

The Effectiveness of the Triage System in Emergency Services: A qualitative study

A Eficácia do Sistema de Triagem nos Serviços de Urgência Um estudo qualitativo

Maria Nascimento Cunha

Instituto Superior de Educação e Ciências (ISEC Lisboa)

Membro do conselho científico do CIAC – Centro de Investigação de Artes e Comunicação

Gonçalo Ladeiro

Universidade Lusíada Porto

Abstract: Triage is the first contact between the user and the Emergency Service (SU), thus being a crucial process in terms of management. This must be carried out in the most effective way possible, so that we can better manage the available resources, giving priority to those most in need.

Increasingly, the number of users exceeds the available response capacity, whether due to infrastructure, human resources and/or material resources. These resources are available based on screening, through which management strategies are implemented in order to minimize the risk of those in need of care.

This investigation is based on the discovery of the effectiveness of triage systems in the Emergency Services, mainly the Manchester Triage System, which is currently the Triage System in force in most of Europe, including Portugal. Comparison studies are carried out with other Screening Systems in order to verify their value, effectiveness and safety.

As such, the qualitative analysis was based on research, through interviews with health professionals who work in mainland and island Portugal. The objective is to compare the various testimonies of health professionals and to understand to what extent their conclusions corroborate what the authors present in the literature review refer to, in order to understand whether this study contributes to the validation of the triage system implemented in national hospital.

It was concluded that the Triage System is valid and useful; however, it is necessary to carry out some updates over time in the management of the service, in order to increase its effectiveness and agreement.

Keywords: Management; Screening; Emergency medical services; efficiency; prioritization.

Resumo: A triagem é o primeiro contacto entre o utente e o Serviço de Urgência (SU), sendo desta forma um processo crucial no que toca à gestão. Esta deve ser realizada da forma mais eficaz possível, de maneira a conseguirmos gerir melhor os recursos disponíveis, dando prioridade àqueles que mais necessitam.

Cada vez mais, o número de utentes ultrapassa a capacidade de resposta disponível, seja pelas infraestruturas, recursos humanos e/ou recursos materiais. Estes recursos são dispostos a partir da triagem, sendo através deles que se implementam estratégias de gestão de maneira a minimizar o risco dos que necessitam de cuidados.

Esta investigação tem como base a descoberta da eficácia dos sistemas de triagem nos Serviços de Urgência, principalmente do Sistema de Triagem de Manchester, que é atualmente o Sistema de Triagem em vigor na maioria da Europa, incluindo Portugal. São realizados estudos de comparação com outros Sistemas de Triagem de maneira a verificar o seu valor, eficácia e segurança.

Como tal, obteve como base de investigação a análise qualitativa, através da realização de entrevistas a profissionais de saúde que exercem a sua atividade em Portugal Continental e Insular. O objetivo é comparar os vários depoimentos dos profissionais de saúde e perceber até que ponto as suas conclusões corroboram com o que os autores presentes na revisão de literatura referem, de forma a perceber se esse estudo contribui para a validação do sistema de triagem implementado nos hospitais nacionais.

Concluiu-se que o Sistema de Triagem é válido e útil, sendo, no entanto, necessário realizar algumas atualizações ao longo do tempo na gestão do serviço, de maneira a aumentar a sua eficácia e concordância.

Keywords: Gestão; Triagem; Serviços médicos de Urgência; eficácia; priorização.

Uma breve Introdução aos Sistemas de Triage

A gestão realizada através dos Sistemas de Triage é algo que suscita questões diversas, tanto aos profissionais de saúde como aos utentes. É, por isso mesmo, um tema cada vez mais pertinente.

Os Serviços de Urgência em Portugal prestam cuidados a milhões de indivíduos por ano. As constantes alterações no atendimento são inúmeras e dependem da natureza de cuidados. A mudança é, portanto, uma constante no campo da medicina e estas mudanças são cada vez mais rápidas e complexas (McBrien, 2009).

A triagem nos Serviços de Urgência é o ponto de início do processo de prestação de cuidados de saúde (Goransson et al., 2005), devendo ser um processo metuculoso e exigente realizado por profissionais preparados para tal.

O Sistema de Triage é um processo a utilizar com todos os utentes que se apresentam no Serviço de Urgência de modo a determinar a gravidade do quadro clínico. O objetivo primário da triagem é, por isso mesmo, dispor o utente no local correto, de modo a mais facilmente receber o nível adequado de cuidados necessários, facilitando a afetação dos recursos adequados à satisfação das necessidades do utente em termos médicos.

Em Portugal, o sistema mais utilizado é o Sistema Triage de Manchester. Este método consiste na identificação da real situação do utente, seguindo um fluxograma de decisões à medida que se vão realizando questões diversas. A utilização deste sistema classifica o utente numa escala de 5 categorias identificadas através de um número, nome, cor e tempo previsível para se dar a observação médica inicial (Silva, 2009).

O Sistema de Triage de Manchester

Desde a sua implementação, vários investigadores têm demonstrado que o STM é um instrumento sensível, confiável e amplamente validado, incluindo utentes em idade pediátrica (Silva, 2009). Segundo Azeredo et al. (2014), os investigadores que avaliaram o STM relatam que, além de dar prioridade aos cuidados dos utentes, foi capaz de prever a evolução dos utentes durante sua estadia na instituição. Também Martins, Cuña e Freitas (2009) relatam na sua investigação que o STM é um instrumento preponderante para distinguir utentes com alto risco de vida e com baixo risco de vida, bem como, para distinguir quais os utentes que permanecerão no hospital pelo menos vinte e quatro horas antes de terem alta. Numa revisão sistemática da literatura efetuada por Azeredo et al. (2014) sobre a eficácia do STM, os investigadores concluíram que apenas duas das vinte e duas investigações analisadas apresentaram resultados desfavoráveis à aplicação do STM (Bittencourt e Hortale, 2009; Jiménez, 2003; Gilboy et al, 2009)

Em relação ao STM, os autores apresentam um número de vantagens para a sua utilização:

- ✎ Internacionalmente reconhecido;
- ✎ confiável e avaliado profissionalmente;
- ✎ tem sido adotado com sucesso em diferentes sistemas de saúde;
- ✎ sustenta o conceito de auditoria individual sobre as triagens realizadas pelos profissionais de triagem;
- ✎ oferece roteiro sistemático e lógico para a tomada de decisão e disponibiliza um pacote dedicado de formação em triagem.

Os autores afirmam ainda que o conceito pode ser expandido para outros Serviços de Urgência com características diferentes (Beveridge et al, 1999; Cronin, 2003; Dann Mackway-Jones, 2005; Lyon & Mackway-Jones, 2005; Mackway-Jones et al, 2006; Schellein et al, 2009).

