar etiquetas em familiares.

I -Mas vocês é que fazem isso?

E2 – É feito, tudo isso é feito pelo enfermeiro da Triagem de Manchester.

Alguma falta de informação também dos doentes e dos familiares que vêm, que ainda não, muitos deles agora começam a conhecer, mas muitos deles não conhecem e tens de estar a perder tempo a explicar as prioridades, como é que funciona o sistema para ficarem minimamente com algum conhecimento.

Sei lá, algum, como o atendimento também depende da triagem, alguma pressão por parte dos doentes e dos familiares na atribuição de uma prioridade mais urgente e até alguma pressão também por parte dos colegas na orientação dos doentes que podem achar que não é tanto para um lado como para outro. Não deveria ser com aquela prioridade, deveria ser com outra, pronto. Também tem alguma importância.

Em termos de estrutura, pronto, a nossa urgência é uma estrutura com muitos, com muitas limitações em termos físicos. Temos dois postos de triagem que são pequeninhos, são espaços exíguos, temos alguma dificuldade em abrir, embora tenha melhorado o número de elementos, aumentado o número de elementos, temos alguma dificuldade em abrir o segundo posto de triagem quando temos necessidade porque estamos a...

I - Porque faltam enfermeiros?

E2 – Sim, porque estão, são enfermeiros que estão alocados noutros postos e para virem aqui ao posto de triagem terão que deixar o seu posto entregue a outro colega que não é responsável pelo posto.

Pronto, é um espaço também que não permite muito a privacidade do doente não é, é uma zona de passagem, as trocas dos doentes para as macas são feitas junto á sala de triagem, com facilidade de acesso por toda a gente, com muita facilidade as pessoas entram e interrompem as triagens.

Sei lá, não me lembro assim de mais nada assim que... no geral...

I - Já tens muitos anos de experiência de serviço de urgência, de triagem?

E2 – Já tenho, sim, 19 anos. São 19 anos de urgência e de Triagem de Manchester não sei precisar o ano em que começou, mas estou desde o início.

I – A pergunta é: achas que o facto de teres 19 anos é um fator que dificulta ou que facilita o teu desempenho nesta tarefa? Achas que os anos de experiência profissional, ou melhor, no serviço de urgência, são um fator que influencia de alguma forma a triagem, estou a perguntar.

E2 – O facto de ter mais experiência acho que me permite ter outro à vontade, que me facilita a Triagem de Manchester, embora nós sabemos que a Triagem de Manchester é um processo que deve ser seguido com algum rigor e muitas vezes a experiência por si só não é o fator mais importante, é o rigor com que se segue.

I – Mas achas muito rígido o protocolo?

E2 – Não, não. Acaba por existir sempre alguma ambiguidade, mas não acho que seja um protocolo muito, muito rígido. Poder-se-ia ajustar alguns fluxogramas, alguns discriminadores, mas acho que no geral não é um sistema muito rígido.

I – E além do curso de triagem inicial, achas que seria necessário mais alguma formação relativamente à triagem?

E2 – Pronto, eu acho que sim. Acho que, que...nós temos auditores cá, que fazem auditorias e de certeza que encontram algumas inconformidades. Acho que poderíamos

ter conhecimento de..., se calhar, mais conhecimento daquilo que não está bem. E acho que devia existir, não sei que nome lhe dar, mas uma espécie de uma recertificação da triagem com o tempo para se ajustar aquilo que não estava bem e que poderá ser ajustado.

I – E isso não existe neste momento?

E2 – Existe auditoria, não existe a recertificação, não, não. Pelo menos que eu saiba não está nada, não está nada definido nesse sentido.

I – Muito bem. Já falamos de alguns, não sei se há mais algum fator que queiras acrescentar assim da tua experiência..., mas que tenha influência.

E2 - Mas em relação a que sentido?

I – Ao teu desempenho na triagem.

E2 – Ao meu desempenho? Não, acho que, não vejo assim nada que...

I - Já alguma vez foste vítima de violência verbal ou física?

E2 – Sim, sim. É assim, no fundo foi aquilo que nós tínhamos falado anteriormente que tem a ver com a pressão. Essa pressão muitas vezes é pressão ligeira como é uma pressão que atinge a parte da violência, até ao momento violência verbal, nunca tive situação que tivesse extrapolado para a violência física, mas violência verbal muitas vezes, que pessoas completamente insatisfeitas, que não conhecem e que agridem verbalmente. Tenho conhecimento, aconteceu comigo e tenho conhecimento com vários colegas que isso acontece com alguma frequência sim, sim.

I - Olha E2. O que achas, na tua opinião, que poderia ser mudado para melhorar, não a triagem, mas a realização da triagem neste serviço?

E2 – No fundo as perguntas anteriores já estavam quase subjacentes, não é. Melhorar o espaço físico, se possível aumentar o número de enfermeiros para poder abrir o segundo posto com mais facilidade. Se calhar em alguns casos adequar melhor o circuito dos doentes de forma a melhorar também o atendimento dos doentes no serviço de urgência, em algumas situações mais pontuais e principalmente quando está mais sobrecarregado e, se calhar, uma coisa que não tem a ver propriamente com a Manchester,

mas que é uma coisa que se nota, que influencia muito a triagem, é o facto de muitas vezes no serviço de urgência estarmos limitados em termos de atendimento médico, os doentes demoram muito tempo a serem atendidos e isso atrasa, acaba por atrasar muito a triagem, acaba por provocar no triador mecanismo de defesa de se proteger um bocadinho e complica toda a organização do serviço de urgência, sim.

I – Muito bem, estamos no fim da entrevista. não sei se tens mais alguma coisa a acrescentar no fim disto tudo?

E2 – Não. Só gostaria depois de, no final, de ter conhecimento do que é que deu o estudo para saber se a opinião dos restantes se vai de acordo, de encontro á minha opinião e o que é que atingiste com os resultados do estudo, gostava de saber.

I - Muito bem. Então, olha E2, agradeço-te. claro que os resultados depois serão tornados públicos, pelo menos para o serviço que depois transmitirá. De qualquer maneira eu estou sempre disponível para alguma coisa que queiras ou acrescentar ou então alterar relativamente áquilo que fizemos hoje.

Obrigado.

E2 – Obrigado eu.

ENTREVISTA E3

I – Boa tarde E3. Antes de mais nada, obrigado por participar neste estudo. Como eu te disse, este estudo tem por objetivo compreender os fatores que influenciam a intervenção dos enfermeiros na Triagem de Manchester. E eu começava por te perguntar qual é a tua opinião sobre a utilização de sistemas de triagem nas urgências?

E3 - Acho que faz todo o sentido haver este sistema de triagem na medida em que se acaba com a triagem sem critério, há uma priorização de doentes e há um encaminhamento para o setor correto. Basicamente, é isso.

I – Mas, sempre trabalhaste com Triagem de Manchester, aqui?

E3 – Não, não. Os primeiros anos do meu exercício profissional era mesmo por ordem de chegada, o que muitas vezes fazia com que casos urgentes ou... emergentes não digo porque muitas vezes nem se chega a fazer ficha, mas em casos urgentes esperavam e ficavam atrás na lista de casos que não fazem sentido sequer vir ao serviço de urgência.

I – Mas, hoje em dia, já não é assim?

E3 – Hoje em dia não. Se for um doente bem triado, os casos mais urgentes são prioritários e passam à frente do que não tem... não é prioritário.

I – Olha, e o fato de utilizares sistema de triagem, neste caso Triagem de Manchester, o que alterou no funcionamento e na organização do serviço?

E3 - Está muito mais organizado na medida em que os doentes são desviados para a especialidade correta e também para a área de prioridades, área laranja, área verde. Que perguntaste que eu já não me lembro?

I - O que alterou aqui na organização, que estavas a dizer muito bem.

E3 - Basicamente é isso, também na organização do serviço, isso. E também fez com que os serviços ficassem mais equipados, melhor equipados, porque havia serviços que anteriormente não tinham equipamento adequado nem suficiente para atendimento destes doentes.

I – Certo. Estás a fazer triagem há muitos anos?

E3 – 26. 26 não, desde que começou a triagem aqui no serviço de urgência, que não sei precisar exatamente há quantos anos.

I – Então, pela tua experiência, quais são os fatores que achas que podem dificultar ou que dificultam o desempenho na triagem, na realização da Triagem de Manchester?

E3 - Um dos grandes pontos que pode dificultar é a grande afluência de doentes dado que existe uma pressão tanto por parte de doentes como de familiares, o tempo de espera pode ser muito elevado o que também interfere tanto na nossa triagem para esse doente como nas triagens seguintes.

I - Mas em que sentido?

E3 – Porque, quando eu vejo que tem muito tempo de espera num setor, por exemplo, um doente que venha com uma dor no membro e não é trauma, se eu vir que ele está muito queixoso, sei que ele vai ter um tempo de espera muito elevado se eu o enviar para a clinica geral, e sei que vai ser um tempo reduzido se eu o enviar para a ortopedia. Muitas vezes desvio para ortopedia, o que não é correto porque não sigo o protocolo, mas tenho que gerir isso de acordo com o número de doentes que tenho.

I – E o facto de ter muitos doentes para triar, estavas a falar que te influencia?

E3 – Influencia porque é uma pressão grande saber que tenho muitos doentes para triar e que tenho que triar rapidamente e posso descurar muitas coisas que eu... não fico tão atenta, tanto nas queixas dos doentes como no exame objetivo que eu lhe faço no momento.

I – E mais...

E3 – Mais. O que influencia também, o que me dificulta muitas vezes é haver também dois triadores na mesma, na mesma sala. Há muito ruído e mesmo... vem dois doentes ao mesmo tempo, com dois acompanhantes, e muitas vezes com bombeiros atrás também. Num espaço tão pequeno alberga ali uma data de pessoas e muitas vezes estamos a ouvir é a queixa do lado, não a queixa do nosso, é uma confusão.

I – Mas como é que é o espaço físico que estás a falar, é pequeno é?

E3 - Muito pequeno, cabem duas secretarias e mal.

I - Mas são separados, não se ouve nada?

E3 – Não. Só são separados com uma cortina e ouve-se tudo, tudo se ouve e não há separação

de uma triagem para a outra, não tem cortina, a cortina só separa a secretária. Os doentes estão... vêm-se uns aos outros.

I - E em relação á estrutura física que estamos a falar no momento, há mais alguma coisa que te influencie?

E3 – A estrutura física, além de ser pequena, não tem uma porta, é uma cortina que tem para o exterior. Se algum doente nos quiser mostrar alguma parte do corpo que precise de privacidade, pode entrar a qualquer momento alguém, abre a cortina e está o doente exposto, não há privacidade nenhuma.

I - E do lado de fora da cortina, há algum movimento, alguma coisa?

E3 – Sempre. Há transferência de doentes, há acompanhantes de doentes a entrar e a sair, há o segurança que vem muitas vezes á triagem. Pronto, há muitas interrupções e se houvesse uma porta resolvia, em parte, alguma delas.

I – Ok. Mais alguma coisa E3?

E3 - E também eu acho que influencia negativamente é haver triadores que não têm os mesmos critérios nas triagens. E eu sei que, muitas vezes, vou a seguir a algum colega que não tem os mesmos critérios que eu e sei que, muitas vezes, os doentes que eu triei são doentes que até que têm necessidade de ser observados mais rapidamente, mas como o colega anterior tem uma forma de priorizar diferente da minha, os meus até vão ficar atrás de doentes que, no meu entender, deveriam ficar atrás de alguns doentes que eu triei. Percebeste ou não, foi assim um bocado complicado.

I – Só não percebi, a triagem também é um pouco subjetiva e dá liberdade para...

E3 – É isso. E muitas vezes quem vem atrás tem essa dificuldade porque vê á frente 20 amarelos por exemplo e a minha triagem até será um verde, mas esse verde seria muito mais, tinha muito mais indicação de ser observada á frente de muitos desses amarelos, mas, no entanto, não devia ser amarelo também.

I – E isso de certa forma, dificulta-te na decisão?

E3 – Dificulta sim, sim. E muitas vezes até faz com que eu dê..., por exemplo, passe de verde para amarelo, por esse motivo mesmo, porque não faz sentido alguns dos doentes que eu trio estar atrás de outros que... que no meu entender, se é que está certo ou não, no meu entender não deviam estar à frente dos que eu triei.

I – Ok. E mais alguma coisa? Falas-te dos colegas, achas que tem a ver, pergunto, com o facto de serem mais ou menos experientes, o terem mais ou menos experiência no serviço de urgência, ou não tem a ver necessariamente?

E3 – Não tem a ver necessariamente porque nós vemos isso no nosso serviço. Há colegas que estão cá há muitos anos que atuam mais na defensiva e até podem puxar um verde para um amarelo enquanto temos colegas que fizeram recentemente o curso de Manchester e são mais seguros, acho que é mais a palavra, são mais seguros a fazer triagem.

I – Muito bem. Diz-me uma coisa. Relativamente à pressão que acabaste por falar. Alguém pressiona da equipa? Médicos, colegas, família, doentes?

E3 – Não muito frequentemente, mas algumas vezes os médicos, mesmo sem terem feito o curso de Manchester, vêm tirar “satisfações” de porque é que aquele doente foi triado assim, foi desviado para aquele setor, e põe em causa o nosso trabalho, o que também não influencia a nossa forma de estar depois na triagem.

E também, um ponto que eu acho que influencia negativamente na triagem e que agrava também depois o tempo de espera é o termos que fazer tarefas que não estão relacionadas diretamente com a triagem tal como identificar acompanhantes de doentes, explicar protocolos que temos, no nosso caso, de referenciação de doentes para o centro de saúde. Tudo isso atrasa e põe em causa os tempos limite de triagem.

I - Em termos de recursos humanos, vocês têm um enfermeiro triador por turno e um auxiliar de apoio?

E3 - É um triador por turno.

I – Estou a perguntar.

E3 - É um triador por turno. Um auxiliar de apoio não propriamente, porque o auxiliar não é só para a triagem. O auxiliar dá apoio em vários setores aqui, tanto como na transferência de doentes, na clínica geral, por toda a urgência dá apoio e muitas vezes não os temos aqui à porta da Manchester, temos que andar a chamar por eles, a pedir macas, o que também atrasa a Manchester.

I – Ok. mais alguma coisa que queiras referir?

E3 – Eu acho que faria todo o sentido que após auditorias que têm sido feitas, e já nos apresentaram as auditorias feitas, eu acho que faz todo o sentido colocar na triagem triadores que apresentem bons resultados, não é a palavra adequada, mas apresentem resultados que, nem que sejam, como eu hei-de dizer, em que não haja um grande desvio da média e pronto.

Resumindo é que não ponham triadores nem que só deem tudo amarelos nem que só deem laranja, nem que só deem verdes, que estejam na média a nível nacional, penso que deve haver uma média já estudada em relação a isso.

I – Depois do curso de triagem, já fizeste mais formação em Triagem de Manchester?

E3 – Não. Tivemos uma ou outra formação aqui em que foram apresentados casos práticos e que havia inconformidades, que acho de grande utilidade porque eu pessoalmente, nessas formações, detetei erros que eu fazia constantemente e a partir de então tenho evitado, tenho tentado evitar fazê-los.

I - Mas não tem por norma uma assiduidade nessas formações?

E3 – Não, não. Não temos e acho que devíamos ter, faz todo o sentido.

I – Muito bem. Relativamente aos aspetos que facilitam ou aspetos positivos, tens algum a referir?

E3 – Um aspeto positivo seria ter um afluxo mais reduzido de doentes. Mas, não estou a perceber a pergunta.

I - Aspetos positivos ou que influenciam positivamente aqui a triagem, no vosso serviço.

E3 – Que influenciariam era ter um auxiliar sempre perto de nós, era o fluxo de doentes ser mais reduzido ou então ter 2 triadores porque muitas vezes não conseguimos um segundo triador, ou porque está numa transferência ou porque está a ajudar noutro setor em que está muita confusão e acho que isso facilitaria.

E de momento acho que não me estou a lembrar de mais nada.

I - E algumas coisas que aches que... já estavas a falar, mas algumas coisas que queiras acrescentar que poderia ser mudado, no sentido de melhorar a realização da triagem no teu serviço?

E3 – Sim. O espaço em que é feita a triagem devia ser um espaço com maior privacidade, os dois postos deviam ser separados, e havia de haver uma porta a separar o exterior com a triagem, que não temos no momento.

I - Muito bem. Não sei se há mais alguma coisa que queiras falar, depois destes fatores todos que referimos? Já alguma vez foste vítima de violência verbal ou física na triagem?

E3 - Muitas vezes. Muitas vezes, mas...

I - Isso de certa maneira influenciou a tua triagem ou achas que não?

E3- Não influenciou a triagem, mas que o meu estado de espírito não fica igual para as triagens seguintes não fica, uma pessoa fica mais ansiosa, mais nervosa. Pronto, tenta-se ultrapassar isso, mas às vezes não é fácil.

I – Ok. E3 olha, damos por terminada a entrevista, agradeço-te a disponibilidade e no final estes resultados serão, por norma, tornados públicos.

E3 – Obrigada por fazer parte.

I – Obrigado eu.

ENTREVISTA E4

I – Boa tarde E4. Antes de mais nada, obrigado por participares neste estudo. Como te disse, o estudo tem como principal objetivo compreender os fatores que influenciam a intervenção dos enfermeiros na Triagem de Manchester e gostaria de te perguntar, primeiramente, qual é a tua opinião sobre a utilização de sistemas de triagem nos serviços de urgência?

E4 – A minha opinião é amplamente positiva. Acho que é uma ferramenta que acaba por trazer qualidade ao desempenho dos profissionais porque garante que tenhamos segurança na forma como vamos fazer priorizar ou não o atendimento dos doentes. Portanto, a avaliação global tem que ser obrigatoriamente positiva. É sem dúvida uma ferramenta fundamental para o melhor desempenho dos profissionais na urgência.

I - Também trabalhaste sem triagem?

E4 – Pois, exatamente por isso. Exatamente por ter tido já experiência de trabalhar sem nenhum sistema de triagem, consigo mais facilmente perceber a diferença na qualidade do atendimento num período e noutro. Porque, não quer dizer que nós trabalhássemos pior na altura em que não tínhamos triagem, mas seguramente não estávamos a atender em primeiro lugar os doentes que realmente precisavam de ser atendidos em primeiro lugar, atendíamos aqueles que chegavam em primeiro lugar, por ordem de chegada e não por ordem de prioridade da sua situação clínica.

I – Aqui foi sempre o Sistema de Triagem de Manchester?

E4 – Sim, foi sempre este sistema que nós utilizamos.

I – E relativamente aqui ao funcionamento do serviço, como achas que contribuiu o Sistema de Triagem de Manchester, especificamente, para a organização do atendimento?

E4 - Exatamente como já disse, acabou por transmitir qualidade e segurança ao desempenho dos profissionais porque, quando estamos a atender alguém num determinado setor, sabemos que estamos a atender aquele doente porque a sua situação clínica, isto é, fazendo aqui um parêntesis, estamos a atender primeiro aquele doente e não o outro que está ao lado porque a situação clínica daquele doente exige que ele seja atendido em primeiro lugar e não porque ele chegou primeiro do que o anterior. Portanto,

isto é qualidade e segurança dos cuidados que é isso que se pretende no serviço de urgência.

I – Em termos de áreas de atendimento e da distribuição dos doentes mudou alguma coisa?

E4 - Sim também, também. A partir do momento em que passamos a ter Sistema de Triagem de Manchester também definimos para o serviço um fluxo de encaminhamento destes doentes, isto é, definimos áreas de atendimento e por consequência os doentes prioritários passaram a ser atendidos numa determinada área, os doentes menos prioritários numa outra área e assim consecutivamente. Portanto, até do ponto de vista do funcionamento estrutural do serviço acabou por trazer vantagens.

I - Muito bem. Olha, e relativamente então á realização da Triagem de Manchester, quais achas que são, na tua opinião, os fatores que dificultam a realização da triagem, ou facilitam, podemos aqui conversar um pouco sobre...

E4 - São alguns. Falando em primeiro lugar dos que dificultam. Há um conjunto de fatores que são inerentes ao profissional e outros que são externos ao profissional que dificultam na minha opinião a realização da triagem.

Falando de fatores relativos ao profissional, o facto de ser pouco experiente, o facto... pouco experiente neste serviço, não necessariamente pouco experiente em termos de atividade profissional, digamos menos experiente no serviço urgência, à partida poderemos pensar que será alguém que terá mais dificuldade em realizar a Triagem de Manchester, á partida. Alguém que, até a própria personalidade de um enfermeiro pode ser um fator dificultador do desempenho deste plano de trabalho digamos assim. Alguém que não seja seguro, que demonstre alguma dificuldade na tomada de decisão, será seguramente um profissional com mais dificuldades na execução desta atividade.

E, portanto, um fator facilitador serão todos aqueles que serão o contrário daqueles que referi. Alguém que tenha muita experiência, alguém que seja perito, não necessariamente especialista, mas perito neste local de trabalho, portanto, alguém com uma vasta experiência neste serviço será seguramente alguém com mais facilidade na execução desta tarefa. Um enfermeiro que seja seguro, tenha facilidade na tomada de decisão, tenha um espírito crítico assinalável, também será certamente alguém com alguma facilidade na execução da triagem.

E depois, há seguramente um conjunto de fatores externos ao profissional que também dificultam ou facilitam.

O fluxo elevado de doentes ao serviço, obviamente dificulta a realização da triagem, mesmo para alguém que seja experiente. A pressão que é exercida pelo doente, pelo acompanhante, pelos familiares, até pelos profissionais do serviço, até pelos médicos, pelos outros colegas dos diferentes setores de atendimento. A pressão que direta ou indiretamente é exercida sobre o triador também dificulta, obviamente, o seu desempenho. Sem dúvida nenhuma que o facto de a grande maioria ou pelo menos uma quantidade significativa dos nossos doentes não terem um conhecimento, nem sequer mínimo, do que é isto da Triagem Manchester também dificulta. Primeiro porque não entende a forma como é triado, depois porque, se calhar, não entendendo acaba por carecer de explicação e o triador vai ter que fornecer essas explicações e isto é uma pressão acrescida para o trabalho do triador.