O Sistema Triage de Manchester está implementado, para além do Reino Unido, em quase toda a Europa. Em Portugal, encontra-se em funcionamento desde 2000, por intermédio do Grupo Português de Triage (GTP), com aprovação do Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros.

A versão original de 1997 foi modificada, sendo publicada uma nova edição de 2006. Essas alterações consistem no aumento dos discriminadores de cento e oitenta e seis para cento e noventa e cinco, como, por exemplo, inclusão de regras de auditoria, triagem telefónica e dor pediátrica. O fluxograma é composto por discriminadores gerais e específicos, sendo estes sinais ou sintomas que fazem discriminação entre as prioridades possíveis. Os discriminadores gerais são aplicados em todos os doentes, independentemente da sua condição, sendo principais nos fluxogramas, como a temperatura, grau de consciência, dor, hemorragia, entre outros. Os discriminadores mais específicos aplicam-se em utentes com condições mais particulares. (Jiménez, 2003; Gilboy et al, 2009; Bittencourt e Hortale, 2009).

O processo de triagem é iniciado com a apresentação da queixa do utente, direcionando-o, desta forma, para um fluxograma específico. De seguida, são-lhe colocadas questões relativas aos discriminadores do fluxograma em questão, obtendo o seu prognóstico, chegando, assim, à prioridade clínica. Esta é realizada tendo em conta as informações do utente, sendo ele alocado numa das cinco categorias de risco com a cor

correspondente e o tempo que terá de esperar. A categoria azul que corresponde a não urgente poderá ser afetada por fatores externos como a disponibilidade da equipa. A triagem terminaria com o registo dos dados, encaminhando o utente para a respetiva área de atendimento ou espera, mas como é um processo dinâmico, poderá ser necessário uma reavaliação do utente durante a espera. Desta forma, a área de espera deverá ser considerada uma área clínica (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

Cada SU deve desenvolver os seus próprios meios para lidar com a composição das equipas médicas, existência de muitos utentes graves e sobrelotação, pois estes acontecimentos podem aumentar os tempos de espera e a insatisfação dos utentes (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

Um parâmetro importante do STM é a avaliação da dor, sendo este difícil, por compreender aspetos complexos e subjetivos, envolvendo o utente, assim como o enfermeiro de triagem. A escala da dor é numérica, em que zero corresponde a não haver dor e dez

corresponde há pior dor. Nos utentes adultos é realizada a pergunta normal para saber quão grave é a dor, já em pediatria foi criado uma versão com imagens do ursinho panda, para ser utilizada em crianças menores (Leaman 2003; Mackway-Jones & Windle, 2003; Hughes, 2006; Considine et al, 2008). Desta forma, a escala de Manchester pode ser utilizada para avaliação da dor em crianças que se dirijam aos SU.

Uma das condições para utilizar o STM é a avaliação do processo de classificação de risco a partir da auditoria, em que dois profissionais treinados e formados avaliam as fichas de classificação obtidas por amostragem do total de utentes triados pelos profissionais. São identificadas as triagens classificatórias incorretas e/ou incompletas. Os resultados são analisados e comparados. Espera-se o máximo de 5% de triagens incorretas e incompletas e concordância de 95% entre avaliadores (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

Foi realizada uma investigação tendo como base as diferenças entre o enfermeiro e o médico na função de triagem. Verificou-se que o médico, devido à sua prática ser mais voltada para a obtenção de um diagnóstico, transforma a triagem numa consulta. A enfermeira, por sua vez, é mais disciplinada e consegue manter uma taxa de precisão acima de 95% (Cecílio; 2007; Wulp et al, 2008; Versloot et al, 2009).

De acordo com Choi, Wong, Lau (2006), foi realizada uma investigação que descreve a implementação de três profissionais de saúde na triagem. Este trio é composto por um médico experiente, um enfermeiro e um assistente. Esta equipa trabalha de forma conjunta e simultânea na triagem. O enfermeiro realiza a triagem como é habitual, o médico avalia e trata o utente e o assistente encarrega-se do encaminhamento do mesmo nos SU. Esta investigação foi realizada durante oito horas ao longo de sete dias num SU. Os resultados obtidos foram comparados com uma triagem somente composta por um enfermeiro de triagem. Chegou-se à conclusão de que houve melhorias nos tempos de espera e do atendimento médico nas categorias quatro e cinco e poucas melhorias no tempo de finalização de atendimento médico. No entanto, não houve melhorias no tempo de espera nos utentes nas categorias dois e três. Este processo demonstrou um alto nível de tensão e desgaste da equipa médica, podendo ocorrer um maior número de erros (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

Em 2003, foi publicado um debate sobre a pertinência da existência da categoria azul, correspondente aos utentes não urgentes, questionando o processo de triagem, especialmente do STM, referindo que este foi introduzido com pouca avaliação, recomendando que essa categoria seja abandonada, uma vez que estes utentes não são adequados para o SU, podendo ser reencaminhados para os cuidados de saúde primários, sendo estes serviços de menor complexidade. As equipas experientes e prontas para atender casos mais graves não deveriam ocupar o seu tempo com este tipo de utentes (Leaman, 2003). Esta investigação chama a atenção dos longos tempos de espera para este nível de prioridade. Nestes casos, não seria necessária a realização da triagem, mas sim a utilização de profissionais de enfermagem bem treinados para completar muito tratamentos simples, indicando o modelo "*See and Treat*" (ver e tratar) como alternativa para obter melhores resultados (Considine, Kropman, Winter, 2008).

A triagem foi o primeiro sistema formalizado de gestão de risco clínico, projetada para assegurar que sempre que a procura superar os recursos existentes, estes devem ser direcionados para os utentes com maior necessidade clínica. Nesse sentido, o problema não é a triagem ou o sistema utilizado para decisão clínica, mas a falta de recursos disponíveis para o atendimento a toda a procura (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

Outro ponto importante referir será o tempo de espera para a realização da triagem. Muitos serviços demonstram ter tempos superiores a quarenta minutos, o que pode ser perigoso. Estes atrasos não deverão acontecer, porque ninguém tem conhecimento do utente até o mesmo realizar a triagem. A classificação de risco só será dispensável quando os recursos disponíveis corresponderem à procura, algo que é impossível de acontecer nos dias de hoje. Haverá sempre desequilíbrio entre a oferta e a capacidade de resposta à necessidade da população, sendo, desta forma, necessário adotar novas medidas de organização nos cuidados de saúde. (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

O tempo de espera poderá ser utilizado como um marcador de qualidade e infraestrutura disponível (Hughes, 2006), preconizando que nunca se deve perder a segurança e o rigor que a triagem oferece, tanto para os utentes, como para os profissionais de saúde (Schellein et al. 2009).

Uma investigação foi realizada ao Centro Tratamento Intensivo (CTI). O primeiro analisou noventa e um utentes internados procedentes do SU; 67% dos utentes foram admitidos nos CTI, classificados com prioridades elevadas (vermelho e laranja); dezoito utentes foram mal triados e seis utentes foram triados corretamente, mas pioraram após a chegada. Um utente crítico foi triado com o nível de prioridade três, correspondente à pulseira amarela (Cooke, Jinks, 1999). A investigação concluiu que o Sistema Triagem de Manchester é uma ferramenta sensível para detetar utentes que necessitam de terapia intensiva, falhando também na deteção de utentes que pioraram a sua condição clínica após a chegada ao SU. É necessário realizar uma formação para enfermeiros de triagem de maneira a ser possível aumentar a sensibilidade (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

Outra fonte de investigação foi a dor torácica. Esta avaliou os utentes com dor torácica no SU, submetidos à triagem do STM. Utilizando o STM, os enfermeiros de triagem demonstraram habilidade para reconhecer os utentes com esta tipologia, sendo realizado um Eletrocardiograma (ECG) e uma avaliação médica em dez minutos, demonstrando uma sensibilidade de 86,8% e uma especificidade de 72,4%. Entre os catorze enfermeiros presentes no estudo, treze acham que precisam de mais formação, o que poderá ser um fator determinante para melhorar a sensibilidade, sendo que o resultado encontrado já se encontra positivo (Speake, Teece, Mackway-Jones, 2003).

De acordo com Trigo et al., (2008), em Portugal foi investigada a capacidade do STM em classificar utentes com síndrome coronariana. Foram avaliados duzentos e setenta e oito utentes com elevação do segmento ST no infarto agudo do miocárdio; 79% dos utentes foram classificados como urgentes e muito urgentes, enquanto, 21% foram classificados como urgentes. O número de utentes triados com prioridade urgente foi demasiado alto, podendo estar relacionado tanto a erros de triagem, como a falhas do STM, por não ser possível incorporar a variabilidade e de este não incluir a realização de ECG como discriminador no fluxograma da dor torácica. A incorreta classificação destes utentes pelo Sistema Triagem de Manchester, resultou num aumento dos tempos de espera, limitando a possibilidade de acesso às terapias necessárias.

Uma investigação foi realizada analisando a implementação do STM numa unidade de saúde de urgência pediátrica no Reino Unido. Os tempos de espera para utentes classificados com prioridade emergente foi de 1,3 minutos, muito urgente 30 minutos, urgente 37,9 minutos e pouco urgente 37,6 minutos. A auditoria proporcionou informações de maneira a ser possível melhorar e ampliar a prática do enfermeiro, ajudando também a definir os protocolos de cuidados antes da avaliação médica. Concluiu-se que o STM é adequado para ser utilizado na unidade de Pediatria (Scoble, 2004).

Na Holanda, foram realizadas duas investigações. A primeira testa a validade do STM correlacionando as categorias da urgência com a informação de sinais vitais, utilização de recursos, referência pré-definida e hospitalização para urgência verdadeira. A sensibilidade obtida foi de 63% para os casos muito urgentes e emergentes, com obtenção de 15% de triagem subestimada. A percentagem de internamento para utentes emergentes foi de 53,5%, muito urgentes 28,6%, urgentes 16,2%, pouco urgentes 6% e não urgentes 0,9%. A especificidade obtida foi de 78% e uma triagem superestimada de 40% nas categorias dois e três. Esta investigação concluiu que o STM necessita de sofrer modificações para aumentar a especificidade (Roukema et al., 2006).

A segunda investigação avalia o uso do STM no SU pediátrico. A sensibilidade foi também de 63% e a especificidade de 79%. No entanto, o Sistema Triagem de Manchester mostrou ser menos sensível em crianças com zero a três meses de idade. A triagem foi subestimada em 12% e superestimada em 54% dos utentes. A investigação concluiu que a validade é moderada, sendo necessário realizar investigações a fluxogramas específicos para os quais o STM demonstra baixa validade. Apesar de falhar neste aspeto, a triagem superestimada é superior à subestimada, o que proporciona segurança (Van Veen et al., 2008).

De acordo com Van Veen et al., (2009), foi possível avaliar alguns dos Sistemas de Triagem mais utilizados na urgência pediátrica. Este pode concluir que o STM obteve boa confiabilidade, o ESI moderada a boa, o *paedCTAS* moderada e o ATS fraca a moderada, demonstrando que o STM aparenta ser válido para triar crianças que se apresentem aos SU, sendo necessário realizar mais investigações sobre a sua validade e confiabilidade em certos parâmetros.

Na Suécia foi realizada uma investigação tendo como base a avaliação da confiabilidade entre triadores e a precisão do STM nos SU. Foram analisados mil e vinte sete casos por setenta e nove enfermeiros de sete Serviços de Urgência. A precisão da triagem foi de 92% para casos emergentes e 91% para os casos muito urgentes, resultados bastante positivos. Nos casos menos urgentes, a concordância e precisão foi mais baixa, ocorrendo casos de triagem subestimada e superestimada, concluindo que os recursos dos SU podem estar a ser muito consumidos por utentes denominados não urgentes (Olofsson et al., 2009).

Referindo uma última investigação realizada em 2009, foram realizadas novecentas avaliações por doze enfermeiros em três hospitais distintos. O primeiro utilizava um sistema informal, o segundo o ESI e o terceiro o STM. O objetivo foi comparar a concordância dos diferentes sistemas. A concordância demonstrada pelo STM foi muito boa e a do ESI moderada a boa. Comparando os sistemas, foi identificado 5% de triagem subestimada

para o STM e 13% para o ESI, enquanto a triagem superestimada foi de 6,1% para o STM e 29,5% para o ESI (Versloot et al., 2009).

Estas investigações permitiram demonstrar que o STM tem produção científica a comprovar que o mesmo é considerado um sistema válido e confiável, podendo ser utilizado com segurança nos Serviços de Urgência (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012).

Metodologia

A abordagem qualitativa refere-se a investigações de significados, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida e analogias. Tem abordado, entre outros temas, mecanismos de adaptação; adesão e não adesão a tratamentos; estigma; cuidados; reações e papéis de cuidadores profissionais e familiares; fatores facilitadores e dificuldades frente à profissão / frente ao tratamento / frente às condições de trabalho (Turato, 2003).

A pesquisa qualitativa pode ser particularmente útil em situações em que variáveis relevantes e/ou os seus efeitos não são aparentes ou quando o número de sujeitos e/ou dados obtidos são insuficientes para análise estatística. Os sujeitos podem variar em número — de um indivíduo até grandes grupos — e o foco da investigação pode variar de uma ação particular de uma pessoa ou pequeno grupo para a função de uma complexa instituição. Os métodos de investigação incluem entrevistas (estruturadas, semi-estruturadas e abertas), observação (externa ou participante) e análise de material escrito. Exemplos clássicos da abordagem qualitativa de pesquisa são as investigações antropológicas sobre culturas, as investigações sociológicas de instituições e as investigações psicológicas de comportamentos (Holman, 1993).