Até a própria estrutura física do serviço acaba por interferir positiva ou negativamente na realização da triagem.

I - Do serviço ou do sítio onde fazes triagem?

E4 – Sim, a estrutura do serviço, nomeadamente a zona onde é realizada a triagem. O setor, falando especificamente da nossa realidade, o setor onde é realizada a triagem, o nosso posto de triagem, pelo fato de estar localizado numa zona de passagem, numa zona de entrada e saída de todos os doentes, acompanhantes e profissionais do serviço obviamente que, em muitos momentos, é um fator negativo para a realização da triagem porque há interrupções, porque há barulho, porque há momentos em que não é possível chamar um doente porque outras atividades estão a ser realizadas à porta do local onde é realizada a triagem, portanto, tudo isto tem interferência negativa na realização da triagem. E obviamente, um conjunto de outros fatores não tão diretamente relacionados com o enfermeiro ou com o serviço, nomeadamente, quanto mais horas permanecer na triagem, a realizar aquela atividade, provavelmente menos qualidade terá no teu desempenho. Portanto, há um conjunto grande de fatores que...

I – Estás a dizer que o facto de estar muitas horas a triar?

E4 – Obviamente. É uma atividade, provavelmente como todas as outras, mas estamos a falar especificamente desta, é uma atividade desgastante, quanto mais horas lá tiveres posso garantir, obviamente não cientificamente, mas pela experiência pessoal, posso garantir que o teu desempenho vai diminuir a qualidade, sem dúvida alguma não é. Estamos a falar que é uma atividade em que estás sujeito a uma certa pressão, quanto

mais tempo estiveres sujeito a esta pressão mais desgaste terás e portanto menos qualidade no desempenho, isso parece-me óbvio.

Obviamente que, não referi há um bocadinho, mas a formação que tu tiveres, a formação complementar que tu enfermeiro triador tiveres, há-de interferir positivamente na tua triagem, no teu desempenho, porque se tu tens um conjunto maior de competências, não necessariamente as competências de triagem, porque isso todos nós que fazemos triagem temos que ter as mesmas competências de triagem, mas aquelas competências complementares, nomeadamente a capacidade de comunicação, a capacidade de gestão de conflitos, se tu tiveres essa formação, e por consequência essas competências, obviamente isso vai facilitar o teu desempenho. Parece-me também óbvio.

Há depois assim um ou outro fator que podemos apontar como talvez, talvez interfiram, talvez interfiram negativamente no processo. E um deles é, por exemplo, a rigidez do protocolo. O sistema de Triagem de Manchester, como todos os sistemas, não é perfeito, é uma ferramenta bem construída, mas não é obviamente um sistema perfeito e há momentos em que, para determinados doentes, determinadas queixas, determinadas situações, o facto de ser estanque, rígido, não facilita. E isso pode ser entendido como um fator negativo.

Simultaneamente podemos dizer que, se calhar o sistema acabaria por sair facilitado, e o nosso desempenho também, se fosse possível introduzir ligeiras alterações ao sistema em si, aos fluxogramas que estão construídos, algumas variações, pequenas é certo, não tenho assim muitas sugestões a dar, mas há um conjunto ou outro de circunstâncias que se houvesse um fluxograma mais específico ou um discriminador mais adaptado provavelmente esta atividade teria mais qualidade, parece-me que sim, muito sinceramente.

E assim de momento não me estou a recordar de mais nada.

I – Muito bem. Vocês aqui neste serviço todos têm o curso de Triagem de Manchester?

E4 – Sim, claro.

I – Já fizeram mais formação em Triagem de Manchester?

E4 – Sim, sim. Temos uma equipa, alguns elementos não muitos, 4 elementos falando apenas da Enfermagem, que são formadores de triagem, são auditores do sistema de triagem e temos para todos os outros enfermeiros triadores alguns momentos neste período em que usamos triagem, alguns momentos, diria quase pelo menos um por ano em que há uma reflexão de equipa em conjunto sobre o que foi o desempenho da triagem

especificamente ou dos triadores especificamente ao longo desse tempo. Uma reflexão sobre o que tem sido o desempenho da equipa, isso também é formação, não é.

I - Mas o curso em si é inicial, depois não volta a ser feito, ou seja, não há recertificação?

E4 – Não há recertificação do sistema triagem. O máximo que é realizado são estas reflexões de equipa digamos assim, nada mais que isto.

I – Pensas ser suficiente para...?

E4 – É assim, penso que no mínimo estas reflexões são obrigatórias. Até porque, como tudo na vida, há sempre forma de otimizar o desempenho e, portanto, no mínimo estas reflexões em conjunto seriam imprescindíveis. É óbvio que, de tempos a tempos, aliás como acontece com muitos outros protocolos, muitos outros algoritmos, e estamos a falar objetivamente um algoritmo, não é? Um algoritmo de triagem, como em muitas outras áreas, os algoritmos têm que ser, de x em x tempo, recertificados. Talvez, talvez o da triagem também o merecesse ser, isto é, todos os triadores de x em x tempo que eu não sei quantificar, mas de x em x anos, não muitos, deveriam voltar a repetir o curso. Novamente ouvir o que são os conceitos da triagem, o que são as definições dos fluxogramas, dos discriminadores que são usados porque obviamente considero fundamental.

I – Para além da triagem em si e da atribuição de uma prioridade há mais alguma coisa que façam na triagem, relacionada com outras tarefas?

E4 – Sim. No nosso serviço especificamente nós temos um conjunto, não muito vasto, mas um conjunto de tarefas não diretamente relacionadas com a triagem, mas são obrigatoriamente realizadas pelo triador. E eu há bocado, já agora aproveito para referir que são também, no nosso caso específico, fatores que interferem negativamente com a realização de triagem. E estou a falar especificamente de tarefas que podemos considerar tarefas administrativas. Lembro-me assim imediatamente de duas delas, uma prende-se com um protocolo que existe no hospital, protocolo de colaboração entre o hospital e os cuidados de saúde primários que permite que os doentes que recorram ao Hospital de Barcelos, se forem originalmente de determinados centros de saúde, caso na altura da triagem sejam classificados como doentes pouco urgentes ou não urgentes, isto é, verdes ou azuis, possam naquele momento ser aconselhados pelo enfermeiro triador a dirigirem-se ao centro de saúde porque o hospital tem vagas específicas no centro de saúde para o

atendimento destes doentes. Portanto, todo este protocolo com as suas respetivas explicações é feito em termos práticos pelo enfermeiro triador. Isto consome tempo, isto é um fator acrescido de pressão para o triador, na realização de uma tarefa que nada tem a ver com a triagem, isto é, depois de triarmos o doente, depois de lhe atribuirmos uma prioridade, ainda temos esta obrigação de lhe explicar que se precisar, se quiser, pode ser atendido no centro de saúde porque nós hospital, temos este protocolo. Portanto, isto é uma tarefa que dificulta, de forma indireta, mas dificulta o trabalho do triador porque, mais uma vez repito, é um acréscimo de pressão sobre o triador.

E depois ainda temos, no caso específico do nosso serviço também, uma atividade que é a atribuição de um autocolante para os acompanhantes do doente, que tem direito a visitá-lo, a acompanhá-lo durante a sua permanência no serviço de urgência, que nós triadores fazemos no momento da triagem ou mais tarde quando o doente nos chega sozinho e depois o acompanhante, acaba por chegar mais tarde e, ou ele próprio ou o segurança se dirige ao triador, interrompendo às vezes a triagem, no sentido de atribuir então o tal autocolante para o acompanhante. Portanto, isto uma tarefa puramente administrativa que tem seguramente interferência na realização da triagem.

I – Muito bem E4. Já fomos falando de algumas coisas que poderiam ser mudadas para melhorar a realização da triagem. Há mais alguma que queiras acrescentar? Eu relembro o facto de termos formação anual sobre a triagem, o facto de, às vezes, de melhorar estas questões associadas á estrutura e ás tarefas da triagem. Falaste também de alguns fluxogramas e discriminadores que poderiam ser ou alterados ou recolocados em termos de prioridade. Não sei se me esqueço de mais alguma coisa ou se tens mais alguma coisa a referir no sentido de melhorar a realização da triagem?

E4 – Não. Eu acho que, que me lembre, referi aquilo tudo que me foi ocorrendo. Tudo o que seja a eliminação daqueles fatores, dentro do possível não é, a eliminação daqueles fatores como, referidos como negativos, tudo o que fosse o controlo ou eliminação desses fatores acabaria por conferir qualidade á triagem. O abrir a possibilidade do sistema de triagem em si, do algoritmo contemplar mais uma ou outra situação que podia entendido como um fluxograma, acredito que também pudesse ser vantajoso. Até porque temos casos específicos de queixas muito direcionadas num determinado sentido que poderiam, na minha opinião, já ser consideradas um fluxograma. Isso facilitaria sem dúvida, a triagem. Mais formação, nomeadamente do género daquela que estivemos a falar, ou reflexões sobre o desempenho, ou recertificação no sistema de triagem também acabaram por ser positivos.

No nosso caso concreto do hospital de Barcelos, a eliminação destas tarefas administrativas que na minha opinião interferem negativamente com o desempenho do triador, também seriam positivas.

E depois claro, aquelas alterações estruturais que não são tão fáceis de realizar.

Já para não falar que há fatores que nós não controlamos de todo, nomeadamente o afluxo de doentes, isso será impossível controlarmos.

Aqueles fatores negativos que pudéssemos controlar ou contornar acredito que conduziriam a uma melhor qualidade no sistema, sem dúvida.

I – Estamos a terminar a entrevista E4. Depois desta conversa e desta entrevista, não sei se há alguma coisa que queiras acrescentar, algum assunto que tenha ficado pendente?

E4 – Não me ocorre sinceramente, assim nada mais. posso me estar a esquecer, mas assim de momento não há assim nada mais que...

I - Então olha, agradeço-te mais uma vez. Estou ao dispor para qualquer esclarecimento, alguma situação associada que queiras falar, está bem, tens os meus contactos.

E4 – Obrigado, foi um gosto.

ENTREVISTA E5

I – Boa noite E5. Obrigado por teres aceite participar neste estudo.

Este estudo, como te disse, tem como objetivo: conhecer a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a Triagem de Manchester nos serviços de urgência. E eu perguntava-te qual é a tua opinião sobre a utilização de sistemas de triagem?

E5 – É assim, a minha opinião sobre sistemas de triagem, penso que é uma mais valia, de forma a definir o que é que é realmente urgente e o que é que não o é. Ao contrário daquilo que se fazia antigamente, que seria por vez de chegada, esta é a forma mais harmoniosa de definirmos o que é que realmente é urgente e o que é que não é urgente.

I – Muito bem E5. Vocês aqui utilizam a Triagem de Manchester, sim?

E5 – Sim.

I – Quais achas que foram os contributos que a Triagem de Manchester deu na organização e no atendimento do vosso serviço?

E5 – Eu só conheci a Triagem de Manchester. De qualquer das formas, acho que a forma como está estruturada, a queixa, ou melhor, o fluxograma, ajuda e direciona, direciona-nos muito para aquilo que pode ser eventualmente a queixa do doente.

Portanto, a minha opinião é mesmo essa, o facto de estar num sistema informático dividido em fluxogramas permite-nos rapidamente, de entre aqueles todos, seleccionar o mais adequado referente á queixa do doente.

I - E o facto de a gravidade dos doentes ser diferente alterou a distribuição dos recursos humanos e dos materiais que tendes no nosso serviço?

E5 - A distribuição dos doentes pelos vários...?

I – Sim, por exemplo, o facto de estares numa área com doentes mais graves tem um acréscimo de recursos humanos ou não? Ou de recursos materiais, ou não?

E5 - Aquilo que eu sinto é que não. Isto nota-se principalmente no inverno quando há afluências maiores e doentes com maior grau de gravidade. Aquilo que sinto é que os recursos mantêm-se inalterados.

I - Olha e relativamente á realização da Triagem de Manchester, na tua opinião o que é que achas que dificulta a sua realização, quais são os fatores que na tua opinião podem dificultar?

E5 - Na minha opinião aquilo que neste momento dificulta a minha prestação enquanto triador, enquanto estou a fazer Triagem de Manchester é sobretudo tarefas acessórias. Fazemos locação ou identificação dos acompanhantes dos doentes, são os tempos de espera para a consulta e sinto que isso pode influenciar o grau de prioridade atribuído ao doente, os tempos de espera são muito longos, o próprio tempo para a triagem e isto claro está associado àqueles doentes que não vêm com acompanhante e que não conseguem verbalizar a queixa e acaba por ser muito restrito para encontrarmos a queixa associada. A pressão também que é exercida pelos médicos, muitas vezes sinto só isso por parte de alguns elementos da equipa médica e o próprio espaço físico. É um espaço físico exíguo, e que não permite a privacidade do doente, sendo que às vezes é necessário abrir 2 postos de triagem que são separados por uma cortina, em que um doente ouve obviamente a queixa do outro e vice-versa.

I - Falaste aí da pressão dos médicos. E os restantes profissionais e a família também pressionam ou achas que não?

E5 – A família obviamente que pressiona, e pressiona á entrada da triagem. Não sinto que isso dificulte a forma como eu trio o doente. Na minha opinião, no meu caso, não sinto que isso seja um fator influenciador de um grau de prioridade ou da prioridade atribuída ao doente.

I - E relativamente ás tarefas administrativas, segundo percebi, são vocês que identificam as etiquetas de acompanhante?

E5 - Somos nós que identificamos as etiquetas de acompanhante e somos nós que no momento da triagem também propomos ao doente não urgente a ida ao centro de saúde que abrange um protocolo que se chama o SNS mais proximidade, e isso também é feito no momento da triagem, e aproveito também para dizer que esse é um fator que acaba por dificultar a triagem e obviamente aumentar os tempos de espera para triagem.

I - Quantos anos tens de experiência profissional?

E5 - De urgência tenho cinco e no total tenho 8 anos.

I - Achas que esse tempo de urgência ou, mais ou menos tempo de experiência profissional na urgência influencia de alguma forma, positiva ou negativamente, a realização da triagem?

E5 - Na minha opinião acho que o tempo de experiência, principalmente na urgência, influencia a forma como cada um faz triagem. Sinto que se não tivesse a experiência que tenho e o facto também de fazer VMER também me ajuda. Dá-nos uma perceção diferente da gravidade do doente, penso que sim. Penso que a experiência é uma mais valia para uma adequada atribuição de prioridades na Triagem de Manchester.

I – Certo. Relativamente a uma questão atual, já alguma vez foste vítima de violência na triagem, verbal ou física?

E5 – Sim. Já fui vítima de violência verbal na triagem e utilizei os recursos que estavam ao meu dispor, que neste caso será o Notifica, por duas vezes, portanto...

I – Mas a pergunta é: isso influenciou-te negativamente no desempenho da Triagem de Manchester?

E5 - Não me influenciou negativamente no meu desempenho enquanto triador, influencia no posto que terei que assegurar nas próximas vezes porque ficamos, eu fiquei com a sensação de que é aquele posto ao qual eu não quero ir porque também não quero estar sujeito a isso. Mas influenciar a triagem em si não influenciou.

I - Relativamente ao curso de Triagem de Manchester, após o curso de formação inicial tiveram mais alguma formação, ou tiveste neste caso, mais alguma formação sobre Triagem de Manchester?

E5 – Não. Fizemos o curso inicial de Triagem de Manchester, fizemos uma breve integração e desde então não voltei a ter qualquer tipo de formação em Triagem de Manchester.

Temos uma equipa de auditores que nos faz um debriefing e um briefing daquilo que podem ser as incongruências ou as inconformidades e que na minha opinião é também uma mais-valia. Mas formação propriamente dita, não.

I – Mas achas que é suficiente o curso de Triagem de Manchester para fazer essa tarefa?

E5 – É muito redutor, na minha opinião, é muito redutor. Há elementos que não se conseguem dar naquela breve formação sobre Triagem de Manchester. Há particularidades com as quais nos vamos cruzando ao longo da triagem e vamos sentindo dificuldades. Temos sempre, obviamente, o apoio dos colegas, mas penso que é redutor.

I – Certo. Falaste também da sala de triagem que é separada por uma cortina?

E5 – Precisamente. Há 2 postos de triagem separados por uma cortina em que eles estão direcionados um ao outro e muitas vezes, pelo tempo de espera elevado, é necessário abrir o segundo posto de triagem. Não existe espaço, ou melhor, condições físicas para a triagem respeitar aquilo que são os direitos do doente, á privacidade pelo menos. Os doentes, os familiares ouvem a queixa do outro porque não se consegue fazer a triagem de forma separada.

I – E em relação a material, estão os dois postos bem equipados?

E5 – Não. Muitas vezes o triador de segundo posto tem que ir buscar material ao primeiro posto, ao posto inicialmente aberto de triagem, que está constantemente aberto, porque o segundo posto está desfalcado em termos de material. O saturímetro, muitas vezes é preciso ir buscar o saturímetro do primeiro posto, o termómetro do primeiro posto. Portanto, acho que também aí poderiam ser melhoradas algumas coisas.

I - Os dois postos são separados por cortinas, mas a sala de triagem tem porta?

E5 – A sala de triagem só tem porta de entrada, não tem porta de saída.

I – E é porta, não é cortina?

E5 - Tem uma cortina, desculpa. Tem uma cortina de entrada, não tem uma porta fechada e também não tem uma porta de saída, tem uma janela, ou seja, o circuito faz-se entrando e saindo pelo mesmo sítio puxando uma cortina.

I - Mas conseguem facilmente isolar o som do exterior da triagem?

E5 - É praticamente impossível nas condições atuais. É impossível não só isolar o som, mas isolar um caso suspeito agora, por exemplo, de coronavírus, que não estamos preparados para isolar naquele momento de triagem um doente com suspeita de coronavírus, não conseguimos sequer isolar a sala.

I – Certo. Relativamente aos fatores positivos ou que influenciam positivamente a triagem, há algum que queiras referir, ou alguns?

E5 - Na minha opinião, o principal fator influenciador serão os próprios sistemas de informação e o facto de o sistema de Triagem de Manchester estar informatizado. Acaba por ser quase didático e até rápido de corrermos todos os fluxogramas. Porque quando ficamos sem sistema, aí sim é um fator que influencia negativamente a triagem, termos que fazer em suporte de papel. Portanto, o facto de estar informatizado é uma mais-valia, é um fator facilitador.

Outro fator facilitador, na minha opinião, é o facto de a formação obtida, a formação obtida direcionada para a urgência e emergência que acaba por nos dar uma perceção diferente daquilo que é a gravidade do doente, dentro da queixa, obviamente, que acaba por ser estanque. Muitas vezes a queixa do doente é estanque e nós não conseguimos, não conseguimos, também não temos esse objetivo, mas é aquela queixa. Mas dá-nos uma perceção diferente da gravidade do doente ou da situação em si.

I – Certo. Na tua opinião o que poderia ser mudado no teu serviço para melhorar a realização da Triagem de Manchester?

E5 – Começa por se calhar, remodelar ou atualizar o posto de triagem, a sala de triagem propriamente dita. É uma sala pequena, se calhar precisava de mais espaço, precisava de equipamento nos dois postos de triagem igualmente distribuídos, precisava de garantir a privacidade do doente. E, se calhar, precisávamos de dividir o turno ao meio para o triador. Em vez de ficar tantas horas seguidas porque é um posto de trabalho extremamente desgastante, acho que poder-se-ia pensar em dividir pelo menos o turno ao meio, seja ele de 6 ou de 12 horas. Já nem falando de 12 horas num posto de triagem, mas rodar o posto de triagem, porque também não há uma continuidade de cuidados, portanto, o doente que vier vai ser sempre um doente novo e, portanto, não tem qualquer influência na triagem.

I – Mas para a perceber, vocês ficam 12 horas seguidas, 6 horas?

E5 – Não, ficamos 6 horas, 6 horas e meia. Por isso, estamos 6 horas seguidas no posto de triagem com pausa para lanche e pausa para almoço. Mesmo assim, eu acho que seria mais benéfico rodar alguém.

I – Mas sentes alguma, algum cansaço, maior dificuldade com o aproximar ou com o passar das horas?

E5 - Dependendo dos dias, sim. Se é garantido que uma segunda-feira as afluências são maiores, ao fim de 6 horas, não é preciso chegar às 6, começo a sentir alguma fadiga mental naquilo, e no raciocínio para efetuar uma triagem bem feita.

I – Certo. Muito bem E5, acabamos por falar de tudo um pouco. Não sei se ainda mais alguma coisa que queiras acrescentar sobre estas questões?

E5 – Não, em parte é tudo.

I - Agradeço-te então a colaboração. Estes resultados serão depois então partilhados, no final do estudo. Alguma coisa que precisas de acrescentar, estarei sempre ao dispor, estás á vontade.

E5 – Muito obrigado.

ENTREVISTA E6

I – Bom dia E6. Antes de mais, obrigado pela disponibilidade para participar neste estudo. Como te referi, este estudo tem por título “perceção dos enfermeiros sobre a realização da Triagem de Manchester nos serviços de urgência” e eu, para começar, gostaria de saber a tua opinião sobre as vantagens da utilização do sistema de triagem, incluindo a Manchester, no teu serviço de urgência.

E6 – A grande vantagem da utilização destes sistemas de triagem, permite-nos ordenar os doentes pela sua gravidade, não temos uma triagem que é feita por um porteiro ou um administrativo, ou seja, eles chegam até nós e nós depois vamos definir prioridade mediante o grau de necessidade do doente e alocá-los nos sítios certos para que sejam observados no tempo previsto perante a sua, a gravidade do seu problema.

I – Olha, trabalhas com o Sistema de Triagem de Manchester, fazes triagem na urgência, não é?

E6 – Sim, sim, trabalho aqui no nosso hospital, o sistema que estamos a utilizar é Manchester.

I – Olha, e a Triagem de Manchester no funcionamento do teu serviço, achas que dá algum contributo para a organização do teu serviço e funcionamento dele?

E6 – Se dá algum contributo? Sim. Isto permite-nos priorizar as situações mais graves, alocá-los nos sítios certos e... a pergunta é sobre a Triagem de Manchester? Pois, porque existem outros sistemas de triagem.