Na abordagem qualitativa, as amostras são propositadas, já que se procura aprender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis. Conforme Minayo (1994), alguns cuidados devem ser tomados com o processo de amostragem, com a finalidade de refletir a totalidade em múltiplas dimensões:

- privilegiar os sujeitos que detêm as informações e experiências que os investigadores deseja conhecer;
- considerar um número suficiente para a reincidência das informações;
- escolher um conjunto de informantes que possibilite a apreensão de semelhanças e diferenças.

A entrevista permite o acesso a dados de difícil obtenção por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos e intenções. O propósito da entrevista é fazer com que os investigadores se coloquem dentro da perspectiva do entrevistado (Patton, 1990). Mais do que em outros instrumentos de pesquisa que, em geral, estabelecem uma relação hierárquica entre o pesquisador e o pesquisado, na entrevista, a relação que se cria é de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde (Lüdke e André, 1986). A grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é

que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de entrevistado e sobre os mais variados tópicos. A entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas. Outros instrumentos têm o seu destino selado quando saem das mãos dos investigadores que os elaborou, a entrevista ganha vida ao iniciar o diálogo entre os investigadores e o entrevistado. (Lüdke e André, 1986).

Nesta investigação, os investigadores focaram-se em realizar entrevistas a diversos profissionais de saúde, sendo este o seu principal objetivo, tendo como âmbito descobrir o que estes acham do Sistema de Triagem e da gestão do seu Centro Hospitalar. As entrevistas realizadas aos profissionais de saúde são o busfili da investigação. No decorrer do processo, os investigadores acharam pertinente formular algumas questões para entrevistar utentes presentes nos SU, de forma a descobrir o que estes acham do serviço e do trabalho realizado por parte das equipas de saúde, interligando, assim, algumas questões que são comuns às entrevistas dos profissionais de saúde. Deste modo, é possível investigar a visão de quem presta os serviços, assim como de quem os recebe.

As respetivas entrevistas são diferentes, tendo sido realizado um questionário específico, quer para entrevistar os profissionais de saúde, quer os utentes. Existem questões que coincidem com ambos os grupos, assim como há questões que não coincidem, não sendo possível, desta forma, acasalar todas as questões e respetivas conclusões.

Os profissionais de saúde que aceitaram realizar a entrevista exercem a sua prática em Portugal Continental e Insular, tendo idades compreendidas entre os vinte cinco e quarenta anos de idade.

Os utentes que realizaram as entrevistas têm idades compreendidas entre os treze e os sessenta e cinco anos de idade.

Desta forma, as questões a que os investigadores deseja adquirir resposta são:

Profissionais de saúde:

- A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto?
- Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?
- A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?
- Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobrevalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?
- Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão?
- No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?
- Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem?
- Conhece outros Sistemas de Triagem?
- Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos?
- A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?
- A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial?

Utentes:

- Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?
- Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?
- Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?
- Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?
- Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?
- É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?
- Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?
- A criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?
- Acha uma mais valia ser observado por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?
- Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?
- Sabe como funciona o sistema de triagem?

- ☒ Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?
- ☒ O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?
- ☒ Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?

Modelo Conceptual

O modelo conceptual é uma atividade imprescindível na sistematização de um projeto. O objetivo do modelo conceptual é obter uma representação detalhada. Este deve ser realizado com qualidade em qualquer domínio, neste caso em particular, a gestão dos utentes nos Serviços de Urgência. Os modelos conceptuais devem ser realizados e utilizados de maneira a facilitar a implementação, operação e manutenção de sistemas de informação (Villela, M. et al, 2004).

Este modelo conceptual tem como base de demonstração todo o percurso do utente no Centro Hospitalar, desde o seu momento de entrada nos SU, até ao momento de saída. Posteriormente, é necessário averiguar se o serviço efetuado esteve de acordo com as suas expetativas, obtendo o depoimento do mesmo, descobrindo se houve qualidade, cuidado, confiabilidade, empatia e uma boa gestão de todo o seu percurso.

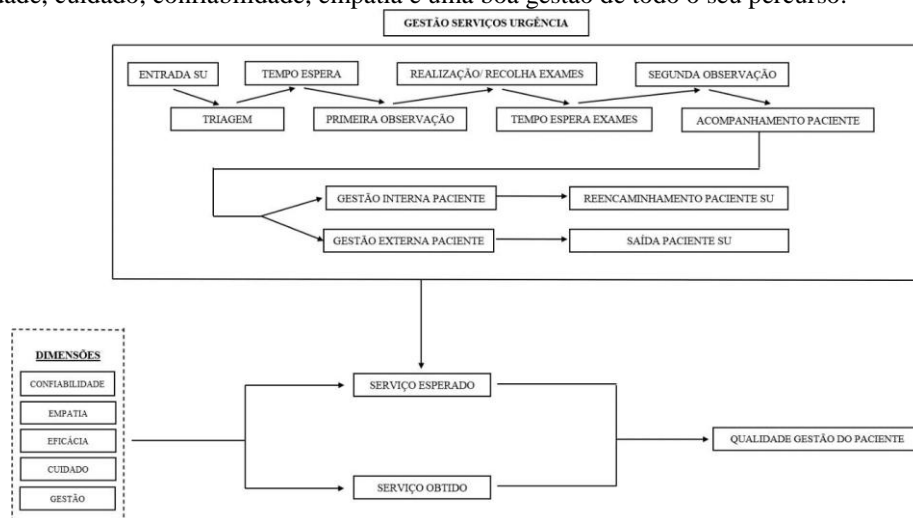


Figura 1: Modelo Conceptual.
 Fonte: Própria

Discussão dos resultados

Dando continuidade a esta investigação, neste capítulo iremos proceder à análise dos resultados obtidos nas entrevistas.

- **A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto? / -Quando entra nas urgências é direcionado para a triagem, onde lhe fornecem uma pulseira. O que acha desse processo, considera que realizam bem esse trabalho?**

Apenas um dos dez profissionais de saúde não tem uma opinião sobre o assunto, afirmando que uma triagem pode ser realizada por enfermeiros, assim como por médicos, porque são profissionais de saúde qualificados para tal. Os restantes concordam com esta metodologia, porque enfermeiros têm formação, aptidões e conhecimento para realizar a mesma. O objetivo da triagem na sua perspetiva é ser um processo rápido, porque é o primeiro contacto que os SU têm com os utentes, ou seja, podem dar entrada utentes de prioridade elevada, que têm de ser triados o mais rapidamente possível, de forma a serem encaminhados diretamente ao SU para um diagnóstico mais aprofundado do seu caso clínico. Chegados a este local, deve ser realizada uma observação mais detalhada do respetivo caso, por parte das equipas médicas.