I – Sim, existem outros, mas a Triagem de Manchester está organizada em termos de fluxos e em termos de salas, não é?

E6 – Sim, nós temos os fluxogramas e depois temos os discriminadores não é, e em que depois de fecharmos a triagem o doente entra num circuito dos doentes. Mas a pergunta aqui é?

I – Mas não vão todos para a mesma sala, ou seja, vocês conseguem com a Triagem de Manchester, gerir os doentes de acordo com a lotação.

E6 – Exatamente. Nós temos definidas as prioridades, temos salas laranjas, temos salas para os doentes amarelos e isto permiti-nos colocar os doentes em sítios com mais monitorização, com menos monitorização, dependendo da necessidade de vigilância do doente e dependendo do seu grau de...

I – Portanto, segundo percebi consegues gerir melhor os recursos humanos e materiais de acordo com o que o que são as prioridades dos doentes, não é? Alocar mais recursos nos doentes que mais necessitam...

E6 – Exatamente, essas áreas estão definidas. Os profissionais e o equipamento está alocado em função da área. Nós na área laranja temos xis profissionais, temos mais equipamento de monitorização. Numa área verde não há essa necessidade, temos menos enfermeiros, temos menos monitores porque são doentes que supostamente não têm essa necessidade. E sim, isso só é possível porque nós fazemos a triagem de prioridades, atribuímos uma cor, e essa cor vamos colocar o doente na sala, na respetiva sala.

I – Olha E6. E relativamente á realização da triagem, ou quando estás a fazer triagem, quais são aquelas questões que te dificultam a realização, ou que tu achas que te prejudicam quando estás a fazer triagem?

E6 – Muitas das vezes tem a ver aqui com as queixas inespecíficas dos utentes, quando chegam á triagem. Alguns deles não se sabem queixar, vêm á urgência com problemas que muitas vezes não são para ser resolvidos no serviço de urgência e acabam por nos consumir aqui algum tempo para nós conseguirmos perceber qual é a intenção daquele doente cá vir.

Depois, outra das questões é o tempo de espera. Muitas das vezes nós ficamos com algum tempo de espera, pelo fluxo de adesão ao serviço de urgência e isso também acaba por nos influenciar, nem que não queiramos, saber que temos uma hora de espera e temos imensos doentes lá fora á espera e pode estar lá fora algum doente mais urgente a precisar de ser observado.

Depois também temos as pressões externas, de pessoas que vêm, conseguem furar e chegar até nós e pedir para serem triados mais depressa. Nós não temos uma linha de admissão de macas, eles entram no mesmo tempo de espera dos outros utentes, e percebemos que as equipas do pré-hospitalar, e eu falo por mim que faço pré-hospitalar, que faço VMER, ficamos também sensíveis ao ponto de termos imensas ambulâncias lá fora paradas no parque e queremos, queremos passar, muitas das vezes poder agilizar para passar estas ambulâncias a disponíveis e muitas das vezes com autorização superior

o que nós fazemos é: vamos chamando as equipas de pré-hospitalar alternadamente com os outros utentes para passarmos essas ambulâncias a disponíveis mais rapidamente.

I – Quer dizer, vocês não têm acesso á sala de espera, por câmara, não conseguem ver os doentes?

E6 – Não, não consigo ver para o exterior, não consigo para a câmara, não consigo ver quem está lá fora. E muitas das vezes é o segurança a sinalizar ou então as equipas de bombeiros que vêm até nós a dizer: olha, está lá fora um senhor que não se está a sentir bem ou que está com muita falta de ar e pedem para ser triado à frente dos outros utentes.

I – Vocês têm muito tempo de espera, em média, para efetuar a triagem?

E6 – Não, estamos dentro dos valores, nós estamos dentro dos valores definidos pelo conselho português de triagem.

I – Mas há dias em que o tempo de espera para triagem...

E6 – É verdade, temos picos, chegamos a ter mais de uma hora de tempo de espera, temos picos principalmente no inverno, de uma adesão muito grande aos serviços de urgência e chegamos a ter tempos superiores a uma hora. Muitas das vezes reforçamos o posto de triagem, com indicação do nosso chefe acrescentamos mais um elemento na triagem, mas mesmo assim, há alturas complicadas.

I – Muito bem. E os utentes, achas que os utentes têm alguma informação sobre a triagem?

E6 – Eles têm lá fora um monitor onde está, onde estão os tempos de espera e eles já têm a perceção do tempo que vão ter de esperar para ser triados.

I – Mas tens noção de que eles manipulam as queixas para serem mais rapidamente atendidos ou não tens essa experiência?

E6 – Às vezes, mas nós também com a experiência que temos, com o conhecimento que temos, com os anos que já fazemos triagem, conseguimos perceber quando um doente chega á triagem e está a apresentar uma queixa para conseguir passar à frente dos outros. E nós muitas das vezes, depois de uma primeira avaliação, ou primeira observação na triagem, não triamos o doente e o doente mantém-se á espera pela vez dele. O que nós

fazemos é: alocamo-lo já da parte de dentro da... não fica na sala de espera, espera cá dentro, mas vai na vez dele, é triado na vez dele.

I – E relativamente à triagem, para além da triagem em si, tendes mais algumas tarefas atribuídas no momento da triagem, administrativas ou outras?

E6 – Não, o que temos que fazer é: quando são doentes que vêm para especialidades, temos de contactar as especialidades, ou contactar os chefes de equipa e isto acaba por nos consumir aqui algum tempo, o que nos vai levar também a um aumento do tempo de espera para a triagem e o aumento do tempo em que estamos a triar aquele doente porque temos que ser nós a gerir esta questão de, muitas das vezes, a falha de comunicação inter-hospitalar.

I - Vocês fazem, vocês fazem quantas horas de triagem, o enfermeiro, seguidas?

E6 – Penso que são 4 horas. 4 ou 6 horas, não tenho a certeza.

I - E trocam, não é?

E6 – Sim, e trocamos. Isto está em plano, está em plano, está definido em plano e temos de trocar dentro desses intervalos de tempo.

I – E já alguma vez, em algum momento, foste vítima de violência verbal ou física?

E6 – Sim, já fui vítima de violência verbal e física na triagem.

I – Mas isso alterou de alguma forma a maneira como fazes triagem, influenciou ou não?

E6 – Sim.

I – Não te deixaste amedrontar?

E6 – Isto são atos isolados e eu mantenho a postura que tinha até aquele momento, consigo perceber porque é que aquilo aconteceu, não devia ter acontecido, não fui culpado de nada, mas prontos, nós somos a linha da frente, somos os primeiros profissionais de saúde com quem os utentes têm contacto, prontos, e acabou por sobrar para mim. Nós temos um segurança junto à porta, mas não está ali ao nosso lado não é, mas pronto,

foram situações que foram resolvidas na altura com os devidos registos nas plataformas certas e pronto, estão ultrapassadas.

I – Falaste há bocado que o facto de já teres alguns anos e o facto de fazeres VMER ajuda. Achas que facilita no geral o facto de teres...

E6 – Sim, sem dúvida, o facto de eu trabalhar com o doente crítico já há muitos anos, de ter aqui, de ser um perito na área do doente crítico, faz com que a gente consiga olhar para o doente e perceber alguns fatores que nos levam a tomar decisões mais rápidas e que nos permitem decidir melhor sobre aquele doente, naquele preciso momento. E este conhecimento de um enfermeiro especialista ou de um enfermeiro perito vem-nos dar aqui mais alguma sustentabilidade e alguma segurança aquando da triagem do doente.

O grupo português de triagem define que um enfermeiro com 2 anos de serviço, que já pode fazer triagem, a mim, eu que trabalho há mais de 10 anos no serviço urgência parece-me pouco. Parece-me pouco alguém que acabou uma licenciatura e 2 anos depois já está a fazer a triagem de prioridades. Isto, a triagem, não é só responder à pergunta que ali está, é preciso ter algum conhecimento por trás disto e o facto de nós lidarmos com doentes com enfartes, com edemas agudos do pulmão, e abordar aqui outros doentes, muitas das vezes crises conversivas, se nós tivermos seguro daquilo que estamos a fazer e já com algum know how vai-nos permitir tomar as decisões mais acertadas.

I – O que quer dizer que, segundo percebi também, o protocolo de triagem tem alguma rigidez, ou permiti aqui alguma...

E6 – Ele é um bocado rígido, este protocolo, não é. Se calhar podíamos, podia ser mais aberta aqui em alguns lados. Tem ali, se calhar, a falta de um fluxograma ou outro que podiam acrescentar. Depois também tem ali alguns, em algumas coisas é pouco específico e podíamos conseguir abordar, podíamos levantar algumas questões sobre, por exemplo na pediatria ele é muito pouco específico, parece-me muito curto. A Triagem de Manchester na área pediátrica é muito curta e eu que trabalhei 5 anos na pediatria e que também faço urgência pediátrica tenho plena noção disso. Há muito, tem muito poucos fluxogramas na área da pediatria e depois leva-nos quase sempre para os mesmos e não nos permite, se calhar, tomar uma decisão mais específica. É muito amplo e devia ser mais, devia ser mais restrito na área pediátrica, devia ter mais opções dentro da área pediátrica para que nós pudéssemos decidir melhor. Assim, não temos que pensar muito porque são poucas as oportunidades que nós temos para as crianças.

I – Se calhar não permite tanto a diferenciação das crianças, em termos de prioridade.

E6 – Exatamente, exatamente.

I - Por norma, os profissionais que trabalham contigo, médicos, enfermeiros, aceitam bem os resultados da triagem ou de alguma forma questionam?

E6 - As principais questões que surgem relativamente a isso tem a ver mais com o circuito de doentes do que propriamente com a triagem, com o sistema de triagem. Tem a ver com o circuito de doentes que, nesse aspeto, o grupo português de triagem, deixa aqui margem para que os conselhos de administração possam tomar essas decisões e decidir os melhores circuitos. E os problemas muitas das vezes vêm por aí, não pela prioridade que nós definimos àquele doente, mas sim pelo circuito onde vamos alocar, para onde vou encaminhar o doente.

I – Olha E6. E relativamente á estrutura física da triagem, aquilo que é o posto de triagem, achas que há alguma coisa que te influencia, positiva ou negativamente?

E6 – Mas relativamente ao meu hospital, estamos a falar do meu posto de triagem?

I – Sim, sim.

E6 – Sim, nós já referenciamos, já referimos á nossa chefia que podíamos mudar ali algumas coisas. A privacidade, se calhar, não é a melhor, os doentes entram todos pela mesma porta, os familiares para visitar os doentes ou para irem para junto dos doentes que estão na urgência entram todos pela mesma porta que é a porta de acesso á triagem. É apenas separado por uma cortina, o que nos retira aqui alguma privacidade, a nós e ao doente.

Temos um dos problemas que é: permite que o doente que foi triado volte atrás e venha, e nos venha confrontar ao fim de uma ou duas horas de espera e muitas das vezes é aí que surgem os conflitos.

I – Mas porquê? Não há porta de... é aberto?

E6 - A porta está aberta. A porta permite que os dentes circulem à vontade ali junto a nós e eles são alocados á área verde que é muito próximo da triagem, pronto, e depois nós

somos o profissional de saúde que está mais próximo deles para eles poderem reclamar e eles vêm até nós fazendo essas reclamações.

De resto nós, relativamente a equipamento, a Triagem de Manchester em termos de equipamento não usa muito, muito equipamento, muitos consumíveis e nesse aspeto nós estamos bem. Temos monitores, temos monitores com saturímetro, com braçadeira de tensões. Temos termómetros, temos aquilo que nos faz falta para cumprir o que nos é pedido pelo grupo português de triagem.

Relativamente ao serviço em si, se calhar a estrutura física, podíamos alterar ali algumas coisas, mas isso já foi, como disse, já foi referenciado á chefia. O grande problema surge mesmo ali na privacidade e o facto de não termos uma forma de podermos agilizar a entrada dos bombeiros quando temos muitas equipas de pré-hospitalar lá fora também nos preocupa, pelo facto de estarmos a reter meios que são extremamente úteis que estejam disponíveis para próximas ocorrências.

I – Muito bem. Relativamente á estrutura, quantos postos de triagem vocês têm?

E6 – 3, nos adultos. Temos 3 nos adultos e um na pediatria.

I - E por norma em funcionamento têm 1 ou 2 salas?

E6 – Nós temos, a pediatria funciona 24 horas e os adultos funcionam 24 horas. No período diurno, das 8:30 ás 20:30 temos 3 postos a funcionar nos adultos e temos das 20:30 às 8:30, 1 posto só. A admissão de doentes é mais baixa e conseguimos resolver com um posto.

I – São três colegas colocados a triar durante o dia e um á noite?

E6 – Exatamente, mais o da pediatria 24 horas.

I – Com reforço se necessário, é isso?

E6 – Sim.

I – E relativamente aos três postos, estão os três bem equipados, com tudo o que é necessário, ou têm que partilhar equipamento?

E6 – A única coisa que temos de partilhar é o microfone para a chamada dos doentes de um dos postos. O posto 3 não tem microfone e o colega que está no posto 3 tem que usar o microfone do posto 1 ou do posto 2.

I – Ok. E relativamente às queixas ou às triagens dos doentes, há alguma forma de os doentes ouvirem as queixas uns dos outros?

E6 – Sim, o posto 1 e o posto 3 estão muito próximos um do outro e permite claramente os doentes ouvirem a queixa do doente que está a ser triado ao lado.

I - Muito bem. E6, não sei se mais alguma coisa em relação a outros fatores que te recordes assim, que influenciam na realização da triagem.

E6 – Muitas das vezes é aqueles problemas burocráticos que nós temos que resolver que não estão relacionados diretamente com as queixas do doente e com o problema que traz aquele doente ao serviço de urgência, mas sim problemas burocráticos que têm a ver com a organização e com a falta de comunicação interinstitucional ou inter-hospitalar e que nos gasta ali algum tempo e que acaba por influenciar aquela triagem e as próximas porque nos consome tempo.

I – E sugestões? Já falaste algumas, em relação com a chefia, em relação á organização do posto de triagem. Mais alguma sugestão relativamente á melhoria que seja possível para realizar a Triagem de Manchester no vosso serviço?

E6 – As sugestões de melhoria era melhorar o espaço onde é feita a triagem neste momento, melhorar o espaço físico, era impedir o acesso dos doentes que foram triados, impedir que eles pudessem voltar a estar com o enfermeiro que está a fazer a triagem. E na minha opinião pessoal não deviam, deviam ser precisos mais de 2 anos para os enfermeiros puderem fazer triagem.

I – Deveriam ser precisos mais?

E6 – Mais que 2. 3, 4 anos.

I – E formação especifica naquilo que são as situações mais críticas na urgência, achas que seria necessário, por exemplo, formação em suporte avançado.

E6 – Nesse aspeto nós temos um programa formativo excelente e as necessidades estão, estão cobertas.

I – E achas que seria então necessário, por exemplo, segundo percebi, criar uma entrada para que as visitas possam visitar os doentes sem entrarem no posto de triagem?

E6 – Exatamente, não deviam entrar todos pela mesma porta. O doente que vai para a triagem deveria ter uma porta de acesso e as visitas deviam ter outra porta de acesso. Não podiam entrar as duas pelo mesmo sítio, deviam ter circuitos diferentes.

I – Vocês têm segurança?

E6 – Temos segurança junto á porta, mas está na parte de fora da porta, esse segurança. Não está dentro, por isso, se houver algum problema na triagem ele demora a chegar junto a nós.

Relativamente á polícia, temos um polícia na entrada do hospital durante algumas horas, mas tem a ver com o parque de estacionamento exterior ao hospital, não tem nada a ver com o hospital.

I - Muito bem. E6, olha, era isto. Não sei se há mais alguma sugestão ou alguma ideia que queiras referir.

E6 – Que me esteja a recordar, não. Mas estou disposto, se houver necessidade depois de abordar este tema novamente.

I – Caso queiras acrescentar alguma coisa, a disponibilidade é total.

E6 – Ok.

I – Muito obrigado. Depois os resultados, depois de defendida a tese, serão partilhados.

E6 – Acho que sim, acho que pode sair daqui um grande trabalho para a Enfermagem.

I – Obrigado E6.

ENTREVISTA E7

I - E7 boa noite. Vamos então aqui fazer entrevista para... como método de recolha de dados para a tese mestrado cujo título é: fatores que influenciam a realização da Triagem de Manchester nos serviços de urgência. Antes de mais nada, agradeço-te a disponibilidade e começava por perguntar qual era a tua opinião sobre a utilização de sistemas de triagem no serviço de urgência.

E7 - Ora bem, está provado que é uma mais-valia quando a afluência é superior à capacidade de resposta e que objetivo será priorizar o atendimento. Nós não conseguimos ver toda a gente em tempo útil, temos que priorizar, daí o objetivo é esse, por isso está provado que traz uma mais-valia.

I - E especificamente sobre a Triagem de Manchester, qual é?

E7 - Existe outras triagens com mais ou menos eficácia, mas podem ser mais difíceis de aplicar. O que se pode dizer é que tem um grau de assertividade bastante boa e é bastante simples, e é europeia, daí é que ela foi escolhida pelo sistema nacional de saúde como exemplo a seguir, pronto, não foi escolhido por nós.

Existe outras sim em que... provavelmente mais específicas, ok. O problema é que, efetivamente, o inconveniente que elas podem trazer é o tempo de triagem que é maior.

A Triagem de Manchester é simples, é fácil de aprender e não tenho uma taxa de falsos positivos e falsos negativos muito abaixo das outras, daí tudo bem.

Eu tive oportunidade de estudar as outras e vi que demora muito mais tempo porque tem muito mais critérios e a Triagem de Manchester basicamente não me pede tensões arteriais, só na grávida, é só temperatura e com o saturímetro conseguimos ter frequência cardíaca e muito rapidamente conseguimos ter os dados adequados para conseguir triar, por isso é fácil e tem um grau de eficácia elevado, pronto.

I - Trabalhaste aqui na urgência sem a Triagem de Manchester?

E7 - Cheguei a ver a urgência sem Triagem de Manchester, sim.

I - E melhorou depois?

E7 - Sem dúvida. Ao menos é um critério objetivo, mensurável de atendimento, senão era um critério muito subjetivo. A triagem era feita por porteiro não é, em que deixava entrar

aqueles que achavam pior e por aí fora, em caso até do São João que(...) de ascites que pararam na Obstetrícia. Por isso tivemos que criar objetivos.

Depois não há, à partida, as cunhas, têm que ser mais justificadas, daí sem dúvida que traz uma mais-valia no...pelos problemas que nós temos na grande procura do serviço de urgência e subdimensionamento das urgências hospitalares portuguesas até às... sem triagem seria muito pior.

I - Olha e relativamente então à Triagem de Manchester, o que é que achas que pode influenciar negativamente a realização da triagem, pela tua experiência.

E7 – O principal problema é a pressão de tempo, isto é, quando o triador fica pressionado que tem que encurtar uma triagem e há triagens mais rápidas e há triagens mais curtas, de acordo com o encaminhamento necessário para o doente, em que nós não temos dúvida se o utente é específico na queixa que tem e nada chama atenção para pesquisar outros sinais e sintomas limitamos à queixa principal e seguimos o procedimento básico, quando pode muitas vezes o utente, e é nisso que o enfermeiro pode fazer a diferença, em que o utente pode vir queixar-se de um problema, uma queixa principal que é a perceção que o utente tem da sua saúde, a visão que o enfermeiro pode ter, pode não ter nada a ver. E vem por mal-estar e quando pomos um saturímetro, por exemplo, que não estava previsto no algoritmo e pomos: olha, afinal uma hipertensão ou tem uma arritmia e estudando afinal é de novo ou, por exemplo, um defeito que a Triagem de Manchester tem e que é giro, que é interessante é: as arritmias conhecidas medicadas, a ser rigoroso dão sempre laranjas porque ele de base já é arritmico, por ser arritmico, obrigatoriamente dá uma pulseira laranja. Mas não é esse motivo da vinda à urgência. Já é medicado, tá controlado, é o normal, aquela arritmia é normal. Então se não é de novo porque é que há-de ter, ou seja, tu depois para dar prioridade adequada àquela pessoa temos que mentir na triagem para lhe dar prioridade adequada senão ia para uma zona de prioridade urgente que não precisava certamente de ir.

I - Estás a dizer que o número de fichas para triar obriga a fazer mais ...

E7 – Obriga a não pesquisar, se calhar, adequadamente as suas necessidades porque a triagem não é forçosamente, no meu entender, a queixa principal do doente. É sim a necessidade que o doente tem e por vezes podemos ir escolher um algoritmo que não corresponde à queixa principal do doente porque não é essa a principal. E vem porque o doente caiu, vem porque tem aqui um golpe na cabeça, sim senhora, mas porque é que caiu? Senti-me mal, desmaiei. Alto! Será que uma ferida supraciliar é mais importante do

que a lipotimia que é devido a quê? Olha, uma arritmia, uma hipoglicemia, seja o que for. Então qual é o problema? O que é que ele precisa e ele a queixa principal dele é ferida pronto: ferida, TCE, vai ser suturado, vai-se embora. Não! O problema dele não é esse, ele vai voltar a cair e pode morrer lá dentro porque não é esse o problema dele. O problema dele é: porque é que ele caiu? Então aí entra logo na base: afinal, é à risca um enfermeiro que segue cegamente a Triagem de Manchester, isto quer dizer, eu tenho aqui uma ferida quero ser tratado, sim senhor: ferida, área cirúrgica, neste nosso hospital cirurgia geral pra ser suturado, ponto. Alta, tá ótimo. Triagem perfeita de Manchester. No meu entender um enfermeiro é mais que isso, por isso é que nós vemos que temos a nossa autonomia. Mas ele caiu porquê? Senti-me mal, depois desmaiei e bati com a cabeça. Sentiu-se mal como? Deixa-me ver e afinal... afinal o homem tem é uma hipoglicemia, ou tem uma arritmia, faz umas pausas ok, então vou pedir um ECG, vou ver a glicemia e no algoritmo não me é pedido nada disso.

I – Mas muitas vezes não consegues fazer isso...

E7 - Se tiver pressionado não vou investigar. Caiu tal, ah sim caí. Ok, e por aí fora. E noutros pontos que seria muito interessante. Uma crise hipertensiva não é detetada na Triagem de Manchester. As tensões arteriais são só pedidas exclusivamente nas grávidas para pesquisar a pré-eclampsia, mais nada. No entanto, nalgumas exceções faz-se. A nova alteração que fizeram na Triagem de Manchester veio acrescentar um pormenor que era muito importante, que era: até o fim do ano passado, no TCE, não era incluído a hipocoagulação e uma queda, TCE não é hipocoagulado é uma coisa, uma queda quando se é hipocoagulado é totalmente diferente, a prioridade é diferente e já sabemos que este vai precisar de ficar 24 horas em vigilância, posso facilitar o circuito do utente e encaminhá-lo logo porque eu sei que vai ter que ficar 24 horas em vigilância, e por aí fora.

Por isso, o enfermeiro pode fazer a diferença, se tiver condições para tal. Na minha experiência, o facto de olhar para um ecrã e ver 40 minutos de espera vai-me pressionar, pronto. Se eu tenho, porque tenho uma pressão de não deixar acumular a triagem e se o tempo médio ronda os dois, três minutos: recebe doente, boas vindas, ter de esclarecer efetivamente qual é o motivo da urgência por vezes é preciso andar a procurar e chegar à verdadeira causa, não chega realmente encontrar o real problema. Por vezes, então vamos ficar para o que é que lhe doi? Doí-me a cabeça, cefaleias, mais nada. Oh, já me doi há mais de 7 dias, outro problema que nós temos na Triagem de Manchester: para alguma coisa nós temos de ser rigorosos, não é? Mas na prática eu diria que 70% dos doentes que vêm à urgência eram todos azuis. Quem é que vê os azuis na urgência? Ninguém, ninguém. É castiço. É que efetivamente muitos dos problemas é problemas crónicos, é

claro que nós aproveitamos e agudizou, escrevemos lá nota piorou nestes últimos dias, uma dor não controlada que um grande problema de Triagem de Manchester, na conversa chegamos lá, é a dor crónica. Como é que é vista a dor crónica na Triagem de Manchester? Tem mais de 7 dias? Azul.

I - Mas achas que devia haver um discriminador?

E7 – Evidentemente, evidentemente que nós vemos uma dor crónica não controlada, eu vou valorizar essa dor nem que tenha que mentir entre aspas e dizer que nestes últimos dias terá piorado.

I - Mas a dor crónica agudizada seria...

E7 – Claro, ela não é aguda. Agora, por vezes o que acontece e que está previsto na Triagem de Manchester e que não é aplicada é a retriagem. Porque, por exemplo, o indivíduo entra com uma hipoglicemia é um vermelho. Tiro-lhe sangue, faço-lhe 2 ampolas de glicose hipertónica, resolvi-lhe a hipoglicemia, e agora? Agora é um verde.

I – E dali a 10 minutos...

E7 – Reavalio, mantenho, a glicemia está controlada, vai passando os verdes. Porque é que este doente fez uma hipoglicemia? Ok, se não há suspeita que tenha feito uma intoxicação por excesso de insulina, ou seja, daqui a 10 minutos efetivamente as glicemias estão bem é um verde, porquê? Se calhar tá a fazer uma infeção, não! É um verde. Até ao fim, no meu hospital vai ficar vermelho e, no entanto, 10 minutos depois de passar na triagem, porque eu já lhe dei até se calhar na triagem, ele fica verde. E agora pergunto, mas outra má adaptação de português faz a Triagem de Manchester: a Triagem de Manchester prevê o primeiro socorro feito pelo enfermeiro triador. O português não lê isso porque não vão ver ao que está previsto e o primeiro socorro feito pelo enfermeiro triador, isto quer dizer que: se vais para uma urgência, ele pára, eu vou intervir, nomeadamente nas hipoglicemias, por aí, sim tem de haver protocolos locais, mas está previsto. Mas esqueci-me ...

I – No Hospital de Braga existe algum protocolo nalguma situação?

E7 – Evidentemente, como não temos, se for uma emergência é assim: ele entra e enquanto espera eu vou intervir como é lógico, pela obrigação profissional de dar apoio.

I – Exato.

E7 – Agora não há... não sou obrigado, não é? É aquela dificuldade, a tal hipoglicemia. Se eu constato efetivamente, se não tiver a pressão, eu acho que sim, eu vou resolvê-la logo na triagem, sair da triagem já não faz sentido ele sair com hipoglicemia porque tenho que encaminhar logo que é prioritário, não é nada conosco. Por isso há aqui alguma incongruência por vezes que são giras de falar.

Ora, a pressão do tempo sem dúvida se, e não é difícil perceber, se nós temos um tempo de triagem previsto dois ou três minutos por utente, isto é, como? Já chamei ou não chamei? Já incluí a chamada? Ou é a triagem em si? O tempo que demoro a chamar até que ele venha vou perder um minuto, depois o tempo que ele me saia educadamente para manter a privacidade de dados, vou para 5 minutos por cada doente. Ora então, quantos doentes é que estão a aparecer por hora? É fácil fazer as contas de quantos triadores são necessários. Se efetivamente, por média, os triadores que tem é mau. O problema é que isto não funciona por média, por média precisamos de metade dos enfermeiros, não! Sabemos é que há picos e nesses picos não temos gente suficiente para fazer triagem. Isto quer dizer que, sendo mais prático, um utente que entre no período de baixa afluência à urgência será melhor triado do que um utente que venham a hora de grande afluência. Porquê? Porque o triador naquele momento está a ser pressionado, não vai dedicar o tempo, se calhar, necessário de se aperceber efetivamente que o tempo pode se dar uma prioridade maior ou que seja vista melhor uma situação e vai levar a uma triagem pura. A triagem pura é segura? razoavelmente de 80%, pronto 80% foi bem triado, mas tem 20% de ser mal triado.

Assim, um bom enfermeiro que consegue fazer uma avaliação, e este olhar clínico está provado e há essa recomendação: em todas as triagem existentes de que o enfermeiro que deve fazer triagem, deve ser um enfermeiro sénior, com experiência para ter olhar clínico para conseguir ver que, se calhar, a queixa que ele está, que o utente estava a apresentar, se calhar não é esse o problema principal que ele tem. É essa que faz a diferença o enfermeiro, no meu entender será isto.

Por isso, sem dúvida, o tempo. Depois o tempo que vou perder a não fazer triagens porque quando eu acabei a triagem, eu vou encaminhar o doente e por vezes demoro mais tempo a encaminhar o doente do que propriamente fazer a triagem, porquê? O circuito está definido, o caminho, siga! Não! Ainda vou ter que, em todos doentes, é à direita ou à esquerda porque senão ele não vai, não dá. Há falta de sinalização.

Depois, outro aspeto, tenho especialidades não presenciais. É que essas especialidades não presenciais obriga-me a ligar ao seu doutor e a informar que tem um doente na

urgência. A mim ninguém me liga a dizer que tenho trabalho para fazer, eu tenho que o ver. Não! Tenho que ligar ao senhor doutor que está a fazer suas consultas dele, quase a pedir um favor. Por vezes penso que eu estou a pedir um favor pessoal, que tem aqui um doente que vem referenciado para esta especialidade. Eu não estou a fazer favor nenhum. Por vezes é uma especialidade que efetivamente até tem muito que fazer e está no internamento e está na neurocirurgia por exemplo, por vezes podes não conseguir que me atenda. Cardiologia...

I - Só para perceber: é o enfermeiro da triagem que telefona ao especialista?

E7 - Tenho que avisar ao especialista, exatamente.

I - Não acaba aquela triagem sem....

E7 – Então, estou a fazer trabalho administrativo. Obriga-me a comunicar à pessoa x que tem trabalho para fazer. Não é minha função fazer isto. Eu só tenho que avaliar a prioridade, para isto tenho a Triagem de Manchester, para me ajudar a atribuir prioridade, depois vai seguir um circuito que é definido pelo diretor da urgência. Pronto, segue o circuito. Não! No meio desse circuito tenho que, no início do circuito ir avisando o resto dos outros elementos da cadeia que efetivamente têm trabalho para fazer, é curioso porque se quer um enfermeiro, pronto, até podia ser o enfermeiro estar a fazer outra coisa e o da triagem... o administrativo ligar para o enfermeiro a dizer que tinha uma triagem, era castiço não era?

Outra coisa é diferente, é eu ligar para o meu colega da área médica, porque tenho uma retenção urinária, e dizer assim: olha tens aqui um amarelo que é uma retenção urinária, quando puderes... puderes-me aliviar antes dele ser visto, podemos aliviar o sofrimento, tento algalia-lo e já fico com a situação resolvida. A partir daí o homem pode esperar o tempo que for necessário. Isto é, estou a priorizar alguma coisa é um amarelo, mas este amarelo, pelo sofrimento que tem, pode ser aliviado por um procedimento de Enfermagem, por isso aí já é diferente. Sim, eu referencio para cuidados de Enfermagem na triagem, posso. Sim, eu tenho que ligar a outra especialidade a informar que eles têm trabalho, sim também faz parte. Tudo isso consome-me tempo.

Agora, outros problemas é quando eles vêm reclamar porque quando temos um verde que tem 6 horas ou 8 horas de espera é claro que depois e pela estrutura física da urgência ele vê passar pessoas amarelas e pergunta: porque é que ele levou amarelo e eu levei verde? Vai-me vir questionar. Então vou ter que explicar porquê, ele vai entender ou não vai entender e porque é que a velhinha que tem 98 anos levou um verde? Então com 98 anos

não tem que ter prioridade? E se é diabético, não tem prioridade? E se dói-me muito as pernas, não tem prioridade? Mas eu tenho os meus filhos, tenho que ir buscar os meus filhos ao fim do dia, não tem prioridade? Não!

I – E tem acesso fácil à triagem, esses doentes?

E7 – Entram como quiserem.

I - Conseguem facilmente...

E7 – É... que os do São João, por exemplo, têm essa vantagem. Efetivamente, não há pressão, tanta pressão, porque está limpo. Engaiolado, tenho uma gaiola e o enfermeiro é que abre a porta e o utente não vem atrás. Não quer dizer...

I - Achas que devia ser...

E7– Acho, sem dúvida. Sem dúvida, porque depois é só um começar, depois vão vir todos. Pois porque o problema é: o utente tem direito e devias fazer retriagem, que o sistema não permite fazer. Porque eu deveria, de hora a hora, reavaliar os verdes, se aumentaram a prioridade. Quem é que faz isso? Se eu não tenho tempo, em tempo útil, de triar um utente porque não faz sentido, ou uma triagem para antecipar, não faz sentido uma pessoa esperar uma hora para ser triado! E então a pressão é essa: se eu tenho tanto tempo de espera no meio daqueles que estão à espera 40 minutos, tem lá um doente urgente. E esse utente urgente ou emergente tem que ser visto em menos de uma hora. Ele já perdeu tempo útil de atendimento só no tempo de triagem. Então esta pressão do interior do sistema a pressionar e a querer ser retriado, e às vezes é lícito, a grande maioria não é, mas é lícito sim senhora. A dor subiu, subimos a prioridade, a temperatura subiu e a queixa que o levou agora leva ao aumento da prioridade, ótimo. Esse é bom, mas também pode haver o contrário, mas eles não se vêm queixar, afinal a dor já passou e até quando derem por ela abandonaram a urgência.

A pressão que vem de dentro para o triador, mas também a pressão que vem de fora, é o tal doente que está, tem um golpe que estás a sangrar muito, que está a fazer muito espetáculo, que se mandou para o chão antes da triagem e então vamos, vamos ser chamados. Por isso vão os bombeiros, vem o porteiro: olhe, está ali um doente, não está bem! Será que temos que valorizar ou não? Eu entendo que sim, entendo que sim. Aliás, a triagem, o enfermeiro estruturalmente deveria conseguir observar a área de triagem e se calhar via alguém entrar e eu não tenho... eu trio uma cólica renal em 10 segundos. Eu

vejo-a a entrar já leva a de cor. Eu posso ver a entrar, ainda não fiz a ficha já sei que o vou chamar, mas não! Vais esperar porque eu não vejo. O mesmo acontece na sala de espera, eu deveria conseguir, como está previsto o triador conseguir, ter o controle da sala de espera, conseguia ver a sala de espera e ele poderia à distância aperceber-se que um doente está a piorar e chamá-lo para a retriagem.

I – Ou seja, vocês também não têm essa...

E7 – Não tem, não tem. Não conheço, não é possível fazer uma retriagem programada porque a Triagem de Manchester prevê retriagem programadas e não solicitados pelo próprio utente. E aqui, a retriagem, que eu conheça, são feitas por solicitação do próprio utente, por isso o utente vem reclamar á triagem porque acha que não foi bem triado ou acha que está pior e quer ser atendido mais depressa. Não devia ser. O próprio triador, tendo em conta, devia existir uma segunda linha de triagem que reavaliasse os doentes de forma periódica. Passava na sala de espera um enfermeiro, exclusivamente. Via a sala de espera, está tudo verde. Humm, este aqui se calhar vou retriá-lo. Nos amarelos, ui... tá aqui um amarelo... afinal se calhar... uma retriagem.

I - Quem retria o doente? É o mesmo enfermeiro que triou inicialmente? Só se coincidir com a passagem de turno?

E7 - Não está previsto.

I - Não está previsto que seja outro colega, para segunda opinião?

E7 – Ou seja, temos dois enfermeiros, 2/3 enfermeiros. Podia até ser interessante. Agora, também é uma questão de respeito profissional porque eu vou ver, posso ver, eu vou ler a triagem, não vou fazer uma nova triagem. Vou ler a triagem a ver se tem fundamento e às vezes já vejo a triagem, já tenho o amarelo, não tem fundamento para subir. Tenho um verde, alto! Porquê, o que é que houve de novo para eu subir a prioridade, dá-me um fundamento, Ok.

Então se calhar: e você disse ao meu colega? Não, pronto.

Tem vantagens e tem desvantagens. Eu acho que ser um outro, tamos a pôr em cheque o primeiro triador porque se eu tiver uma avaliação diferente, o utente fica desconfiado daquele enfermeiro. Você não presta! Quero o outro enfermeiro que é mais fixe que dá uma triagem melhor e eu sempre que eu venho aqui eu levo um amarelo e só com vocês é que eu levo verde. Pois, porque eu avalio e acho que é um problema crónico e que não

houve agudização, por isso é um verde ou azul até muitas vezes. Ah, mas com aquele enfermeiro é mais sensível às minhas queixas e eu consigo pressioná-lo emocionalmente e ele valoriza a minha queixa.

I – A pressão do utente ou da família também influencia?

E7 – Mais um motivo: o olhar clínico. O enfermeiro tem que escolher o melhor caminho e denominador para aquele utente, que pode não corresponder à queixa principal que o utente tem. Vai referir: tem uma queixa, será essa exclusivamente? Pronto, por vezes pode não ser aquela que mais necessita, daí o olhar clínico. O outro é este: não ceder à pressão. Se for um enfermeiro experiente não vai ceder à pressão emocional que é feita. Pressão emocional e outras para não subir o tom, por vezes ameaças que: não vou esperar aqui muito tempo! e olha que...

I – E acontece também?

E7 – Evidentemente, muita pressão e coação que é feita ao enfermeiro para que suba prioridade. E o enfermeiro tem que ter essa isenção e nos primeiros tempos uma pessoa tenta agradar a todos, chega a um ponto e não conseguimos. Porquê? Porque na prática quando dermos por ela são todos amarelos. É tudo! Porque não dá verde, porque o verde não quer, é tudo amarelo. Então não é preciso fazer triagem, voltamos à triagem antiga. É por ordem de chegada.

I – Falaste há bocado que o facto de... o enfermeiro tem de explicar constantemente as suas decisões. Achas que a capacidade de comunicação do enfermeiro...

E7 – Sim, eu acho que é lícito o enfermeiro explicar o porquê. E o utente tem todo o direito de ser explicado o procedimento. Agora é evidentemente que depois ultrapasso o que é razoável, eu vou demorar mais tempo a explicar porque é que tem essa triagem e depois: mas vai demorar muito tempo? E eu: olhe não sei, tá afixado o tempo de espera. Não! Insiste em saber qual é o tempo médio de chegada. É um direito que ele tem, mas ao fazer isto vou atrasar mais a triagem porque eu vou ter que ir ver a média do tempo de chegada, qual é o tempo que demora a chamar e vou demorar aqui mais 2 ou 3 minutos para conseguir responder a essa pergunta. Porque vou ver qual é a média que está a ser feita, qual é o tempo de espera médio da sala de espera. Vou fazer... mais uma vez perdi nesse tempo, para esclarecer uma dúvida lícita do utente, podia ter feito outra triagem.

O tempo que eu espero que o médico me atenda e que eu explique a situação, vou perder o tempo todo da triagem. Isto quer dizer que para triar um por vezes eu gastei o tempo de triagem de 4 ou 5 porque estou ocupado a dar explicações, estou a dar informações lícitas que se calhar podia ser feito por um administrativo, simplesmente. E chegava, e efetivamente este administrativo encaminhava o doente diretamente para cirurgia, não precisava de ser eu a ligar à cirurgia para informar que tem um utente para ser visto. Porque a cirurgia tem que se organizar para olhar para o computador. A mim ninguém, eu olho para o computador e vejo se tem alguém à espera, por vezes é uma emergência, alguém bate-me à porta e eu tenho que abrir. Há muito trabalho extra que podia ser aliviado.

I - E o vosso posto de triagem é adequado para a realização da triagem, uma coisa que...?

E7- Não, não é, não é, porque não consigo ter privacidade. E eu tive grandes problemas, uma situação muito específica. A lei prevê proteção de dados, não pode existir camaras viradas para a triagem, nem para os vestiários, nem para gabinetes médicos e tenho uma camara virada para mim e eu tenho que puxar a cortina para manter privacidade do utente. Pronto, e porquê?

Porque, se calhar, a utente chega aqui: eu tenho aqui um nódulo na mama e vai-me mostrar. E eu, o meu olho profissional, clínico, que o vai observar. O segurança que está a observar não precisa de ver a mama nem a perna do utente.

I – E ele tem acesso à camara, é o segurança que vê a camara...

E7 – Exatamente, não é um clínico que está a avaliar isso. Temos aqui um doente que se vai despir, que vai-me mostrar o corpo, que está a ser observado. A desculpa que dão é que também filmam a entrada e é para segurança do utente. Sempre que houve agressões num profissional de saúde, não valeu de nada. Primeiro, do ponto de vista legal vale zero, depois eles têm milhares de imagens, por isso eu posso estar lá a fazer sinal. Bem, só se eu ligar senão não vem, por isso proteção zero. Entretanto estamos a violar um direito de privacidade. O direito de privacidade do segurança, que tenho de puxar a cortina para tapar aquela camara, pronto. Isto quer dizer que efetivamente, se for um dia alguém que me ameace, eu puxo a cortina para que seja gravado na camara. É, pronto, é assim um bocado duvidoso.

Depois, não tenho, ou seja, os utentes conseguem vir ter comigo e reclamar comigo, mas se calhar estou a fazer uma triagem. Fico à espera a ouvir o que o utente..., o utente tem direito à sua privacidade também, ninguém precisa saber. Tem um terceiro posto de triagem só que, a única separação que existe é uma cortina, em que ouve a colega ao lado,

ninguém precisa de saber que a senhora tem infecção vaginal, ninguém precisa de saber, ninguém. Isto está guardado por segredo profissional e o sigilo. Mas, o utente que está sentado ao lado que ouviu a conversa, só tem que: olha aquele. Não tem, não tem, a privacidade não é mantida.

Dois, apanhamos umas correntes de ar tremendas. E, se calhar, efetivamente somos a porta de entrada da urgência e não temos equipamento pra isso, porque efetivamente, a qualquer momento entra um individuo a sangrar e, ou eu tenho habilidade de ir buscar e ter algo que não está previsto para resolver senão...olha, vou encaminhá-lo com o meu colega.

Ah, não, privacidade, um circuito bem definido, menor pressão de tempo, o tempo... não há triadores suficientes, o tempo de espera é demasiado grande. Não há nenhum ser humano que se apercebe que está alguém na sala de espera, que pode ser grave, à espera 30 minutos, que não se sinta pressionado para ir ver se efetivamente naqueles 30 minutos não está alguém que realmente necessita de... não sei muito bem.

I – Olha, nós acabamos por misturar aqui os fatores facilitadores e os que dificultam, pronto, aqui um bocadinho, que acabamos por...

E7 – Facilitador seria efetivamente o problema que já é crónico, não é? É que 80% dos doentes que vem à urgência são verdes e azuis, que não é um problema urgente. Mas também nós percebemos que, por vezes, na maioria das vezes, as pessoas não têm opção, o sistema em si tá minado porque se os centros de saúde não tem meios complementares de diagnóstico e a Medicina hoje em dia só funciona com meios complementares, temos a dizer que os Centros de Saúde para a maior parte da população tem um atendimento de inutilidade. Uma consulta de centro de saúde é inútil porque eu vou sempre acabar por ir à urgência fazer um exame. Por isso mais vale ir diretamente à urgência primeiro. Ou até reconheço que não é grave, mas eu não consigo consulta, que também acontece.

I - E o fato de existir muito tempo de espera para consulta médica interfere na realização da triagem?

E7 – Interfere quando a sala de espera dos verdes está cheia e que já estamos com 10 ou 12 horas de espera e os amarelos estão a ser vistos automaticamente. Como a Triagem de Manchester prevê, então se os verdes são maiores que os amarelos e tenho um médico a ver verdes e cinco a ver amarelos, se de repente tenho 200 verdes, se calhar deviam sair médicos da área amarela e ver verdes. Pois, mas não acontece isso. Só os enfermeiros é que se vão desdobrando e vão tapando os buracos, uns ajudando outros. Aqui,

curiosamente, isto não funciona. No meu hospital não funciona. Aquele que está na área amarela dificilmente vai ir ajudar o que está na área verde. E assim sucessivamente.

I - Muito bem. Olha E7... mais alguma...