Alguns utentes concordam que é um trabalho bem realizado, outros nem tanto, indicando que já se deslocaram a hospitais diferentes com o mesmo problema e que obtiveram pulseiras de cor diferente, algo que não conseguem compreender. Afirmam que fica à vontade do enfermeiro, dar ou não uma pulseira com prioridade reduzida ou moderada. Alguns utentes julgaram que vão ser triados sempre com pulseira amarela ou verde, porque a maior parte dos triadores acha sempre que nunca é nada de grave. Um utente referiu, ainda, que os triadores deveriam ter permissão para reencaminhar utentes não urgentes ao Centro de Saúde. Desta forma, seria possível evitar a concentração de utentes não críticos nos SU, diminuindo a sobrelotação nos mesmos, porque os cuidados de saúde primários devem ter todos os mecanismos e ferramentas necessárias para dar apoio

a casos não urgentes. Desta forma, a opinião dos utentes não corrobora na totalidade com a opinião dos profissionais de saúde. Enquanto alguns acreditam que a triagem é bem realizada e que os enfermeiros são profissionais aptos para realizar a triagem, outros julgam que a triagem é por vezes muito vaga e mal realizada, sem dar o devido valor à palavra do utente.

- **Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?**

Esta questão foi debatida de diferentes formas. Sete dos dez profissionais de saúde não acha que seja benéfico por vários motivos, uma vez que o objetivo da triagem é ser um processo rápido para priorizar utentes consoante o seu estado de saúde. Neste sentido, por um lado, ter a presença de um médico a averiguar os casos menos graves não seria eficiente, porque estaria a atrasar este processo; por outro, seria bom porque permitia um melhor controlo, diminuindo a sobrelotação existente nos SU. Na área da triagem não devem existir longas filas de espera, dado que neste momento é feito o primeiro contacto do utente com o SU e ninguém tem conhecimento do seu estado de saúde. Entre existir sobrelotação e tempo de espera nos SU antes ou depois da triagem, torna-se mais aceitável existir após a triagem, visto que já foi realizado o seu prognóstico.

Os profissionais de saúde afirmam, ainda, que não seria benéfico porque os utentes iriam solicitar os Serviços de Urgência de forma a obter um atendimento rápido num curto espaço de tempo. Neste sentido, casos não urgentes iriam dirigir-se a este local por facilidade e rapidez de serviço, não sendo este o local mais apropriado. Todos os utentes não urgentes deveriam dirigir-se primeiro aos cuidados de saúde primários. No entanto, se o médico de família assim o entender, poderá reencaminhar os utentes para o SU. Os profissionais de saúde acreditam que existe falta de conhecimento para os utentes saberem quando se devem dirigir a um SU.

Três dos dez profissionais de saúde acreditam que diminuiria a sobrelotação do SU, mas iria atrasar o processo de triagem.

- **Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?**

Os dez profissionais de saúde referem que o maior benefício da triagem é obviamente a rapidez e a priorização dos utentes, ou seja, fornecer os serviços médicos mais rapidamente a quem necessita. É necessário a existência de uma triagem rápida, porque nunca sabemos o grau de gravidade do utente até ele ser triado, daí ter de ser um processo rápido e eficaz. Com esta base de resposta, concluímos também que a triagem é a base da gestão dos utentes, é ela que permite organizar o serviço, fazendo com que os profissionais de saúde consigam ter uma visão geral de todos os utentes presentes nos SU, gerindo assim o seu tempo e recursos. Quem no seu prognóstico inicial não aparenta ter um caso urgente, deverá esperar.

- **A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?**

- Seis profissionais de saúde mencionaram que o seu hospital utiliza o SCLÍNICO. Este programa fornece informação sobre o tempo de espera dos utentes que estão para ser triados, como os utentes que já estão triados. Somente o Hospital de Coimbra tem esta funcionalidade, a demonstração dos utentes que estão para ser triados. Todos os restantes profissionais que utilizam o SCLÍNICO, afirmam ter somente informação dos utentes depois de realizarem a triagem. Estes aparecem por ordem de chegada e pela cor que são triados.

- Dois profissionais de saúde referem que o seu hospital utiliza o MEDTRIX. Este sistema informático apresenta os utentes que estão à espera para serem observados depois de realizarem a triagem, não sabendo o número de utentes existentes no serviço à espera de a realizar. Um dos profissionais de saúde refere que não dão relevância ao tempo que os utentes estão à espera, o que vem reforçar a ideia de que é possível uma pessoa ficar “esquecida” nas urgências porque alguns profissionais ou centros hospitalares não dão a devida atenção aos tempos estipulados pelo Sistema de Triagem. Refere ainda que o sistema informático não é intuitivo. Os utentes são identificados por ordem de espera e pela respetiva gravidade com que foram triados.

- Um profissional de saúde refere que o seu hospital utiliza o HCIS: Apresenta tempos desde o momento em que os utentes são triados, não demonstrando os que estão para triar. Utentes aparecem no sistema por ordem de espera e pela respetiva gravidade com que foram triados.

- Dois Profissionais de saúde referem que o seu hospital utiliza o ALERT: Apresenta tempos desde o momento em que os utentes são triados, não demonstrando os que estão para triar. Utentes aparecem por

ordem de espera e respetiva gravidade.

- Um Profissional de saúde refere que o seu hospital utiliza o GIINT: Apresenta tempos desde o momento em que os utentes são triados, não demonstrando os que estão para triar. Utesentes aparecem por ordem de espera e pela respetiva gravidade.

Pontos importantes

Qualquer que seja o SU, os utentes deveriam ser triados novamente quando ocorre um agravamento da sua situação clínica, ou após duas horas da primeira triagem. É impossível realizar esta tarefa porque existem muitos utentes para poucos profissionais de saúde. Desta forma, não é exequível cumprir todos os tempos de espera estipulados pela Triagem de Manchester.

Em Coimbra, existem atrasos para a realização da triagem. Um profissional de saúde referiu que ocorrem atrasos superiores a uma hora de espera para os utentes realizarem a mesma, o que pode colocar vidas em risco. Os profissionais de saúde em Coimbra têm este conhecimento porque o seu sistema informático indica este parâmetro. Estes atrasos poderão ocorrer em mais hospitais nacionais, mas como o seu sistema informático não apresenta este controlo, não é algo possível de gerir. É importante que todos os sistemas informáticos obtenham esta funcionalidade, sendo desta forma possível acrescentar outra secção de triagem, se necessário.