E7 – Ou seja, o que eu quero dizer com isso é que, como eu sei que os verdes estão com 12 horas de espera eu vou dar um amarelo porque eu sei que vai... porque assim eu consigo que haja um maior fluxo de doentes senão fica tudo parado.

I - O doente aqui entra sempre acompanhado ou tem o direito de entrar sempre acompanhado para a triagem?

E7 – Tem o direito de entrar sempre acompanhado, um acompanhante no nosso caso, neste hospital. É um direito concedido. E esse direito esbarra quando ele entra numa sala de decisão clínica em que aí é fechada a porta e o utente fica cá fora, o acompanhante fica cá fora. Enquanto estiver sentada na sala espera pode estar ao lado dele, depois quando entrar na sala de decisão clínica vai esbarrar. Vai esbarrar porquê? Porque é uma zona de acumulação de doentes em que se torna insustentável, porque já estamos numa lotação de 300%. 300% mais outros 300% de acompanhantes dá 600%, o que já torna-se insustentável porque se estamos numa lotação de 100% prontos, mais acompanhantes... O problema é que estamos a trabalhar a 400%, é uma média normal, depois 600, 800 ou mais, quer dizer, não há...

I – Muito bem E7, mais algum fator assim que...

E7 – Ora, dentro da triagem...

I – Que tenha influência na realização da triagem.

E7 - O enfermeiro que tem um espírito crítico, gosta de saber o seguimento do doente. Ah, é muito facilitador a possibilidade que me cria neste momento o sistema que é: enquanto eu vejo doente e me está, eu estou a escrever e ele, vejo que é um problema, vai recorrer à urgência, eu consigo ir consultar o processo clínico e eu consigo ver as antigas admissões na urgência e vou ver o relatório, o último relatório, tenho logo acesso de uma forma rápida, na nota de alta escrita ou do procedimento que efetivamente o doente tem razão. Porque ele pode-me vir aqui, aí dói-me muito, é uma cólica renal, eu acredito nele ou não? Pode ser verdade ou não. Afinal é ou não é? Não sei. Dois minutos permite tirar a

ilação? A diferença é que é um laranja se for uma cólica renal ou se é um fingimento, ou... há determinadas pessoas que conseguem na triagem berrar e depois de entrar na sala de espera estão perfeitamente serenos, consegui enganar mais um enfermeiro e ele subiu-me a prioridade.

I – Queres dizer que o sistema informático facilita.

E7 – Facilita. A possibilidade de pesquisar os eventos anteriores pode ajudar um enfermeiro a conseguir adequar a triagem, a fazer uma triagem mais eficaz. E outro aspeto importante que o triador tem é efetivamente a possibilidade de pedir meios complementares de diagnóstico pra antecipar, que é uma coisa muito boa que nós temos aqui no sistema é: eu posso pedir um eletrocardiograma, mesmo se não se encaixar no critério da via verde coronária, não se encaixa! Mesmo assim é suspeito, na dúvida eu vou pedir um eletrocardiograma e essa capacidade faz com que, seja suspeito, temos mais um profissional de saúde que vai fazer um ECG e pode aqui apanhar, que até não tinha sintomas mas depois ao fazer o ECG, ele vai ter. Não tem sintoma, tem um ECG normal, já eliminei muito a possibilidade de alguém passar no meu crivo. O que poderia existir, como acontece no São João, que nós não conseguimos aqui é: o próprio enfermeiro triador faz a gasimetria nas vias verdes sépsis. E a gasimetria, isto quer dizer que ao fim de dez minutos, apesar de hoje em dia com os novos critérios, os lactatos não são critérios de sépsis, mas se me vier logo com os lactatos positivos, ok, sim. Nas outras poderia facilitar.

I – Mas facilita a decisão da triagem, é isso?

E7- O facto de saber que vai haver outro técnico que vai fazer um exame, que vai tentar descartar ou não, vai dar mais segurança, porque efetivamente, se é uma via verde muito bem, mas depois há aqueles que são dúbios. E então? É melhor, depois é a dúvida: é melhor triar, triar um falso laranja ou um falso amarelo, isto é, era um enfarte, mas não tem critérios, não tem sintomatologia específicas, então vou-lhe dar o quê? Vou-lhe dar um amarelo, mas afinal, se calhar, até tem um enfarte. Na dúvida então vou dar um laranja? Então sempre na dúvida vou sobrecarregar o laranja. Pode ser o amarelo e só passa a laranja se efetivamente tiver critérios, altos critérios de suspeição que pode ser uma gasimetria que me dá lactatos, ok, pode ser um ECG que dá alterações e afinal este amarelo é retriado pelo próprio enfermeiro porque há chamada de atenção, porque afinal ele tem alterações.

I – Se não tivesses ECG, se calhar...

E7 - Se calhar tinham alguns enfartes que só passando 5 horas é que são avaliados, vão fazer o ECG e que são detetados que afinal tem alterações. Durante as 5 horas é miocárdio que nós perdemos, já sabemos que o tempo é válido. Sim, a possibilidade de pedir exames auxiliares de diagnóstico. Sim, a possibilidade de fazer determinadas intervenções protocoladas e isto vai, penso que está a caminhar para isso e pode existir e deveria existir, a Via Verde dor.

I – Esta é uma sugestão, que era a próxima pergunta?

E7 - Via verde dor que é... aliás, a Triagem de Manchester sobrevaloriza a dor, sobrevaloriza a dor. Se o problema da vinda à urgência é dor, porque não existir um circuito específico para a dor? Vamos segui-lo, controlo a dor. Agora, controlar a dor, vamos dar a prioridade. Muito, a grande maioria das pessoas pede, e a Triagem de Manchester só valoriza a dor e curiosamente não tem um circuito para a dor, que é curioso.

I – Falaste da violência verbal, principalmente aqui, das pessoas...

E7 – Isso não é só da triagem.

I – Influencia, mas influencia a tua intervenção na triagem?

E7 – Muito, porque como ele vai voltar para trás e como ele está à espera de uma avaliação médica há 5 horas, vai-se virar para o enfermeiro e vai reclamar com o enfermeiro porque é que o médico não o atendeu há 5 horas. E depois é tudo uma questão de paciência pessoal. Respondo: desculpe não tenho nada a ver com isso, está á espera do médico, não está á espera do enfermeiro. Está á espera de alguma coisa de Enfermagem? Não.

I - Mas na altura da tomada decisão na triagem a agressividade que eles possam eventualmente apresentar interfere na decisão?

E7 – Sim, se é pessoas recorrentes porque por vezes é a tal história, isto é outro problema que é: quem é que vai ver esse doente? Porque o doente foi ao centro de saúde e é visto por médico generalista, não está satisfeito, quer uma avaliação por alguém mais especialidade, então vai para o serviço de urgência. Quem é que o vê? Um triador, que também não tem, por vezes, alguns problemas quando não se encaixo nos critérios são

vistos por médicos juniores, não chegam a pesquisar perfeitamente o doente, só quando ele está muito descompensado é que efetivamente vai ser visto por médico sénior.

Então pode haver doentes que vão e vêm, vão e vêm à urgência várias vezes, e esses doentes recorrentes depois tornam-se agressivos porque desconfiam do sistema e sabem que se não reclamarem provavelmente, a queixa dele que já vem tantas vezes vai ser um verde, mas o problema é que efetivamente não resolve o problema. E enquanto eu não for visto por médico júnior, sénior, ele vai vir e vai ter alta sempre. Só quando ele for visto efetivamente por um sénior é que vai descobrir que afinal o homem tem todos os motivos para ter vindo á urgência, precisa de ser orientado. Não é um laranja, mas precisa ser visto por um médico sénior, mas não vai ser visto por médico sénior porque não tem queixas que justifiquem.

Quando nós temos um utente que vem de um hospital periférico porque tem uma otite e vem referenciado, precisa ser visto por especialidade de otorrino. Ele pode ter ido 50 vezes á urgência do hospital periférico, pode ter iniciado antibiótico, está com muita dor, não vai ser visto por otorrino. Vai apanhar, é uma dor, há quanto tempo? Uma semana? Sim senhor, vai ficar 8 horas á espera para ser visto por outro médico generalista e só provavelmente quando já chegou, já passa da meia noite, já não vai ser visto por otorrino, vai ser visto no dia seguinte.

Pronto.

I - Muito bem.

E7 – Por isso, há muitos problemas e nisto tudo, a cara que está sempre disponível continua a ser o enfermeiro. Porque o médico já não está ali, não está ali. O otorrino, o otorrino não vai ouvir nada, não está. O cirurgião não vai ouvir nada, não está. O único que está ali, sabemos que está lá no seu posto, que nunca abandona o seu posto, vai ser o enfermeiro. Por isso eles vão voltar á triagem, vão pedir reclamação ao enfermeiro que está. Quem é que vão encontrar? É o triador, é o único que está disponível. Vai ter, ele vai ter de se explicar, e o triador vai ser confrontado e depois venho aqui tantas vezes e tal, e porque é que ele não me atende porque é que isto, porque é que aquilo. E o enfermeiro vai interromper mais uma vez a triagem para conseguir explicar ao utente que efetivamente ele fez um bom trabalho, que está a ser bem orientado, que ele está a seguir protocolos, e que o tempo de espera é normal, que está á espera, que o problema não é a triagem que foi feita pelo enfermeiro, porque a triagem está bem feita, é efetivamente um verde, o problema está que estão 200 verdes na sala espera e só está um médico a ver 200 verdes.

I – Entretanto, o tempo passou...

E7 – Isto dá para conversarmos muito tempo...

I – Eu percebo. E olha, relativamente à Triagem de Manchester, já deste uma ou outra sugestão. Alguma sugestão assim, que aches que podia ser melhorada na Triagem de Manchester?

E7 – Ah, a Triagem de Manchester pode-se..., há estudos já a tentar, que tentaram incluir mais parâmetros na Triagem de Manchester, nomeadamente a tensão arterial, que não está incluída. O problema levou é que, não houve grande aumento da seletividade e da assertividade da Triagem de Manchester com este procedimento, o que levou à não existência desse pormenor. Há outros parâmetros que podíamos ter.

A principal crítica: sobrevalorização da dor e não... sem resposta. Isto é, nós temos um sistema de saúde em que efetivamente se toda a gente recorre à urgência, então se calhar as urgências têm que ter mais capacidade de resposta. O problema está nos cuidados de saúde primários, não sei se o problema está nos cuidados de saúde primários, não sei se é. Porquê? Porque até já houve tentativas de criar meios complementares na saúde primária, só que depois é preciso técnicos para manter o RX a funcionar, não vão contratar, não vai haver.

Então e porque é que eu, não é na triagem que eu dou sugestões, eu acho que deve haver uma interligação sim, muito próxima dos cuidados de saúde primários e a urgência, sem dúvida. E a possibilidade de ser referenciado da urgência para o cuidado de saúde primário, sem dúvida. Só que os cuidados de saúde primários, como não tem capacidade, não tem meios complementares de diagnóstico, volto para a urgência. Então, o que é que fazemos? Eu acho que os cuidados primários é que deveriam usar os meios complementares da urgência para poder fazer o seu trabalho e em vez de o utente levar uma receita para ir onde quiser marcar um RX ou um exame, essa requisição seria válida, entrava no hospital, fazia o meio complementar, levava imediatamente o resultado e regressava ao médico no próprio dia, que as pessoas o que querem é isso. E então? Então podemos aí encurtar a distância entre um e outro. Eu entendo que, tirando consultas programadas de cuidados de saúde, doenças crónicas: centro de saúde, de proximidade. Se o problema está aí então, eu pegava nos médicos que fazem consulta abertas no centro de saúde e vinham até ao hospital e ao abrir ficha o utente:

- Você é de onde?
- Sou de Adaúfe.
- Sim senhor, Adaúfe. E então qual é o seu problema?
- Dor de dentes.

Sim senhor, ia para a triagem. Sim, é um problema de urgência, é visto, vai para a sala de espera. Não, o seu problema não é de urgência, vai ao 5º piso, gabinete 50, está lá um médico da área de Adaúfe que o vai ver. Ele subia, ia lá, era visto lá, o médico via, pedia meios complementares de diagnóstico, tinha dúvida consultava o seu colega especialista e o doente saía satisfeitíssimo, e saía da urgência.

I – Uma doença aguda, não urgente, não é?

E7 – Penso que é isso. O nosso problema aqui são os meios complementares de diagnóstico que só estão no hospital. As pessoas vêm ao serviço de urgência, não á procura do melhor médico, vêm á procura do melhor atendimento porque não vai encontrar no serviço de urgência melhor médico do que no centro de saúde, não vai, não vai porque o primeiro que o vai ver, de certeza que é um não diferenciado. Vem porque no centro de saúde vai ser um médico igual ao outro, mas aqui vai fazer um RX, vai fazer as análises e vai provavelmente encontrar o problema.

Bem, relativamente á triagem, assim de momento não sei. Acabei por falar de muita coisa.

I – Sim, sim, temos aqui algumas coisas.

E7 – Temos aqui pano para mangas, uma entrevista, acho que não está mal.

I – Sim, sim, acho que sim. E7, de qualquer maneira se for, alguma coisa for para acrescentar, estamos sempre disponíveis. Agradeço-te, muito obrigado pela colaboração e depois com certeza os resultados serão também transmitidos, Ok?

E7 – Ok.

I – Obrigado.

ENTREVISTA E8

I – Boa tarde E8. Antes de mais nada, obrigado por participar neste estudo.

Olha, eu queria-te perguntar em primeiro lugar qual é a tua opinião sobre o facto de utilizares um sistema de triagem na tua urgência?

E8– Ok. Então, o sistema de triagem veio-nos facilitar, não só a nível organizacional, como forma de distribuir os doentes, de uma forma mais justa, não é? E de forma a atribuir uma prioridade adequada, de forma a serem observados mais rapidamente, e cuidados mais personalizados e adequados, por aí.

I – E no funcionamento do vosso serviço? Deu algum contributo a triagem?

E8 – Sim. A distribuição dos doentes pelas diferentes especialidades e pelas áreas, pelos verdes, amarelos, laranjas.

I – São diferentes aqui na urgência, tem áreas distintas?

E8 – Sim, temos as UDC e depois temos alguns na sala de espera de trauma. Pronto, temos várias especialidades e diferentes prioridades juntas, mas que são atendidas por diferentes médicos.

I – Ok, e isso facilitou em termos de organização?

E8 – Sim, sim até porque saber que temos em determinado sítio doentes com uma prioridade mais ou menos elevada faz com que estejamos mais atentos a esses doentes, pronto.

I - Muito bem. Já fazes triagem há muito tempo?

E8 – Faço há um ano e meio, dois.

I – Muito bem. Olha, e quando estás a triar consegues enumerar alguns fatores que influenciam a tua intervenção?

E8 – Sim.

I – Ou que facilitam ou que dificultam, podemos falar aqui um pouco dos dois.

E8 – Que dificultam posso falar do tempo de espera, não é? Quando sabemos que temos uma, duas horas de tempo de espera, que temos muitos doentes fora da sala, pressionamos um bocadinho, não é? O saber, por exemplo, que temos macas em espera e as corporações de bombeiros que nos pressionam porque precisam das macas livres e têm outros serviços, pronto. O que leva a que tentemos apressar um bocadinho o trabalho, leva a que haja menos, se calhar menos atenção ao doente, é inevitável quando tentamos apressar as coisas.

O facto de o tempo de espera, o número de doentes, as equipas médicas também.

I – Mas aí em que sentido?

E8 – O facto de termos determinadas equipas, que nós já conhecemos, que nos pressionam a triar de diferente forma, por exemplo, sabemos que temos médicos na unidade laranja, por exemplo, que facilmente nos criticam por triar para lá uma dispneia, que nós triamos porque, por exemplo, na sala de espera temos 2 ou 3 horas de espera, mas que nós, pronto, tentamos ajustar a triagem de forma a que o doente não seja penalizado. E pronto, às vezes somos um bocadinho pressionados pela equipa médica.

I – Mas vão questionar?

E8 – Vão questionar o porquê de triar, não é? É mais por aí, sim.

I – E além dos médicos, há mais alguém que...

E8 – Os colegas também, acho que sim, dependendo dos colegas, mas muitas vezes eles acabam, se não concordam pedem para retriar ou retriaram eles. A parte do retriar normalmente, acho que cada um deve assumir aquilo que faz, não é? Pronto! É o que eu digo, estou aqui há pouco tempo e..., mas pronto, se não concordam com a triagem, retriaram.

I - E a família e os utentes também fazem algum tipo de pressão, isso condiciona-te?

E8 – Sim, sim, sim também fazem. Sim condiciona, não só porque não percebem o sistema de triagem em si, porque às vezes até damos um amarelo e eles acham que o verde é que

é a prioridade mais alta, então nós temos que estar ali a explicar, perdemos algum tempo com isso e depois querem saber os tempos de espera e nós explicamos que isso nem sempre é como, apesar de termos uma média de tempo de espera e eles sabem, alguns sabem outros não, mas sabem que podem ter que esperar até 2 horas mas não percebem que, nós temos que explicar que esse é o tempo médio, mas que aqui podem ter que esperar 3 ou 4 horas, não é? Dependendo do estado do serviço. Pronto, isso condiciona também.

I – Muito bem. E mais alguma coisa? Já foste alguma vez, por exemplo, vítima de algum tipo de violência, verbal ou física até?

E8 – Não. Eu pessoalmente não fui, mas sei que há colegas que sim e, pronto, o nosso posto de triagem acho que é desprotegido, não é? Não só porque é um sítio de passagem em que temos familiares, visitas, bombeiros, transportes a entrar, é um sítio de muita passagem.

I – Mas quê, a porta é a mesma de acesso?

E8 – A porta é a mesma, sim. E estamos um bocadinho desprotegidos, nem sempre estamos acompanhados na triagem, apesar de serem 3 postos, às vezes estamos, durante a noite, por exemplo, é só um colega a triar. E muitas vezes, estamos naquele posto de trabalho sozinhos, tenho segurança á porta que nem sempre também está lá, e pronto. Pessoalmente nunca me aconteceu nada, mas acho que não me sinto propriamente confortável naquele posto.

I – Estás a referir que o acesso á triagem é muito fácil, não é?

E8 – Sim, sim, sim.

I – E os doentes, depois da triagem, têm um acesso fácil?

E8 – Sim, os doentes têm. A passagem da triagem não é unidirecional, os doentes podem voltar atrás e voltam sempre. Sempre que têm alguma dúvida ou querem saber o tempo de espera ou querem saber... até mesmo doentes que não... familiares que nem passaram pela triagem, que vêm visitar os doentes, vêm-nos perguntar onde é que o doente está ou a que horas é a visita das UDCs, pronto, porque é o posto mais acessível, é um sitio de passagem, eles sabem que não nenhuma porta ali fechada e vêm ter connosco.

I – E às vezes interrompem a triagem...

E8 – Interrompem sim, sim. Nós pedimos para esperar e eles voltam a insistir.

I – Olha, e em relação á estrutura física do posto da triagem, achas que está bem?

E8 – Não. Ah, então nós temos três postos de triagem que estão divididos por cortinas, não há privacidade para o doente, temos uma sala de emergência atrás dos postos de triagem que por norma está a funcionar, que não há propriamente uma barreira e em que os doentes têm sempre curiosidade de espreitar a ver o que se passa. Pronto, acho que devia ser um sítio mais isolado, mais resguardado e com mais privacidade.

I – E em termos de equipamento, está bem equipado, com tudo o que é necessário para a triagem?

E8 – Sim, de equipamento, os dois postos principais sim, o terceiro posto não. Não tem, não temos um micro, tem o colega que está no terceiro posto de triagem, tem de vir ao posto um ou ao posto dois pedir para chamar o doente, porque não está equipado, nem com telefone nem com micro. Pronto, teria que estar mais e melhor.

I – Sim, mas só é ativado de vez em quando, não é?

E8 – Sim, sim. Quer dizer, ultimamente, acho que no último ano tem estado sempre em funcionamento, devido á afluência.

I – E apesar disso, ainda não houve aqui...

E8 – Não, ainda não houve, ainda continua, mantém-se sem o micro e sem o telefone.

I – Estás a falar do telefone. O telefone, de alguma forma, interfere com a realização da Triagem?

E8 – É assim, o telefone para nós, pelo menos para mim, acho que é quase essencial estar no posto de triagem porque temos que quase sempre ligar para as especialidades, doentes que vêm encaminhados de fora, nós temos sempre o hábito de confirmar com a especialidade se o doente é mesmo para eles ou não. Porque há muitos doentes que vêm

com uma cartinha por exemplo para a cardiologia em que a especialidade não foi contactada primeiro, então cabe-nos quase a nós enfermeiros questionar se o doente é mesmo para eles ou não, porque nem sempre é, e se triamos diretamente um doente para a cardiologia depois eles ligam-nos de volta e...

I – Mas um doente vem de um médico para a cardiologia e vocês não mandam para a cardiologia, é isso?

E8 – Se vem com uma cartinha, por norma, ligamos á cardiologia a confirmar se o doente é mesmo para eles para dar conhecimento que o doente está cá no, na urgência. Às vezes acontece de triar diretamente porque achamos que é óbvio que o doente é para eles, mas, ou nos dizem que devíamos ter ligado, pronto. Eu, por norma, ligo sempre á especialidade para poupar depois tempo a fazer retriagens e ouvir o que não queremos.

I – Mas está definido que têm de telefonar na triagem para as especialidades não presenciais, é isso?

E8 – Sim, penso que sim. Por exemplo, otorrino é uma especialidade que estava na urgência e agora não está. Há colegas que triam para otorrino, coisas que... temos um protocolo em que triam, mas muitas vezes eles já não pensam da mesma forma que nós e pronto, e depois pedem para retriar, não concordam, reclamam. Então eu, por norma, antes de triar um doente, eu ligo sempre para a especialidade.

E depois temos a Via Verde AVC, temos que ligar sempre á Neurologia, eles por norma preferem vir á triagem avaliar, fazer uma primeira avaliação do doente, e pronto.

Por isso o telefone nesse sentido é essencial.

Depois tem outros senãos que é o nos ligarem para trás a reclamar porque determinada triagem não foi bem feita, ou acham que não foi bem feito e pronto, acabamos por perder mais tempo. É mais por aí.