A organização da urgência, a escolha de sistema informático e gestão são realizadas pelo gestor hospitalar. Atualmente, existem muitos problemas nos SU, sendo necessário implementar novas medidas para tentar solucionar os problemas existentes.

Um profissional de saúde diz que não sabe responder à questão, tendo este de pedir ajuda para realizar tarefas nos sistemas informáticos. Concluiu-se assim, que existe uma falta de formação de profissionais de saúde em certos serviços, atrasando-o ainda mais.

A utilização de dois sistemas informáticos diferentes no mesmo hospital torna-se confuso para os médicos trabalharem, como é o caso de médicos que começam a exercer atividade, os médicos internos do ano comum (IACS). Os Centros Hospitalares deveriam ter somente um sistema informático, que fosse rápido, de fácil compreensão e acessibilidade. Muitos profissionais queixam-se dos seus sistemas vistos que não são intuitivos, referindo que é necessário abrir muitos programas secundários para ter acesso a determinadas informações dos utentes. Tudo isto causa uma grande perda de tempo, tempo esse que poderia ser canalizado para outro tipo de situações.

- **Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobrevalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?**

O profissional de saúde tem de acreditar sempre na palavra do utente, confiando que este não vai mentir.

A dor é um parâmetro subjetivo de avaliar e o Sistema de Triagem de Manchester atribuiu-lhe uma grande relevância. O seu nível de avaliação é complexo, porque cada utente tem diferente tolerância à dor, podendo referir que a mesma dor em dois utentes pode ser percebida de diferentes maneiras.

Todos os profissionais de saúde indicam que são realizados testes de sinais vitais, mas somente em utentes que considerem necessário. Desta forma, muitos utentes realizam a triagem através de um diálogo, sem qualquer realização de sinais vitais, porque o enfermeiro não acha necessário. Assim, é possível aumentar a velocidade da triagem, sendo este o seu principal objetivo. Por outro lado, o prognóstico torna-se mais vago, fazendo com que possíveis casos de triagem superestimada ou triagem subestimada ocorram com maior regularidade.

Vários profissionais de saúde conhecem casos de utentes que distorcem o que sentem para tentar obter uma observação mais rápida, achando que deveriam ser feitas perguntas específicas de maneira a tentar controlar estes casos. Por exemplo, se um utente afirmar que tem uma dor muito forte, será benéfico questionar há quanto tempo sente essa dor. Se afirmar que tem essa dor há dias ou semanas, provavelmente estará a deturpar o que sente. O objetivo seria formar os profissionais de triagem com este género de questões ou criar um documento específico para estes casos, conseguindo, desta forma, obter um maior controlo. Esta prática iria diminuir as percentagens de triagem superestimada e subestimada existentes. Uma das lacunas existentes nos

SU referida por um profissional de triagem, diz respeito ao agravamento do estado de saúde dos utentes. Aquando da realização da triagem, se o triador atribuir pulseira amarela, passadas duas horas, o que não demonstrava ter gravidade, alterou-se, uma vez que o estado clínico de um utente pode mudar de um momento para o outro. Desta forma, seria benéfica a implementação de uma equipa de enfermagem para triar utentes em espera se assim for necessário. Pelos depoimentos de todos os profissionais de saúde nesta investigação, esta prática não é realizada em nenhum dos dez hospitais, demonstrando assim, falta de rigor nestes aspetos, dado que existem poucos profissionais de saúde ou, possivelmente, de não existirem enfermeiros ou médicos com informação para realizar este tipo de trabalho.

- **Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão? / - Acha que muitos destes atrasos são por falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que concerne à gestão?**

Os dez profissionais de saúde mencionam todos os aspetos, falhas na gestão do serviço, na gestão dos profissionais de saúde e na gestão dos utentes.

Em primeiro lugar, referem a falha na gestão do serviço, afirmando ser sempre caótico, onde os utentes não têm sítios específicos para esperar. Quando são chamados para ser avaliados, os profissionais não sabem onde estes se encontram.

Em segundo lugar, mencionam a falha na gestão dos profissionais de saúde, uma vez que estes existem, mas não se encontram bem distribuídos. Em alguns hospitais, a existência de apenas um médico especialista no SU sobrelotado é algo que não deverá acontecer, visto que toda a informação e conclusão do caso clínico do utente tem de passar pela análise do especialista de serviço. Como um profissional de saúde referiu, esta sobrelotação tornou-se mais intensa a partir do momento em que diminuíram o número de médicos especialistas nos SU. Outra falha referida por uma médica, é a falta de controlo sobre os profissionais que se encontram ao serviço do SU, nomeadamente nas horas de almoço, jantar e nas pausas que ocorrem ao longo do seu turno, uma vez que os utentes continuam a dar entrada neste serviço e não há ninguém para realizar o trabalho durante aquele período, o que vai continuar a provocar uma maior sobrelotação.

Em terceiro lugar importa referir também a falha na gestão dos utentes, sendo que esta existe devido a ser necessária uma reformulação do SNS, como indica uma profissional de saúde. Um aspeto importante a destacar é a falta de médicos de família, fazendo com que utentes que necessitam de uma consulta tenham de se dirigir diretamente aos SU do hospital mais próximo. Os casos não urgentes atribuídos com pulseira azul e verde, deveriam ser observados nos cuidados de saúde primários e estes centros deveriam estar sempre aptos para fornecer este apoio, ajudando a escoar os utentes dos Centros Hospitalares que sofrem de sobrelotação, sendo necessário realizar um maior investimento nestes locais, de forma a prestarem os devidos cuidados aos utentes que a estes serviços recorrem. Além disso é necessário informar os utentes, reforçando que as urgências são locais para casos urgentes. Se os cuidados de saúde primários estiverem aptos a ajudar neste sentido, utentes que se dirigissem em primeiro lugar aos SU e na triagem se observasse que era um caso não urgente, estes seriam reencaminhados para o centro de saúde da sua área de residência.

Concluiu-se, ainda, a falta de recursos materiais e de profissionais de saúde em algumas zonas do país, como é o caso do Algarve, onde referem que existe falta de profissionais especializados, existindo em grande quantidade médicos tarefeiros. A falta de recursos materiais é, também, um fator determinante na ocorrência de atrasos, na medida em que, existir num Centro Hospitalar somente um equipamento para realização de diálise ou para realização de uma TAC. A falta destes equipamentos faz com que o serviço se torne mais lento, sem ser possível criar uma solução, quando a mesma só se resolve com a aquisição de material para acelerar este processo e não criar filas de espera para a realização dos mesmos.

Somente um profissional de saúde refere que a gestão do seu Centro Hospitalar é bem realizada.