I – Mas durante, no fim de um dia perdem muito tempo a contactar especialidade?

E8 – Sim, sim. E as especialidades nem sempre atendem á primeira, perdemos muito tempo. Então com a Neurologia, às vezes eles até estão com outras vias verdes e pedem-nos para esperar que eles venham á triagem e ficamos ali 10/20 minutos, às vezes, a fazer tempo que eles venham porque não querem que se trie logo porque pode não ser mesmo uma Via Verde, pronto.

I – Exato. Olha, e relativamente ao enfermeiro da triagem, há algumas coisas que, que achas que possam influenciar?

E8 – Ah, sim sem dúvida, por exemplo, o tempo de experiência, eu falo por mim, ainda apesar de já ter passado um ano e meio, quase dois, ainda me sinto muito insegura na triagem e sinto-me sempre melhor quando tenho um colega mais velho ao lado porque qualquer dúvida que tenha consigo esclarecer. Ajudou já ter algum tempo de experiência, apesar de pouco, já tava aqui há um ano quando fiz o curso. Mesmo assim se tivesse feito o curso com dois, três anos de experiência, sentia-me mais confortável. Mas depois o facto de termos triagem também nos desperta para outras coisas e começamos a ter um olhar mais atento ao doente. Tem os seus contras e os seus benefícios.

I - E algumas características, por exemplo, a forma como o enfermeiro comunica, achas que é importante?

E8 – Na triagem sim. Eu acho que, o adaptarmo-nos ao doente, não é? O tentar falar de uma forma clara, sem grandes termos técnicos, também depende da pessoa que temos á nossa frente, mas o ser simples e... para facilitar as coisas, tanto com os doentes como com os familiares.

I – Olha, e o curso da triagem que fizeste foi suficiente para triares bem, o que achas?

E8 – Não, o curso foi só, na minha opinião, assim umas luzes muito básicas daquilo que é a triagem, que pronto, serviu para conhecer mais até o funcionamento, os fluxogramas. Mas o aprender a fazer triagem foi depois na prática e em que não temos uma integração, nós somos postos logo a fazer triagem, no dia a seguir ao curso e pronto, temos colegas mais velhos que nos ajudam e nos primeiros tempos é complicado porque são imensas dúvidas, e pronto.

I - E depois do curso, já fizeste algum tipo de formação, ou o serviço já proporcionou algum tipo de formação?

E8 – Não, pra já não.

I – Não? Não achas importante?

E8 – Acho, acho que algumas coisas que nós não concordamos, a nível de fluxogramas que nem sempre se adaptam aos casos que temos e acho importante, se calhar, debater isso em equipa e perceber como se fazer, como dar a volta á situação.

I – Mas neste momento ainda não...

E8 – Não, não, a não ser que me tenha escapado, mas não.

I – Muito bem. Olha uma coisa, vocês quantas horas fazem seguidas de triagem?

E8 – Durante a noite normalmente somos destacados para o turno da triagem, fazemos as 12 horas. Ah, durante o dia, os dois postos, o 1 e o 2 trocam a meio do turno, ao fim de 6 horas. O posto 3 também fica o dia todo na triagem. E pronto, acho que, se calhar beneficiávamos trocar, fazer turnos mais pequenos de triagem, 4/6 horas no limite.

I – Mas porquê?

E8 - Porque ao fim de 3/4 horas já começamos a ficar mais cansados e começamos não prestar tanta atenção áquilo que o doente nos diz, já perdemos a noção do que perguntamos, e depois é sempre repetidamente a mesma coisa, perdemos um bocadinho o foco.

I – Muito bem. Olha E8, mais alguma coisa assim, que influencie a tua intervenção, na triagem, que te lembres?

E8 – Assim que me esteja a lembrar agora, não. Sinto alguma dificuldade ao nível dos fluxogramas que nem sempre se adaptam áquilo que nós queremos e que, prontos, temos que de certa forma mentir um bocadinho para dar a volta á situação. Ou o doente explica-nos o que é que tem e se formos queixa dele se calhar não estamos a valorizar tanto e então temos de, explicamos que vamos escrever determinada coisa, que pode não ser aquilo que o médico lhe vai questionar e....

I – Tomas essa decisão pelo teu juízo enquanto enfermeira?

E8 – Se calhar pelo olhar clínico que temos para com o doente, não é? Vemos que, se calhar, ele não está assim tão bem e tentamos dar a volta á situação para eles serem atendidos.

I – Muito bem. Olha, e então relativamente á triagem aqui na urgência de Braga, o que é que achas que poderia ser mudado para melhorar aqui o funcionamento e organização da triagem?

E8 – Ah, a nível de estrutura, acho mesmo mudar em termos de segurança, não sei como é que se iria processar, mas a nível físico, não sei. Ou colocar a triagem noutro sítio ou, por exemplo, arranjar forma de ser um sítio unidirecional, não haver passagem de doentes, familiares, acho que é um sítio muito movimentado, muito barulho, nota-se que estamos constantemente a ser interrompidos.

I – Muitos fatores de distração...

E8 – Temos a porta sempre aberta, é um frio que não se aguenta, pronto, por aí. As cortinas não facilitam, estamos sempre a ouvir a conversa do colega, depois não conseguimos manter a nossa, a nossa atenção. Era mais por aí.

E depois, acho que, fazer triagem sim, mas só algum tempo depois de ter alguma experiência, acho que vamos para lá assim um bocadinho imaturos.

I – Achas que quanto tempo? Tens alguma sugestão, ou mais um bocadinho?

E8 – Três, quatro anos de experiência. Se calhar estou a exagerar, mas, mas acho que sim. Também depende de cada um, mas eu senti alguma dificuldade no início, não por não saber, mas é aquela insegurança.

I – Exato, só se ganha com tempo.

E8 – Exato.

I – Muito bem, e relativamente ao curso, falaste que podia-se fazer aqui ações de formação.

E8 – Sim, em relação ao curso, acho que é importante mas acho que devíamos ter uma integração á triagem, passar dois ou três turnos com um colega ao nosso lado, nós a triarmos e o colega a dar opinião dele, mas porque é depois mau pra nós que estamos, não nos sentimos seguros, e para os colegas que estão a tentar fazer a triagem deles mas estão constantemente a ser interrompidos por nós, não é? Que temos dúvidas e acho que é normal. Acho que beneficiávamos fazer uma integração na prática.

I - Muito bem E8 mais alguma coisa a acrescentar, antes de encerrar a entrevista?

E8 – Acho que não.

I – O mais importante está? Se te lembrares de alguma coisa também estás sempre à vontade, tens os meus contactos.

E8 – Ok.

I - Obrigado pela ajuda e depois serão transmitidos assim que eu defender a tese, os resultados.

E8 – Ok, espero que sim.

ENTREVISTA E9

I – Bom dia E9. Antes de mais nada, obrigado pela disponibilidade para participar neste estudo. E eu começava por te perguntar qual é a tua opinião sobre as vantagens de utilizar um sistema de triagem, neste caso Triagem de Manchester, no funcionamento do teu serviço.

E9 – Pronto, acho que... a utilização, eu nunca conheci uma outra realidade, não é? Portanto sempre trabalhei com a questão da triagem. Acho que é fundamental, dado o meu conhecimento, para a gestão aqui do serviço, no sentido que efetivamente nós damos a prioridade àqueles que mais necessitam e protegendo essas pessoas em detrimento daqueles que recorrem ao serviço de urgência, não é? Sem um grau de urgência assim que o justificasse, até porque nós temos percentagens elevadas de doentes que recorrem cá ao serviço, não é? Temos a falar na ordem dos 40% que, possivelmente, podiam seguir outros circuitos. E eu acredito que a triagem de Manchester protege efetivamente aqueles que mais necessitam, que nós conseguimos identificar no meio desses tantos que vêm cá sem essa necessidade. Portanto, sem dúvida que é fundamental.

I - E relativamente à organização do teu serviço, a Triagem de Manchester deu algum contributo, na distribuição dos doentes?

E9 – Sem dúvida, sem dúvida. Porque nós aqui separamos os nossos doentes consoante a prioridade que lhe atribuímos, separamos por áreas diferentes. Estamos a falar de: os verdes irão seguir por uma determinada sala, os amarelos pra outra e os laranjas pra outra. E aqui há uma gestão de recursos associados ao que é a prioridade que é atribuída. Se tivermos a falar então dos laranjas, não é? A estrutura física dessa unidade assim como os profissionais que são lá colocados, são especificamente selecionados precisamente para proteger essas pessoas. Estamos a falar de profissionais com especialidade ou com peritos na área que salvaguardem os cuidados a esses doentes triados como laranja, assim como os equipamentos que lá pomos, os monitores(...), portanto, acho que há uma segurança maior para os nossos doentes nesse sentido também.

I - Já fazes triagem há muito tempo?

E9– Ah, rondará aqui os sete/oito anos, sim.

I - Olha e então, na realização da triagem, quais são os fatores que consideras que te dificultam ou facilitam, podemos aqui gerir as duas situações, quando estás a fazer triagem?

E9 – Pronto, isso influencia, alguns deles influenciam pela literacia dos nossos clientes, não é? Que cá recorrem ao serviço de urgência. Há uns que conhecem o que é o sistema triagem, compreendem o conceito dos tempos de espera, não é? Portanto, associado às prioridades que nós atribuímos, outros que nem por isso, não é? Vêm á espera de uma consulta que querem só que seja rápido, independentemente da... do problema que o traga cá. Logo, aquilo que podia ser uma triagem linear, rápida, para justificar uma prioridade verde por exemplo, muitas vezes leva-nos a perder mais tempo, mais para nós clarificarmos por que é que é verde, porque é que vai ter que esperar aproximadamente as 2 horas, em detrimento do que seria uma coisa... nós perdemos mais tempo a explicar porque é que vai esperar do que propriamente a triar esse cliente não é? Isso causa-nos sem dúvida um acúmulo dos próximos doentes que estão á espera para ser triados, não é? E acrescenta fator de stress porque não é expetável que a gente possa perder tanto tempo quanto isso ou investir tanto tempo quanto isso nessa explicação porque também não o temos. Será um bocadinho por aí.

Pronto, outros fatores que nos influenciam tem a ver também com o número de doentes que recorrem aqui ao serviço de urgência. Tamos a falar que quanto mais vierem, não é? Maior é o número de pessoas que nós vamos triar e o acúmulo do tempo de espera, a chegada de mais doentes, aumenta o stress na gestão do dia-a-dia de trabalho. Com isso nós, eu acho que aí também a experiência fala por si, tentamos gerir o que é a questão do circuito do serviço e vamos dividindo os doentes, não é? Pelas áreas, influenciando a questão da localização desses doentes. Só que isso cresce o problema de, da questão da pressão dos próprios colegas que vão receber esses doentes, ou dos médicos não é. Muitas das vezes nós temos os conflitos de doentes que são triados, por exemplo, com uma prioridade amarela porque enquadram-se na rigidez do que é o protocolo da triagem, mas pela nossa experiência achamos que devem ser salvaguardados e vamos localizá-los, não é? Numa área, possa ter uma monitorização com vigilância diferente ou com um colega diferente. Se calhar aqui uma versão de um caso mais simples e como exemplo, um doente que venha com uma retenção urinária em termos de prioridade de Triage de Manchester enquadrará no amarelo e nós antecipamos o circuito falando com o colega enfermeiro, por exemplo, no caso sendo a retenção, não é? Para algaliar mais cedo, quanto antes, e ele esperar pela questão. Vamos fazendo essa gestão, isso seria um bom princípio que nós temos, não é?

Mas temos outros conflitos que, se tivermos um doente com alterações analíticas importantes como baixa de hemoglobina ou uma alteração de potássio elevadíssimo, não é? Que só vem por alteração analítica, como prioridade será um não emergente, não é? E nós, se não tiver associado a sintomas, e nós vamos encaminhá-lo para uma área mais diferenciada que nos traz o conflito então com o médico porque acha que aquele doente na primeira observação ou na primeira impressão que ele tem, sendo verde, não seria.

I – Alguns médicos fazem alguma pressão ou...?

E9 – Fazem, fazem porque é assim: a localização da triagem e a disposição como ela está aqui no nosso serviço, torna-a uma área muito permeável, de fácil acesso e esses médicos recorrem muitas vezes lá, ao nosso posto de trabalho, precisamente para fazer essa reclamação e defenderem o seu ponto de vista, porque é que aquele doente não deveria ser para ali.

Não vou dizer que o enfermeiro que faz a triagem seja sempre perfeito, é óbvio que não é e então por princípio, por bom princípio, damos o benefício da dúvida e ouvimos a reclamação por parte do médico, não é? E vamos justificar as nossas ações e depois chegamos ali a um acordo, o que é o circuito desse doente. O problema associado a isso é, mais uma vez, ao ouvirmos essa reclamação acumulamos mais tempo de espera, não é? E eu acho que influencia muito o que é a gestão até porque nos próximos doentes que vamos triar já vamos ter em conta esse conflito prévio que já houve, não é? Com o médico ou com o colega, independentemente. Logo, naqueles doentes em que temos a dúvida, a triagem nesse aí é fantástico, por princípio ou por defeito diz que na dúvida protegemos o doente e atribuímos uma prioridade mais alta, não é? Mas a verdade é que naquele limite da dúvida da questão pode influenciar, sem dúvidas. A questão do médico...

I – Para não teres que o ouvir outra vez...

E9 - Para não teres que o ouvir outra vez. Acredito que isso também, haja alturas e determinados doentes que influencia, sem dúvida.

Temos mais questões. As questões do telefone, que está presente na triagem, que é um fator facilitador e um fator que complica a situação. No sentido de facilitar, como eu falei há bocadinho, de anteciparmos uma observação, não é? Ligamos ao colega e conseguimos acelerar algum processo, assim como quando temos clientes que, com doenças crónicas que habitualmente já são seguidos por algumas especialidades, nós por protocolo seguimos um atendimento com o clínico geral, estamos a falar por exemplo uma dor abdominal, será sempre um clínico geral mas se a doença crónica é uma gastrite crónica

ou por aí, que seja seguido em equipa da Gastro, não é? Nós fazemos o telefonema e tentamos antecipar o circuito, e nesse sentido tentamos ajudar. Só que aí também fazemos o contrário, não é? Ao ligar estamos a perder tempo, acumulamos mais doentes, nem sempre o médico do outro lado também é alguém recetivo e também não facilita e há discussão ao telefone se deve ou não deve esse doente ir para aí e isso prejudica. Assim como o contrário, quando nós tomamos uma posição na tomada de decisão, assumimos que aquele doente, o melhor circuito para ele passa por ali e não há esse aviso prévio ao médico que o vai receber, que não tinha que acontecer, mas que acontece aqui em algumas situações.

As chamadas constantes para triagem interrompem a triagem, não é? E a reclamação por parte de quem está a ligar influencia claro.

I – E desconcentra...

E9 – E desconcentra facilmente, facilmente. Para além de ser fator logo stressante só o estar a ouvir o telefone quando estamos a articular ou a explorar o que é a doença da pessoa que está a chegar, as queixas. Depois é o saber que é mais um problema para resolver, entretanto, não é? Tenho que acelerar este processo para resolver o próximo e também influencia.

Pronto, temos outro, agora recuando um bocadinho atrás, á questão da permeabilidade daqui da localização do nosso serviço é... o facto de termos uma serie de corredores, não é? Que mais pessoas ali passam, estamos a falar, por exemplo, de administrativos que têm que se deslocar ao serviço das áreas, das diferentes áreas que nós temos aí, das UDCs para resolver processos administrativos e depois passam por ali, muito próximo do que é a triagem, ainda que eles tendem a não interromper, mas acabam por passar ali, temos sempre aquele ruído de fundo que acontece algumas vezes.

E temos também o conflito de o segurança que temos a porta e o administrativo em si que ainda tem aquele espírito de ajuda, isso não há dúvida isso é bom, não é? Só quanto ao sentido de: eles não conseguem identificar um doente com enfarte que até está ali numa posição mais encolhida porque até está com dor, mas não sabe especificar, não é? E está sentado na sala de espera, mas identificam facilmente um doente que venha com uma ferida supraciliar, não é? Com uma toalha com sangue e na prática o que acaba por acontecer é, eles interrompem a triagem a dizer que temos ali um senhor que tem uma ferida e tem uma toalha cheia de sangue porque o sangue impressiona e vê-se, não é? No sentido de, vêm interromper, não é? Vêm ali, têm acesso é fácil, o enfermeiro é uma pessoa disponível, então é mais fácil falar com ele, não é? E tentam ultrapassar as pessoas que

estão lá fora que chegam por ordem de chegada, isso não há dúvida, mas que nos influenciam também, pressionam para atendermos mais cedo alguém que...

I – E há mais gente que passa pela triagem? A triagem é acesso a mais algumas coisas?

E9 - Estamos a falar também de bombeiros que vêm acompanhar doentes que umas vezes tem justificação para a interrupção porque efetivamente trazem casos como, vamos supor, uma via verde AVC e dá-se prioridade a esses, não é? Antecipamos essa abordagem. Mas outras vezes eles não têm bem a perceção dos doentes que têm, não é? Achar que já estão á espera há muito tempo na sala de espera lá de fora e vêm e interrompem, são mais uns dos que passam ali. Assim como auxiliares que vão tratar de processos administrativos de gestão de internamentos pra fora e por defeito a porta que está atrás da triagem normalmente está fechada e então o circuito que utilizam é o da frente e passam, localiza-se mesmo em frente aos nossos, ás nossas triagens, isso aí também influencia, enfim.

I – E as visitas para o serviço entram pela...

E9 – Pois, as visitas para o serviço, a entrada é feita pela, pela triagem também, pela entrada principal e a questão... até há uma boa gestão por parte do segurança, tenta indicá-los para o caminho certo, mas não deixa de ter que falar ali em nossa frente, interrompe aquilo que estamos a fazer. Ainda que haja horas específicas para as visitas, estamos a falar, por exemplo, dos intermédios, ele essas pessoas não as deixa entrar e depois entra um grupo de uma vez só. Para as UDCs, para o serviço de urgência, isso não acontece, ou seja, constantemente pessoas a entrar. E erros também na saída porque as pessoas, a nossa área de saída é localizada ao fundo da urgência e as pessoas como vêm ali uma porta de acesso que tentam a sair e voltam outra vez a passar ali na zona da triagem.

I – Mas é uma área muito aberta, de fácil acesso e facilmente interrompida?

E9 – Interrompida sim. Ainda que não haja ou possa não haver essa intenção, acaba por acontecer e nós temos que lidar com isso também.

Pronto, acho que como uma questão que é assim também facilitadora, por assim dizer é a experiência profissional. Também acho que já falamos um bocadinho.

I - Mas achas que, em que sentido, achas que com os anos a tomada de decisão na triagem é melhor, ou ele com a experiência e com a formação ou o contrário, achas que...

E9 – Não, eu acho que quantos, quantos mais anos de experiência e neste caso conto também a especialidade que será mais adequada aqui para o serviço de urgência, não é? A pessoa em situação crítica. Se a pessoa a tiver, ainda que não seja um requisito necessário para fazer triagem, mas associado a isso também com o facto de haver peritos ou não, também com alguma experiência, isso influencia muito no que é a tomada de decisão, sem dúvida.

Nós sabemos que os protocolos são rígidos, não é? A seleção, eles tentam englobar o máximo número de queixas, não é? Para direcionar, e termos aqui uma margem de segurança para a triagem, mas sem dúvida que este olho clínico, esta experiência clínica influencia diretamente e salvaguarda, na minha perspetiva salvaguarda a pessoa que temos ali à nossa frente. Nós, ainda que aparentemente ou hemodinamicamente, possa não incluir, não entrar nalgum dos critérios de seleção, nós achamos que aquele doente não vai estar bem ou porque há alguma coisa que suspeitamos na apresentação dele e vamos direcioná-lo para outras áreas, portanto a experiência sem dúvida que ajuda.

Assim como, na tentativa de gestão do conflito que falamos anteriormente também, a questão do médico, é uma tomada de posição baseada no conhecimento e na experiência que nós temos, assumimos isso e, bem fundamentada, e também encurtamos o tempo a discussão, não é? Portanto, aquilo é tabelado e para além de ser tabelado é uma boa decisão, portanto aí também acabamos com o conflito, tentamos que assim seja.

Pronto, acho que também devíamos falar aqui na questão das horas de que temos associadas às horas de trabalho à triagem, não é? Seguidas a triar, porque quanto mais doentes triarmos há aqui uma exaustão associada, não é? E quanto mais horas assim tivermos, não é? É expetável mais doentes vão acontecer, então aí...

I – A vossa experiência aqui é...

E9 – Temos, em plano, tabelado, cerca de 4 horas de triagem consecutiva em que depois, é planeada a troca desses elementos no circuito daqui de urgência. Isso sem dúvida nenhuma que é fundamental, ninguém consegue realizar tipo... se estivermos a falar de uma sexta feira à noite para uma segunda feira de manhã é completamente diferente a azáfama que temos na triagem, não é? Portanto isso aí, a necessidade da troca é importante. Sabermos que a afluência é maior durante o dia e aí há uma boa tabela de troca então, de 4 em 4 horas e durante a noite não há assim uma troca tão frequente como há durante o dia, não é? Mas também aí, com o número de elementos, ainda possa haver algum que desvia o padrão, algum dia que traga mais doentes consegue-se gerir um bocadinho por aí. Problema, ou melhor, vantagem é essa troca de 4 em 4 horas.

Há aqui um problema que é: um dos elementos que troca, que vem assumir o novo posto de triagem no período da tarde, nós temos isso então por 4 horas, não é? Logo a seguir ao almoço então, chega um novo colega para substituir ali no posto de triagem, mas ele vem de uma área onde há muitos doentes também, estamos a falar da UDC1, que sai daquele conflito de doentes acamados, um método de trabalho diferente como é obvio, mas também com muitas interrupções, com muitas solicitações por parte do enfermeiro, uma série de tarefas que tem que cumprir e que vem cansado já das primeiras 4 horas e chega á triagem já cansado ainda vamos a meio do dia. E sem dúvida nenhuma que esse elemento que chega, chega em desvantagem, sem dúvida nenhuma que chega em desvantagem ali á triagem. Logo, a exaustão ou tolerância para o que é as solicitações da triagem também já vai com uma disposição diferente, então isso influencia muito. Logo vai entrar naquele contexto dos familiares que se fazem acompanhar os nossos clientes ou dos próprios doentes em si, daquela discussão e violência verbal que muitas vezes acontece, não é? Porque a nossa tolerância eventualmente já pode estar mais reduzida, o nosso filtro também com o passar das horas também vai reduzindo, não é? As 12 horas de trabalho nesse aspeto pode ser uma desvantagem, não é? Quanto mais nos aproximamos para o final do turno, menor é o nosso filtro e depois a gestão de conflitos torna-se mais difícil. As pessoas já vêm com queixas não, e não estão preparadas para ter que vir esperar, vão discutir com aquela pessoa onde é que eles têm o único acesso porque na verdade eles depois de passarem da triagem, para a sala de espera, para o consultório médico, não é?

Muitas vezes o tempo de espera na triagem, estamos a falar que eles esperam depois de fazer ficha administrativa, esperam cinco minutos e entram na triagem e fazem, em cinco minutos conseguem ser triados e ir para a sala de espera e depois chegam á sala de espera para a consulta médica esperam uma hora, ou duas horas ou três horas, não é?

I – Explica-me só uma coisa. Os doentes vêm, tens alguma experiência de eles virem depois da triagem para trás discutir contigo?

E9 – Pois, precisamente, é nesse contexto que ia acrescentar, precisamente. Eles vão pra esse tempo de espera de duas horas em que não vêm, vamos supor que eles seriam um amarelo, o tempo esperado é que seja até uma hora, não é? E eles viriam ao final desse tempo, ainda não foi cumprida a observação da parte deles e vêm reclamar precisamente á triagem e aí entra em conflito com o enfermeiro, fácil não é, porque o sentido que não estavam á espera que fossem esperar aquele tempo todo, não é? Sendo que lhes é barrado o acesso para discutir com o médico porque é que estão à espera há tanto tempo, para além do que é exepetável, o acesso único que eles têm é regressar á triagem e vem o

conflito. Depois aí varia, mais uma vez com a experiência do colega que temos ali, não é? Para gerir o conflito, varia com o tempo que já ali estamos ou com o número de doentes que ainda temos que triar, não é? E isso, sem dúvida nenhuma que isso já nos... sem dúvida nenhuma que é mais um fator de stress, mais um fator de conflito. E é difícil aí a gestão, será um bocadinho por aí.

I - Temos a falar que, por exemplo, a capacidade de comunicação do enfermeiro da triagem também pode influenciar o exercício da função?

E9 – Sem dúvida, sem dúvida. E vem com a experiência, vem com o perito, vem com o número de conflitos que já teve que lidar naquele dia ou não e isso pode... claro que influencia.

I - Muito bem. Olha, identificarmos uma série de fatores, E9, e alguns até já falamos daquilo que podia ser melhorado. Mas queres enunciar algumas coisas que poderiam melhorar aqui no teu serviço, para melhorar a triagem.

E9 – Sim. Há um método já instituído, e bem instituído, é que nós recebemos mensalmente as auditorias á questão do que é a nossa triagem e isso é importante, nós recebermos esse relatório. No caso, o relatório em si só especifica o grau de conformidade ou não e nós depois é que temos que procurar o colega que fez auditoria e perceber onde, se houve algum erro de triagem ou alguma não conformidade, para ele nos clarificar. Acho que, havendo ou sendo mais frequente estas, ou melhor, devia-se pensar se calhar numa formação mais frequente para, de seleção desses pequenos erros ou dessas pequenas não conformidades e numa formação de serviço conseguir passar essa, esses erros como método de instrução, assim como, provavelmente uma recertificação do curso, do curso de triagem. No meu caso eu só, eu fiz o curso logo no início, não é? Ao final de 1-2 anos, já não tenho a certeza, e desde então até agora, o que mudou foi a minha experiência como profissional, mas já houveram até atualizações do que é a triagem, o sistema de triagem em si e era importante haver aqui uma recertificação para treinarmos, não é? Atualizarmos essa impressão.

I – E relativamente ao vosso posto de triagem, há alguma coisa que achavas que poderia mudar? Por exemplo, falaste aí de algumas questões estruturais...

E9 – Eu acho que nós podemos pensar eventualmente, por exemplo, definir um circuito diferente do que seriam os doentes que vêm em maca, por exemplo acompanhados com

equipas do pré-hospitalar, dos outros que vêm a pé, não é? Eu acho que aí também poderia ajudar a questão do circuito.

É assim, especialmente depois da localização, será difícil depois eventualmente mudar ali, eu não tou a ver porque eu acredito que os administrativos vão ter que continuar a passar por ali porque não tem outro circuito, não é? No caso, nós conseguiríamos barrar dali, de alguma forma pôr uma porta, mas não sei.

Agora, nós temos três postos de triagem em que dois tão, foram perfeitamente planeados ficarem naquela posição, mas um terceiro posto foi aberto á posteriori, não há, sobrepõe-se ali muito ao que é o posto 1 e o posto 3 de triagem que temos cá. Aquele posto 3 sobrepõe-se um bocadinho, não é? Temos ali as triagens a acontecer e há permeabilidade aqui da informação, das pessoas que estão ali a ouvir.

I – As questões da privacidade...

E9 – Estão comprometidas ali. Ou tentar, ou afastar ou localizá-la noutra sítio, mas também não vejo grande... não será fácil.

I – Mas achas que seria necessário, por exemplo, bloquear o acesso dos doentes para voltar á triagem, depois de triados?

E9 – É, eu acredito que isso da gestão de conflito era fácil e nós conseguíamos fazer isso, fazer esse bloqueio e haveria vantagens sem dúvida nenhuma. Eu fico preocupado se isso fosse rígido. Era aqueles que efetivamente têm necessidade de uma retriagem. E se lhes bloqueássemos o acesso corremos o risco, no sentido que á primeira apresentação desse doente que chega á triagem, entra nos critérios, por exemplo, dum amarelo, vai para a sala de espera, mas a situação efetivamente pode-se agravar naquele período em que ainda está á espera e nós precisamos... e a retriagem aí é uma vantagem, não é? Nós retriarmos esse doente e antecipar a observação dele. Se ele ficasse bloqueado, eu acredito que possa, corremos o risco, não é? Mas, para o grosso modo...

I – Nem têm ninguém a quem se dirigir a solicitar retriagem?

E9 – Pois, nós neste momento o que acontece? Eles encontram-se noutras áreas, sim. Supostamente eu, por padrão acontece, eles vão procurar o enfermeiro daquela área para que haja uma observação, mas o da triagem, lá está mais uma vez pela permeabilidade que tem o recurso também vem por ali. Eu sei, teria que ser um ponto a ser estudado, não

é? Também ver as vantagens e desvantagens por um período experimental e depois ver se realmente fazia a diferença.

I – Falaste de as visitas entrarem por ali.

E9 – Pois, isso aí é fácil, sem dúvida nenhuma que havia alternativas.

I – Achas que podia melhorar nesse aspeto?

E9 – Melhorava, melhorava sem dúvida nenhuma. Porque nós conseguimos fazer um outro acesso para as visitas, não é? Até com horários planeados também e deixávamos de ter aquelas interrupções, que no caso das visitas são constantes, também ali.

Acho que também, já falamos e que me lembrei agora, nesse seguimento, é a instrução dos outros demais profissionais que estão cá no hospital que também indiretamente estão envolvidos na triagem. Eu falei na questão do segurança, não é? Dar-lhe um bocadinho, tirar aquela impressão do que é ver sangue, do que é o restante. Mas também dos assistentes operacionais que nós temos cá, são outros elementos que também são fatores influenciadores de, incutem algum stress porque no caso, eles para eliminar a pressão da parte deles, não é, encaminham esses doentes que estão na sala de espera para a triagem para que haja uma retriagem. Eles sabem que isso é possível, haver essa retriagem não é, que muitas das vezes acontece porque há uma nova avaliação do profissional, não é? Com experiência e que justifica a retriagem, mas não é por defeito que se vai fazer só porque se está tempo á espera, não é? E são esses que barram a entrada do cliente ao médico, mas empurram depois para o enfermeiro da triagem para resolver o conflito. E então esses também precisavam de uma instrução de triagem, para perceberem que o circuito é para funcionar dessa forma e não todos que tenham que regressar para trás.

I – Muito bem. E9, depois disto tudo, da nossa entrevista, mais alguma coisa que queiras acrescentar?

E9 – Não, eu acho que consegui nomear aqui alguns que me preocupam, com os quais eu lido mais frequentemente, será por aí.

I – Olha, resta-me agradecer. Depois os resultados, assim que isso for defendido, tiver a tese terminada, será obviamente partilhada. Se precisares de acrescentar alguma coisa, estou sempre disponível, tens os meus contatos, está bem? Será fácil o acesso.

E9 – Muito obrigado

ENTREVISTA E10

I – Bom dia E10. Obrigada antes mais nada por aceites participar neste estudo. Olha, o tema desta tese é a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a realização da triagem e nesse aspeto eu estou a realizar entrevistas em dois hospitais daqui do Norte, a enfermeiros, para conhecer a perceção deles ou compreender os fatores que eles acham que influenciam. Eu pedia-te autorização para gravar esta entrevista.

E10 – Sim, podes gravar.

I - E, portanto, vamos começar, tá bem?

E10 – Ok.

I - O tempo previsto estará na volta dos 30 minutos para a realização desta entrevista, está bem?

E10 - Muito bem.

I – E10, tens mais de 40 anos?

E10 – Tenho, já vai a um tempinho.

I – Tens licenciatura e tens Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica?

E10 – E tenho uma pós-graduação em Sociologia da Saúde.

I - Muito bem. Trabalhas há mais de 20 anos no serviço de urgência?

E10 – Ah, deixa-me fazer contas.

I – Eu sei que tempo de serviço tens mais de 20 anos...

E10 – Não, não. Eu trabalho no serviço de urgência desde abril... desde agosto 2004, portanto faz 15 anos.

I - Muito bem. Olha E10, qual é a tua opinião sobre a utilização de sistemas de triagem nos serviços de urgência?

E10 – É assim, é fundamental. É fundamental o serviço de urgência ter sistemas de triagem para podermos atender o doente mais grave em primeiro lugar e depois o doente que pode esperar ficará para depois, é fundamental.

I - E relativamente ao sistema Triagem de Manchester. O que achas do sistema ou da sua utilização no serviço de urgência?

E10 – É assim, neste momento é o único sistema que está reconhecido. É um sistema que tem falhas, este segundo... a segunda versão do sistema já veio colmatar muitas falhas. É um sistema que não, embora não seja perfeito, é um sistema que vai ajudando a triar as prioridades. É esta segunda versão já melhorou alguns aspetos, já melhorou alguns aspetos.

I – Muito bem. E trabalhaste nesta urgência sem Triagem de Manchester?

E10 – Não. Trabalhei sempre com Triagem de Manchester.

I – Olha, e quais são os contributos que tu achas que a Triagem de Manchester dá, aqui na organização e no funcionamento do vosso serviço?

E10 – Contributos? É assim, a Triagem de Manchester, o grande contributo é este: é priorizar o atendimento. Teoricamente, priorizar o atendimento àquele doente que precisa primeiro ser visto. No resto, nem é bem Triagem de Manchester, é até mais circuito, depois nós definimos cá, mas a função da Triagem de Manchester é esta, é priorizar circuitos. Priorizar circuitos não, priorizar doentes com situações que potencialmente poderão ter em risco a vida.

I – Muito bem. Também fazes triagem, então?

E10 – Faço.

I – E relativamente, na tua opinião, relativamente à triagem, quais são os fatores que consideras que te dificultam a realização da triagem?

E10 – Ora bem, fatores há imensos, há imensos.

I - Podes enunciá-los?

E10 - É mesmo para durar 30 minutos, então? Começamos pelo sistema em si. O sistema em si tem algumas questões dúbias relativamente ao sistema e alguns, alguns algoritmos que lá tem poderá causar algumas dúvidas. Precisamos, na certa, de ter formações de atualização e discussão sobre temáticas, para todos triarmos de uma forma semelhante, que é uma coisa que é fundamental, que é importante.

I – Tás a dizer que devia haver formações sobre determinados fluxogramas, ou determinados discriminadores específicos?

E10 – Sim, sim, fazemos periodicamente, fazemos discussão, principalmente aqueles fluxogramas em que há uma dualidade de critérios muito grande na... pelos triadores.

I - E isso não existe cá?

E10 – Não, não. Desde que eu estou cá houve para aí duas ou três formações a dizer: principais erros. E foram formações de momento único, numa equipa tão grande como a nossa, essa formação tem que ser repetida e replicada várias vezes para chegar até lá e com mais periodicidade. Nós estamos, somos sujeitos a auditorias e temos auditorias que neste momento, com o sistema de auditorias atuais ou tens 100% ou tens 80%. Na certa era importante, era importante vincar bem estas formações e esta necessidade de discutirmos o que está a ser feito e o que está a ser menos bem feito.

I - Situações mais específicas, é isso?

E10 – Sim, sim. Principais falhas que os enfermeiros fazem na triagem.

I - Ainda sobre isto e relativamente ao curso, achas que o curso de base chega, devia haver recertificação ou acréscimo ao curso ou achas que é suficiente?

E10 - Já foi há tanto tempo que já não me consigo lembrar. Lembro-me perfeitamente que quando fiz o curso de base e depois comecei a fazer Triagem de Manchester, o curso não me preparou uma série de coisas, não há... fui chamado á atenção a uma série de coisas

que eu não fazia na triagem que o curso, que fui auditado a dizer que falhei, e que o curso não tinha dito que era obrigatório.

Seja como for, eu fiz o curso de triagem para aí em 2006/2007, nunca mais tive uma nova, um refresh desse curso. Não me parece, com formações em serviço que não existem, vá lá. Na certa teria lógica, como em diversas áreas, recertificar, sendo a Triagem de Manchester algo tão importante para a organização de um serviço como é.

I – Muito bem. E mais E10?

E10 – Pronto, este é o sistema, isto o sistema em si. Aqui, o que é que dificulta? Podemos falar pela estrutura física do, onde tem instalado o nosso sistema de Triagem de Manchester. O nosso sistema de triagem de Manchester está instalado num local em que tem cortinas, que não faz isolamento de som, não faz isolamento acústico do que se passa, toda a gente entra pelo sítio onde eu estou a triar.

I - Toda a gente, quem?

E10 - Toda a gente. Funcionários, doentes, visitas, toda a gente. É um circuito único, prejudica bastante. Ou estamos sempre a puxar cortinas e, se puxamos cortinas os doentes não sabem onde é que fica a triagem, que é uma coisa também fantástica, ficam sempre perdidos à procura onde é que é a triagem e não é pôr um cartaz a dizer triagem 1, triagem 2, que ensina as pessoas. Portanto, isto é um problema de longa data e as pessoas perdem-se, por isso eu estou sempre a puxar a cortina, pensam que não é ali. As pessoas estão a falar, estão constantemente a ser interrompidas porque é um local de passagem, passa por um lado entra toda a gente, porta de entrada da urgência é aquela e por outro lado o acesso à secretaria é por trás da triagem, portanto há sempre movimento. Por trás da triagem temos acesso à secretaria e temos sala de emergência. Quantas vezes eu estou a tentar ouvir o que os doentes dizem e não consigo porque tenho monitores a apitar alto e bom som atrás de mim.

Mais questões: a nossa dependência de que a secretaria imprima etiquetas e não a impressão automática de etiquetas quando nós fazemos triagem, prejudica-nos, atrasa-nos bastante a triagem, complica-nos a triagem.

I – Mas vocês usam ficha em papel?

E10 - Usamos ficha em papel e tem que ter etiquetas. E etiqueta não é quando tu trias. Se tens 20 doentes á espera, tens 4 etiquetas por doente, tens 80 etiquetas e tens de ter o

cuidado para não trocar as etiquetas, o que põe, não é. Não é a primeira nem a segunda vez que nós enganámo-nos porque em vez de cortar a etiqueta aqui cortamos mais acima. Obriga-nos a aumentar o nível de atenção, há o risco de erro e quando há uma sobrecarga grande de doentes à espera, aumenta o nosso nível de stress, aumenta o risco de erro. Continuando a estrutura física, estrutura física permite que haja um circuito inverso, que as pessoas que já foram triadas voltem á triagem a reclamar.

I - Mas permite porquê? O acesso é fácil?

E10 – É fácil, não é vedado e não há ninguém que controle esse acesso. Temos segurança do outro lado da porta, estamos dentro da urgência, qualquer pessoa consegue voltar para trás e ir reclamar pela triagem, e ir, que é uma coisa também muito comum acontecer isso.

I - Não vêm solicitar retriagem? Vêm reclamar?

E10 – Reclamar, pedem para retriar, tudo. Mas não tem lógica. Eu estou a triar, quantas vezes

estou a triar um doente e entram-me pela triagem adentro. Quantas vezes apanham com pessoas meias despidas e põe em causa a própria intimidade e privacidade do doente.

O facto de a triagem, do acesso à secretaria ser por trás da triagem, faz outra coisa fantástica que é: toda a gente, toda a gente da casa consegue aceder à triagem por trás. Portanto, estás a triar e estás, estão pessoas atrás de mim a ver o que eu estou a triar dos outros, que uma coisa que, que é horrível, é muito mau. Uma vez mais, a ausência de privacidade das pessoas perante estes doentes e é certo que a minha função é chamá-lhes á atenção, mas eu... é uma coisa constante.

I – Mas perde-se tempo, não é?

E10 – Perde-se tempo e é desagradável. É desagradável pareceres o mau da fita. Deixa ver, do ponto de vista de estrutura física...

I - São duas unidades de triagem?

E10 – Três, três unidades. Duas, a 1 e 2 estão separadas pelo muro e a terceira é em frente à 1. Portanto, estás a triar e tens apenas uma cortininha na 3, a triar à tua frente. Mas o acesso á triagem 1 passa pela triagem 3. E o doente que está na 1 para ser triado tem que passar pela triagem 3. Portanto, uma vez mais os doentes são bastante expostos

numa fase em que falamos tanto em privacidade de dados, proteger tantos os dados dos doentes, os dados sensíveis do doente e eu estou a ser triado no posto 3, quem está no posto 1 consegue saber aquilo que eu me queixar, não é? Também não pretendo contar a minha vida toda, mas a verdade é essa, é que não consigo ter a privacidade de ter, só estar a contar àquele profissional a minha maleita e é quem passa. E é uma zona de fácil acesso.

I – Está bem equipada a triagem? Tem tudo o necessário para fazer a Triagem?

E10 – A triagem está muito equipada, bem equipada... não tem suficiente. Tem muita coisa e na prática não tem assim tanta coisa. Do ponto de vista organizacional, se fosse eu a fazer faria de uma forma diferente, teria menos material, mas mais diverso. Máquina de glicemia capilar não temos 3, termómetro temos um, portanto isto atrasa-nos uma vez mais a triagem. Andamos sempre a pular de um lado para o outro à procura do termómetro e, às vezes, às vezes o que acontece é: há um enfermeiro que quer o termómetro, vê a temperatura aos três doentes que estão a ser triados, para resolver as coisas. Uma vez mais, a despersonalização. Estamos às vezes aqui a trabalhar como se fosse, como se fosse máquinas, como se tivesses aqui numa linha de montagem. De resto, o restante material de base vai tendo.

Agora há aqui alguns pontos que precisava melhorar. Podemos dizer que, por exemplo, demoramos anos a conseguir as fitas de cetonemia, triamos muito tempo sem fitas de cetonemia, que é uma coisa fundamental na... num dos fluxogramas.

I – Têm telefone também na triagem?

E10 - Temos telefone nos dois postos de triagem, não no terceiro que é o posto de triagem de recurso. O terceiro posto de triagem não tem também microfone para chamar, portanto tem que pedir sempre a alguém para chamar por ele, ou enquanto está a decorrer triagem num dos postos ir chamar também. O telefone na triagem é bom e é mau. Porquê? Porque o telefone na triagem, primeiro dá para muita gente telefonar para a triagem a reclamar da triagem que é uma coisa fantástica.

I – Mas reclamam muito?

E10 – Reclamam, reclamam.

I – Mas quem?

E10 - Principalmente especialidades, principalmente especialidades reclamam que não querem, que o doente não devia ter sido triado para eles. E isto porquê? porque a maior parte das especialidades exige que se telefone para elas para pedir autorização para triar, que é uma coisa...

I – E é o enfermeiro da triagem que tem que fazer isso?

E10 – É o enfermeiro da triagem que faz isto. Uma carta vinda de um... por outro, escrita por outro médico a pedir apoio de uma especialidade, chega á triagem, cai em saco roto. Tem que ser o enfermeiro da triagem a tomar a decisão. A primeira grande questão que coloco é, e já apresentei esse problema várias vezes, se eu legalmente posso fazer isso. Se um médico escreve que o senhor Manuel tem que ser visto por ortopedista, quem sou eu enfermeiro a dizer que afinal não vai ser visto por ortopedista. Do ponto de vista legal isto pode dar aqui um problema muito grande porque se aquele doente me quiser levar a tribunal vai-me perguntar porque é que não o triaste para ortopedista, se foi o médico que o mandou. A única coisa que podemos fugir é no nosso sistema de... o nosso circuito interno de sistema de referência de doentes.

I – Mas tendes protocolo?

E10 – Há zonas muito cinzentas, há zonas muito cinzentas no nosso protocolo. Há umas zonas bastante cinzentas e nós estamos constantemente a fazer telefonemas porque pode ser que sim, pode ser que não, depende da vontade e...

I – Portanto, se houver muito tempo de espera para triagem, mesmo assim vocês têm que telefonar aos especialistas?

E10 – Temos e era isso que eu te dizer a seguir. Somos obrigados a telefonar, às vezes a fazer o filme quase como se tivéssemos a pedir um favor. Não é favor nenhum, estamos a passar a informação transmitida e se tiveres uma hora de espera, fazes o mesmo, fazes o telefonema e às vezes tens que esperar: espera só um bocadinho. Às vezes temos 10 minutos para conseguir referenciar um doente. Na triagem é uma coisa...