Nesta investigação, as conclusões obtidas a partir dos profissionais de saúde corroboram com as conclusões dos utentes, sendo que a maior parte julga que estes atrasos é por falta de profissionais de saúde e outro tipo de recursos. A maioria dos utentes acredita que além disso, também existe uma pobre gestão nos SU, o que influencia a qualidade do serviço. Um utente referiu ainda que Portugal é o terceiro país com mais médicos per capita, acreditando que existe uma enorme falha na gestão dos profissionais de saúde, que efetivamente poderá afetar o serviço.

- **No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos**

utentes?

Os profissionais de saúde referem muitas vezes os casos não urgentes, sendo estes os que mais prejudicados devido aos longos tempos de espera, originando a sobrelotação existente no serviço.

Apenas dois dos dez profissionais afirmam que o seu hospital obtém equipas diferenciadas para possibilitar um cuidado mais rápido aos utentes menos urgentes. Nos hospitais onde os restantes profissionais de saúde trabalham, como não existe esta divisão, esta rapidez não se verifica, fazendo com que os utentes se aglomerem.

Pelo depoimento de uma enfermeira de triagem, concluímos que um grande problema é o facto de os utentes andarem “perdidos” nos SU. Estes realizam a triagem e o seu prognóstico atribui o mesmo para uma especialidade. Quando são observados, os profissionais de saúde constataam que será benéfico reencaminhar o utente a outra especialidade. Quando este reencaminhamento acontece, não existe qualquer acompanhamento por parte de um auxiliar, fazendo com que o utente perca muito tempo a chegar ao local. Esta troca de especialidade, por vezes, não é bem realizada, uma vez que o utente fica sem um médico responsável. Desta forma, o caso clínico do utente não é concluído, fazendo com que fiquem, por vezes, mais de vinte e quatro horas nos SU. Estes casos acontecem na maioria das vezes com idosos dependentes, visto que ficam a aguardar que algo lhes seja dito ou feito, sem que alguém os note. Nestes casos, em particular, não destacamos apenas o trabalho, mas sim os valores morais e humanos de cada profissional de saúde, demonstrando que a gestão do utente nas instalações tem de ser bastante melhorada. Outra falha já referida é a falta de médicos especialistas, que está automaticamente relacionada com a gestão de utentes, porque sem conclusão de casos clínicos é impossível enviar utentes em segurança para o seu domicílio.

- **Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem? /- A criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que poderia ser uma vantagem?**

Esta metodologia já está presente em dois hospitais desta investigação, nomeadamente o Hospital Pedro Hispano, no Porto e o Hospital do Divino Espírito Santo, nos Açores. Pelas impressões dos dois profissionais de saúde é um método extremamente eficaz que permite melhorar os tempos de espera dos utentes não críticos, assim como aliviar a sobrelotação existente nos SU que é criada pelos mesmos, que num regime de gestão ficam à espera longos períodos, não correspondendo aos tempos de espera estipulados pelo sistema, sendo desta forma, um pouco negligenciados. Os profissionais de saúde referem que as equipas médicas são divididas por gravidade. A primeira equipa é composta por especialistas de medicina interna, sendo estes direcionados para utentes mais urgentes. A segunda equipa é composta pelos médicos indiferenciados, que são apelidados de médicos tarefeiros, competindo-lhes avaliar os utentes menos urgentes.

Seria benéfico tentar implementar esta metodologia nos hospitais que não a têm, visto que tanto utentes, como profissionais de saúde acreditam que poderá ser uma boa opção. Desta forma, utentes não críticos acabariam por não ser negligenciados como acontece algumas vezes num ambiente de urgência normal, em que não existe esta divisão e utentes com prioridade superior passam à sua frente. É necessário tentar implementar um método capaz de ir dando resposta também aos utentes não críticos, pois é neste nível de prioridade que existem inúmeros problemas e é a permanência destes utentes que causa sobrelotação nos SU.

Sete dos dez profissionais de saúde abordados com esta metodologia aprovaram a sua implementação, visto que seria possível obter uma melhor gestão de utentes, reduzindo o tempo de espera dos mesmos. De salientar que ambas as equipas deveriam ter formação para socorrer todos os níveis de gravidade. Assim, se a secção de utentes não críticos estivesse controlada e a secção de utentes críticos estivesse com mais trabalho, uma equipa poderia auxiliar a outra e vice-versa. Desta forma, as equipas também poderiam rodar, visto que utentes críticos causam muito mais stress e esgotamento, tanto físico como emocional. Neste sentido, conseguiríamos criar rotatividade entre todos os profissionais de saúde.

Alguns profissionais de saúde que trabalham em hospitais com os SU “regulares”, afirmam nunca terem pensado neste aspeto e acham bastante interessante esta metodologia. Ainda assim, devemos salientar que utentes não críticos devem ser instruídos para se dirigirem sempre aos cuidados de saúde primários e que estes mesmos têm de ter toda a capacidade para tratar destes problemas.

Apenas um dos dez profissionais de saúde não está de acordo com esta metodologia. Conclui-se também que gestores hospitalares não fazem a pesquisa necessária de maneira a estudar novas metodologias para tentar implementar novos sistemas de forma a contornar problemas existentes. Será uma mais valia tentar colocar novas práticas em funcionamento para comprovar se esta melhora a gestão dos SU ou não. Só assim terão resultados. Sem alterar o sistema, sem evoluir, criar e encontrar soluções, assim teremos a certeza de que os SU

serão sempre caóticos e não conseguiremos nunca dar resposta aos utentes em tempo útil com os meios que temos à disposição. Se não é possível investir, adquirir material, adicionar mais profissionais de saúde no SNS, a mudança tem de começar na gestão, avaliando as suas alterações.

Sendo esta questão pertinente também para os utentes, desafiando os mesmo a dar a sua opinião sobre esta metodologia, apenas dois utentes afirmaram não ser capazes de dar uma opinião. Os restantes, consideram bastante positivo a tentativa de implementar esta metodologia.

- Conhece outros Sistemas de Triagem?

Apenas um dos dez profissionais de saúde dos vários hospitais nacionais tem conhecimento da existência de diferentes Sistemas de Triagem, tendo referido que durante o seu percurso académico nunca foi apresentado outro para além do STM. Esta conclusão vem a demonstrar que é difícil alterar metodologias de trabalho porque os profissionais de saúde nunca contactaram com outros Sistemas de Triagem.

- Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos? / -Acha uma mais valia ser observado por vários médicos ou acha que deveria ser somente um a observá-lo?

Este processo acaba por ser inevitável. Uteses estão sempre a entrar nos SU durante vinte e quatro horas e os turnos dos profissionais de saúde são de doze horas, por vezes de vinte e quatro horas. Uma equipa que esteja em serviço há onze horas e receba utentes vai ter de os passar ao próximo turno. É algo que é impossível não acontecer, porque os profissionais de saúde têm de descansar para conseguirem fornecer um bom atendimento. O importante como foi verificado na resposta dos profissionais de saúde é que esta passagem seja realizada corretamente, transmitir tudo o que é necessário, mostrar todos os relatórios existentes dos utentes presentes nos SU para assim o turno seguinte ter todas as ferramentas para continuar os cuidados sem erros e atrasos.