I - Interfere muito?

E10 – Bastante. Principalmente quando somos auditados pelos tempos de triagem. Não funciona, não resulta, mas aí está, já nem diria que é propriamente... eu quando tirei o

curso da triagem ensinaram-me a triar, não me ensinaram a referenciar doentes, na triagem não tem de referenciar doente.

I – Nem a questão dos fluxos tem a ver diretamente com a triagem. Podem influenciá-la, não é?

E10 – Sim, mas a questão é: eu quando tirei o curso de triagem dizem: dás amarelo, dás verde, dás azul às pintinhas cor de rosa, não disseram: se fores isto vais para ali, se fores isto vais para ali, se vier isto... e temos depois uma panóplia de situações para resolver. E o enfermeiro que está na triagem às vezes precisa saber mais de todos os comunicados feitos, porque depois não são reunidos todos os comunicados feitos, como é que vai funcionar a referênciação de doentes, do que da triagem em si e isto ninguém monitoriza o que está a acontecer.

I - Estás a falar de questões administrativas. O enfermeiro tem que fazer, para além dos telefonemas, tem que fazer mais algumas coisas após a triagem?

E10 – O enfermeiro, associado à triagem podes-lhe colocar a identificação das vias verdes e temos junto á triagem documentação própria para cada Via Verde. Mas administrativamente falando, o grande trabalho é este, é ser telefonista, às vezes perdemos mais tempo a ser telefonista, andar atrás do doutor X, H e Y que mandou vir o doente e receber telefonemas de consulta A, B, C e D porque vou mandar um doente para o não sei quantos. Às vezes somos uma verdadeira telefonista.

I – E a identificação das fichas em papel que falaste, é feita pelo enfermeiro, com as etiquetas de identificação?

E10 - A identificação da ficha é feita pelo enfermeiro ou por um auxiliar, quando quer ajudar. A meu ver, não tem lógica ser o auxiliar porque o auxiliar não tem que estar dentro da triagem a ouvir o que o doente se está a queixar, que é uma coisa que me custa porque eu como doente, se venho com um problema que não quero transmitir a ninguém, quanto mais gente, quanto mais gente tiver pior, mas do ponto de vista... a identificação do processo, sim, é trabalho administrativo, como a colocação da pulseira, mas esse é um mal menor porque esse, ao menos eu enfermeiro estou a ver a etiqueta e estou a confirmar que é aquela pessoa.

Custa muito mais quando tem um auxiliar que está a fazer ao calhas e desorganiza-me e põe-me as fichas ao calhas. Aqui a solução partiria mesmo por: eu trio, imprimo e tenho a certeza que esta etiqueta é daquele doente.

I – Há uma auxiliar só para o posto de triagem?

E10 - Há uma auxiliar só para os postos de triagem. Não chega muitas vezes, em fase de grande afluxo não chega. E não chega porque é essa auxiliar que tem que levar os doentes para toda a ponta do hospital mediante a especialidade que for triado.

I – Mesmo para especialidades não presenciais?

E10 - Mesmo para especialidades que não estão na urgência. Tem que ser essa auxiliar a levar para outro lado.

I – Ficam sem auxiliar?

E10 – Fica com auxiliar que está adstrito á sala de emergência. Diremos que é o segundo elemento, que poderá estar ou não.

E já estou aqui a dar uma infundável... queixas da triagem.

O que eu te estava a dizer, falei-te da quantidade de pessoas que às vezes, interferem, que vêm pedir, não é a cunha, mas pedir uma atenção especial para a triagem e às vezes nós perdemo-nos, perdemo-nos no meio disto tudo porque estamos constantemente a ser chamados e requisitados por tudo e mais qualquer coisa. E às vezes tenho medo de estar a fazer uma asneira porque o nosso nível de atenção às vezes está completamente diminuído.

I -Olha, e ainda relativamente sobre isso. Vocês têm muita afluência de doentes?

E10 – Sim, às vezes temos uma hora de espera para triar.

I – Mas isso influencia em relação á vossa triagem, ou seja, o facto de terem pressão de triarem mais rapidamente, interfere ou influencia? O facto de, às vezes, não conseguir estar com a atenção devida ao doente?

E10 – A questão é: eu quando tenho uma hora de espera, nada me garante que o doente que eu estou a chamar é que é o doente grave. Pode ser que o doente que esteja com

enfarte e pode parar seja o doente que está há 1 hora à espera. Isso influencia obviamente porque, das duas uma, ou desligas esse nível preocupação e trias normalmente como se nada fosse e seja o que Deus quiser lá fora ou estás com... aflito para querer perceber o que é que tem lá fora.

I – Mas não tens hipótese de o saber?

E10 – Não. Tenho que rezar para que, se os bombeiros trazem, me informem que o doente está mal, tenho que rezar para que o porteiro olhe, tire a pinta e achar que aquele doente está mal, tenho que rezar para que o administrativo ao fazer ficha me venha alertar: olha, este doente fez ficha, mas a coisa não está boa. Não há outra forma de...

I – Mas pessoalmente, quando tens muitas fichas, tens a noção de que trias mais depressa ou à pressa?

E10 - Garantidamente quando tenho mais fichas tenho tendência a acelerar e perguntar menos coisas a uma série de doentes. Há doentes que não, há doentes, aquele doente que me preocupa, que consigo de certa forma ter algum sinal de... algum sinal de gravidade parar, mas há uma série de doentes que é muito rápido, é muito rápido. Eu ainda não consigo pôr de lado o facto de saber que tenho ali muita gente à espera e de que posso ter um deles mal. Acabo por acelerar a minha triagem.

I – E os doentes queixam-se, ou seja, por norma queixam-se bem ou há situações dúbias relativamente a...?

E10 - Isso agora, agora é mais complicado porque isso agora depende, é aquele circuito feedback que às vezes não temos na triagem. Os doentes às vezes são interrompidos, não gostam. Os doentes quando querem, querem falar, querem queixar-se e nós não lhes damos às vezes grandes hipóteses de poder contar muitas histórias porque temos pressa. Quando nos apercebemos que é um caso pouco urgente rapidamente tentamos despachar a pessoa para vir o caso urgente, para ver se conseguimos caçar o caso urgente.

I – Mas as queixas deles são sempre perceptíveis, ou há situações em que...?

E10 - É como eu te digo, a triagem tende a ser... a melhorar, mas não é perfeito, portanto, a triagem, o fazer Triagem de Manchester e cumprir os fluxogramas não chega, não chega.

E provavelmente dá para tirar um perfil dos triadores e perceber qual é o triador que despacha mais e até tria com mais cores, uns para um lado, outros para o outro, mediante o triador que está à frente, com o nível de confiança que o triador tem e o nível de Know How que este triador terá. Eu confesso que no meu caso, eu tenho uma tendência de ser muito, muito honesto, muito justo nas triagens e os doentes não gostam porque tenho tendência a esverdear muito. Mas aí está, porque o meu nível de confiança que eu tenho aqui na triagem é elevado.

I - Mas achas que tens esse nível de confiança porquê? Pelos anos, pela tua experiência?

E10 – Porque trabalho na urgência desde 2004 e antes disso não trabalhei 5-6 anos com doentes críticos, portanto.

I - E achas que isso...

E10 - Já me dá, já me dá uma bagagem.

I - Relativamente ao enfermeiro influencia a triagem, ou seja...?

E10 - Por completo, por completo. Pôr um enfermeiro recém-formado ou com pouca experiência na área do doente crítico na triagem, das duas uma, ou o enfermeiro tria tudo de laranja ou tudo muito rápido e acha que é tudo urgente e quem é que fica a perder? O verdadeiro urgente, ou escapa-lhe ao enfermeiro uma série de coisas que a triagem, por mais perfeita que queira ser, não consegue.

I – Mesmo tendo o curso de triagem?

E10 - Mesmo tendo o curso de triagem. O curso de Triagem de Manchester não, não nos treina o olho clínico e a verdade é que precisas de ter um clínico, um clínico com um C grande a fazer Triagem de Manchester. Não basta o curso de Enfermagem, não basta o curso de Triagem de Manchester, o Triagem de Manchester. É fundamental num serviço de urgência, quem está lá, saber, saber o que está a fazer e saber olhar para os doentes. Faz toda a diferença.

Fugimos, fugimos quase da temática.

I – Não, não. Estas questões do enfermeiro da triagem são...

E10 – Não, por acaso são fatores que influenciam, pronto. Porque da mesma forma te digo que a minha preocupação quando estou a triar, eu e tenho mais dois colegas a triar comigo, dois mais novos, acabo por estar a triar a 3. Estou a triar eu e tenho os outros mais novos a socorrerem-se de mim, sou um bocadinho camaleão, estar a olhar para os dois e felizmente comigo os colegas têm a abertura de me vir fazer as questões e vê-se bem as dificuldades que os colegas têm para a tomada de decisão porque têm noção que Triagem de Manchester é de uma responsabilidade enorme. O correr bem aquele turno pode ter muito a ver com a forma como os doentes foram triados e os colegas mais novos que têm essa noção têm um medo de triar porque têm a noção que eles próprios não estão preparados adequadamente para fazer triagem. Fazer triagem não é... não é cumprir o protocolo porque se fosse cumprir o protocolo era simples, era o administrativo, fazia questionários lá fora. Estava o questionário: ora muito bem, passo tic tic tic... está feito e vinha logo... e não é! Por isso é que é o enfermeiro a fazer triagem, é importante que seja um clínico com olho, a olhar para os doentes.

I - Por acaso só, só pede dois de...

E10 – Só. A meu ver não chega. A meu ver não chega 2 anos, 2 anos não chega, é preciso mais, é preciso mais. É preciso dois anos de urgência, se eu fizer dois anos de urgência num sítio onde trabalho como fábrica, são dois anos, o que é que sabes. Consigo trabalhar que nem uma fábrica. Porquê, dá-te olho para a triagem? Não, não dá olho para a triagem. Precisas de trabalhar com doente crítico, precisas de perceber que aquela série de sintomas que às vezes a triagem não te vê, aquele doente com mau ar que tu na triagem não consegues quantificar nem objetivar, um doente que vai evoluir muito provavelmente para aquilo e... sabes, eu, como sabes faço VMER e há uma frase que uma médica uma vez me disse, que diz tudo, que foi: um doente que fomos ver e a médica disse: pronto, o doente está bem, vamos lá. Eu parei, fiquei a olhar e disse á médica: o doente não tem bom ar e ela disse logo: quando vocês enfermeiros me dizem isso já sei que isto vai dar estrilho. E é isto que na Triagem de Manchester queres, às vezes mais do que cumprir o protocolo A, B, C e D ou o fluxograma X, Y, Z, decidir se dás dor 3 e vai para verde ou dor 4 e vai para amarelo é olhares para o doente e dizer: hum, objetivamente tu até não estás a dizer nada, mas eu vejo que algo não está bem em ti. E isto, a triagem não vai, nem sei se alguma vez vai conseguir criar-se um protocolo que consiga fazer isso. Por isso é que é importante a Triagem de Manchester ser feita por um clínico, e um clínico com experiência no doente crítico.

I – E há bocado falavas e queria-te perguntar se o doente com queixas assim mais inespecíficas, se não exigem realmente alguém que as saiba interpretar?

E10 – Sim, sim, acho que sim. A Triagem de Manchester, eu para mim a Triagem de Manchester é um puzzle. Tens uma peça, tens de ver onde é que ela encaixa, ou um sistema de Legos, vai encaixando e quando chega uma peça que não encaixa em lado nenhum? Tens muitos doentes que tem uma peça, em que a queixa. Ah, tenho aqui os fluxogramas todos, não sei onde é que vai encaixar. Aqui, aqui vai um bocadinho a arte do artista, ou seja, precisas de um artista com boa mão para fazer a arte correta que ali é preciso. A verdade é essa, e cada vez mais tens uma panóplia de doentes que, polimedicados com uma série de coisas, que não consegues encaixar em nenhum momento da... em nenhum fluxograma como deve ser. Não encaixa bem aqui, não encaixa bem aqui, isso aqui até encaixa, mas isto não pede o sinal vital que eu preciso colocar para dar, priorizar este doente e é a tal coisa, eu tenho que pegar no pincel certo.

I – O protocolo é muito rígido, não é?

E10 - O protocolo é muito rígido e por vezes limitativo. Principalmente tu como, quando no meio daquela escreves 4 queixas, tu não podes pôr o fluxograma para a queixa inespecífica, tens que escolher uma dessas quatro queixas, poder encaixar. Então, às vezes, estás ali a olhar e a pensar qual é a queixa das quatro tu fizeste que melhor encaixe, que melhor enquadra para a triagem que te quero fazer. Isto aqui às vezes é um trabalho de artista. Não é, não é o curso de triagem que te ensina a fazer isto.

I - Já alguma vez foste, em alguma situação, vítima de violência da parte dos doentes ou da família?

E10 – Física, na triagem não. Acho que o facto de ser homem barbudo ajuda. Já tentaram, psicológica, ameaças verbais, sim. Física, fui um dos agraciados que ainda não. Mas verbal, ameaças, não é...

I – Pessoalmente, influencia-te de alguma forma ou não te sentes minimamente...

E10 - Eu gostava de dizer que não, mas a verdade, a verdade é quando tens, sem querer ser xenófobo, um cigano que diz que te faz uma esperinha lá fora e tens lá fora mais 20 ciganos, só se fores o campeão é que não vais... não te vais sentir limitado. A tua vontade é os próximos ciganos todos que vierem, vou triar com uma prioridade máxima para os

despachar. Isso é mais uma forma fantástica de enviesar a coisa porque polícia tê-la aqui, não tens. Tens, vou dizer que tens cá seguranças, não! Tens aqui agentes de vigilância, vigilantes, não tens seguranças, tens vigilantes, portanto tu não tens aqui um, não tens aqui uma forma legal de te sentires mais protegido. Tens à noite um polícia ali a passear de um lado para o outro lá fora, mas tu sabes, na certa, sentir-te aqui mais seguro.

I – Decidir sem pressão.

E10 – Um posto, e se houver problemas está ali o oficial.

Outra pressão, ainda não falamos é o facto, também influencia, uma vez mais gostava de dizer que não influencia, mas influencia, é saber como é que tenho o circuito lá dentro. Quais são os serviços que estão encanizados. A área laranja, a área amarela, a área verde, depois a área cirúrgica, a área de trauma, as especialidades X, A, B. Quando quem está na triagem sabe que aquele circuito está bloqueado, temos tendência a querer desviar o doente que devia ir para aquele circuito, para outro, para não encravar mais.

I – E isso implica às vezes alterar a prioridade da triagem?

E10 - Uma vez ou outra, sim. Eu evito ao máximo, mas tu acabas por alterar porque se dás amarelo a um doente e o doente ao final de 3 horas ainda não foi visto, provavelmente esse doente passou a laranja. Se dás verde a um doente e o doente está há 10 horas à espera, entretanto já fez a febre, já está com uma febre que obriga a priorizar, a repriorizar a situação.

Portanto, às vezes, sentes quase... tens aquelas cores intermédias da triagem que é o amarelo alaranjado, que dás amarelo, mas sabes que a qualquer momento aquilo pode piorar ou fazes exatamente o contrário, todos os amarelos alaranjados dás laranja, encanizas os laranjas todos.

I – Mas é nesses que estás a dizer que, a forma como está o serviço naquele momento em termos de volume de trabalho, pode ajudar a decidir?

E10 – Vai, vai ajudar. Sabendo muito bem o facto de todas as vias verdes terem de ir para a UDC2. Eu questiono-me se nós triamos todos os doentes com via verde como deveríamos questionar porque sabemos que vamos, vamos completamente bloquear aquilo. Por mais que eu diga que não, influencia o facto de saber que aquelas áreas estão assim, influencia, influencia o facto de dizer a um doente que estou a triá-lo e que ele tem pelo menos 5-6 horas de espera pela frente. Eu faço, eu faço isso. Influencia porque depois

toda a gente dói-lhe não é, o que é meu dói-me mais que o dos outros. Eu até reconheço que não é urgente, mas não urgente para esperar 2-3 horas, não urgente para esperar meio-dia aqui á espera e nós não somos máquinas.

I - Olha E10, muito bem. Relativamente à triagem também, eu estava a perguntar aos colegas o que é que poderia ser mudado relativamente ao protocolo da Triagem de Manchester, ou seja, alguma sugestão que possa melhorar, pela tua prática. Já falaste de uma ou outra coisa, principalmente a rigidez do protocolo, aquelas áreas dúbias em que não tens fluxograma que assente...

E10 – Pronto, para o protocolo em si, não me estás a perguntar, não esses circuitos todos? Para o protocolo em si, nós temos que encontrar uma forma de conseguir objetivar, sistematizar o olhar clínico. E a Triagem de Manchester pode pretender fazer isto, mas ainda não conseguiu. Tu tens um bom exemplo que, na pediatria tens o triângulo de avaliação pediátrica que tenta sistematizar o olhar para a criança e ver o ar da criança. Vi que realmente na... essa segunda versão da triagem foi buscar algumas coisas que os enfermeiros já faziam, por exemplo, o facto de o doente ser hipocoagulado. A primeira versão da triagem não valorizava, não valorizava isso. O certo é que qualquer enfermeiro, qualquer não, qualquer enfermeiro com olhar clínico ou qualquer enfermeiro com experiência no doente crítico, a todo o doente que caía ou tinha alguma coisa hemorrágica perguntava: faz comprimidinhos para pôr o sangue mais fino? Portanto, os enfermeiros procuram, sempre procuraram para lá da Triagem de Manchester e a Triagem de Manchester precisa evoluir para isso, precisa evoluir para conseguir oficializar o olhar clínico do doente. E pronto, é isto, é aquilo que eu te estava a dizer, olhar este doente não tem bom ar, este doente não tem bom aspeto, nós temos que valorizar de alguma forma isso. Aliás, o facto de haver triagem, o facto de haver vias verdes, o facto de existir vias verdes, o facto de o Ministério da Saúde assumir que, primeiro a triagem não está a ser devidamente eficaz, segundo a urgência não está a ser eficaz a atender estes doentes potencialmente prioritários. Porque se cria uma Via Verde, quer dizer que há doentes que dentro da triagem conseguem escapar á rede que a triagem é.

I - Vocês têm aqueles protocolos para pedidos de exames na triagem?

E10 – Temos. Temos, neste momento o único exame que funciona é o ECG. Teoricamente já deveríamos pedir raio-x e gasimetria, teoricamente.

I – Para a Via Verde Sépsis.

E10 - Para a Via Verde Sepsis, sim. E para os monotraumas não funciona. Não, não funciona, e isto, uma vez mais, está mais que discutido, está mais do que aceite que é assim que tem que ser. A prática, nós pedimos ECG e o que está combinado inclusive é, quando tenho uma Via Verde Sepsis peço um ECG para pôr a técnica de eletrocardiografia ao pé do doente. Depois há-de fazer a gasimetria e o médico a pedi-la.

I - Muito bem.

E10 – Não sei se fui de encontro...

I – Sim, estamos aqui na parte final. Não sei se há mais algum aspeto que ainda queiras acrescentar relativamente... porque misturamos aqui os aspetos que influenciam negativamente e positivamente.

E10 – Tu para leres, para tirar aqui texto não vai ser fácil, mas isso é um defeito meu.

I – Mas isso tem aqui já uma série de coisas, já. Trabalho muito bom.

Há alguma coisa mais que te lembres antes de terminarmos aqui a entrevista?

E10 - Estou aqui a correr as coisas todas. Eu penso que os principais pontos que seria importante falar na triagem estão aqui. Aquele aspeto que eu te disse, de eu estar com canalha mais nova, com elementos mais novos, na certa era uma coisa que também faria falta. Já que são os 2 anos para fazer triagem, nunca deixar um elemento sozinho com essa idade numa triagem.

Éh pá, não é justo para esse elemento nem é justo para os doentes. O doente não tem culpa.

Nós demoramos anos a atingir níveis de estadio de desenvolvimento elevados. Pessoalmente, eu acho que a Triagem de Manchester tem um nível de importância em que só devia ter enfermeiros dos últimos escalões de desenvolvimento, se quiseres usar os princípios da Benner, só os dois últimos escalões do... já não digo só o expert total, mas só os dois últimos escalões da Patricia Benner é que deviam estar na triagem. Triagem é uma coisa importante, triagem é fundamental para o bom funcionamento da urgência e triagem é mesmo para a Enfermagem dar uma visibilidade muito grande e não é à toa que, volta e meia, os enfermeiros sofrem ataques a dizer que não deviam fazer triagem. A forma de nós mantermos esta afirmação de que nós somos fundamentais para a triagem, não é pôr malta sem experiência.

Experiência ganha-se, não tenho nada contra os colegas novos, mas eu sou o primeiro a dizer que ainda bem que só comecei a fazer a triagem já trabalhava há 5-6 anos com doente crítico.

Deu-me uma... uma bagagem, eu comecei a fazer triagem já como um enfermeiro, posso não ser um expert máximo, mas já com o nível de proficiência elevada para o doente crítico. Eu comecei a fazer triagem com um olho que a maior parte dos enfermeiros atualmente não fazem e que nem atualmente o serviço urgência conseguem preparar devidamente esses profissionais. E o que acontece? É o que se vê aqui é... depois tens sempre aquele doente que triaste mal, que devias ter dado uma cor, um laranja e deste um verde, que te parou na sala de espera e a partir desse momento toda a tua forma de triar vais estar voltada para aquele momento.

I – O medo...

E10 – Pelo medo. E isso acontece, e uma coisa é dizer, chegar á tua beira, olha triaste e afinal o doente fez isto. Pá, acontece. Outra coisa é dizer, eu falhei, falhei porque eu não sabia olhar, eu não soube ver os sinais que estavam lá, e a partir do momento toda a minha forma de triar vai ser condicionada e tão cedo não vou conseguir triar de uma forma tão isenta quanto isso.

É aquela, aquele doente com aquela queixa para mim podem ser todos graves.

I - Muito bem E10. Muito obrigado. Damos por terminada a entrevista. Depois os dados serão transmitidos, com certeza, á instituição e ao serviço. Obrigado mais uma vez.