Nesta amostra foi também verificado que os profissionais de saúde concordam que o utente seja observado por mais do que um médico, porque favorece a partilha de conhecimento. Por vezes, ser visto por médicos diferentes permite que determinados pormenores da história clínica, determinadas características que se calhar o médico anterior não notaram, sejam percebidos por outro profissional. Preferencialmente, se o mesmo médico puder seguir o utente do início ao fim, deverá fazê-lo porque o processo torna-se mais rápido e eficaz, não perdendo tempo a fazer a passagem do utente para outro médico, onde deve ser detalhado todo o processo e diagnóstico.

O problema não reside na troca de médico, mas no facto desta troca não ser bem realizada. Como foi verificado na investigação e na entrevista com uma enfermeira de triagem, para esta profissional de saúde, o busfils da questão, no que à gestão dos SU diz respeito, nomeadamente no seu Centro Hospitalar, está nas trocas mal realizadas dos utentes, que passam de especialidade em especialidade, sem que lhes seja atribuído um médico para concluir o caso clínico. Como nenhum médico fica encarregue de tomar uma decisão, o tempo de espera do utente é prolongado. A partir do momento em que o utente realiza todos os exames necessários e tem o respetivo resultado, é importante que exista um profissional de saúde que possa dar seguimento ao seu caso clínico dando, ou não, alta hospitalar.

Quando questionados sobre este tema, os utentes, de um modo geral preferem que seja sempre o mesmo médico a segui-los do início ao fim, se tal for possível. No entanto, referem que se o seu caso clínico for mais grave, consideram uma mais valia serem observados por outros médicos. Outro caso a destacar, que julgam ser normal, é a troca de médico, caso este não seja especialista numa determinada área. Desta forma, podemos referir que a opinião de ambos os grupos presentes na investigação interligam-se.

- A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?

De um modo geral, todos os profissionais de saúde afirmam que o Sistema de Triagem é eficaz. Realiza bem o seu papel de conseguir priorizar rapidamente os utentes, para assim conseguir fornecer um bom serviço a quem realmente necessita, assim como todo o processo até o utente dar saída do SU. Salienta-se ainda, que não é por ser bem executado num espectro geral, que não é necessário realizar alterações de maneira a torná-lo ainda mais eficiente para obtermos uma menor percentagem de erro. Existe sempre margem para melhorar no futuro. Melhorias essas, que podem ser projetadas para serem implementadas num futuro próximo, como avaliar melhor alguns aspetos que os triadores normalmente sobrevalorizam, como a dor. Um utente que já tenha os seus dados conhecidos, não pode ser valorizado da mesma maneira do que um utente que não tenha esse antecedente.

A implementação de um sistema de triagem moldado para uma determinada especialidade é igualmente importante, pois tal como foi referido por um profissional de saúde, a escala de Manchester deverá ser ajustada às diferentes faixas etárias, crianças, adultos e idosos, na medida em que a mesma patologia nas diferentes faixas

etárias não tem o mesmo nível de gravidade. São estas pequenas situações que têm de ser avaliadas de maneira a conseguir fornecer um Sistema de Triage seguro.

- **A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial? / - Considera que a teleconsulta é um método a manter no futuro ou prefere dirigir-se presencialmente ao Centro de Saúde/Hospital?**

Todos os profissionais de saúde envolvidos na investigação, afirmaram que a teleconsulta é benéfica em muitos aspetos e que iria ajudar a aliviar a sobrelotação que existe nos serviços de saúde, porque efetivamente existem muitos casos em que uma teleconsulta é suficiente. Esta metodologia iria ajudar não só na sobrelotação, mas também a tornar os processos mais rápidos, económicos e seguros para os utentes. Salienta-se, ainda, que a teleconsulta deverá ser somente utilizada para casos sem qualquer urgência, em que o profissional de saúde já conheça o utente e o seu historial clínico. O médico deverá dar sempre prioridade à consulta presencial. Este método deverá ser implementado num futuro próximo com regras bem delineadas, estudando o seu efeito a curto prazo, para conseguir analisar e verificar se está a ser um método bem implementado e que faça sentido continuar. No geral, os utentes concordam com a continuação da teleconsulta, mas referem também que esta não deverá substituir a consulta presencial, visto que a maioria afirma preferir deslocar-se ao centro de saúde. Em casos que a teleconsulta pode vir a funcionar, como medicação, verificação de análises, consultas simples, é uma mais-valia, tanto em termos de segurança, como em termos monetários. Acaba também por ser um processo mais rápido para os profissionais de saúde, que desta forma conseguem gerir melhor o seu tempo. Se o profissional de saúde achar por bem a consulta ser em modo presencial, esse mesmo terá a responsabilidade de explicar ao utente que é assim que tem de ser realizada.

- **Tem alguma ideia de que profissional realiza a triagem? Será um médico ou enfermeiro?**

Todos os utentes entrevistados têm a noção de que é um enfermeiro que realiza a triage

- **Com que regularidade vai às Urgências? Quando sente algo diferente, alguma dor, dirige-se logo ao SU ou tenta outras alternativas?**

De acordo com as entrevistas realizadas aos utentes podemos constatar que estes têm conhecimento sobre a sua situação clínica, assim como demonstram saber que as urgências são direcionadas para casos urgentes, deslocando-se às mesmas somente quando não há outra alternativa, sendo estas os centros de saúde ou hospitais privados, no caso de possuírem um seguro de saúde.

- **Quando se dirige às urgências, espera muito tempo para ser observado ou acha que espera o tempo adequado?**

Apenas três dos onze utentes que realizaram a entrevista acham que foram atendidos no tempo estipulado pelo Sistema de Triage de Manchester. No entanto, possivelmente não sabem quais são os tempos estipulados pelo sistema, portanto o mais natural é terem esperado mais tempo do que é expectável, mas como têm pulseiras com prioridade reduzida e sempre esperaram muito tempo, consideram que seja algo normal. Os outros utentes referiram que estiveram à espera muito tempo.

- **Já saiu das urgências sem ser observado, ou seja, já foi embora por estar muito tempo à espera e não obter qualquer observação por parte das equipas médicas?**

Existem efetivamente casos comprovados destes acontecimentos por parte dos utentes que realizaram a entrevista, referindo que já deixaram as urgências sem ser observados, sendo estes triados com prioridade reduzida, o que não deveria acontecer. No caso de utentes que não aparentem ser graves, deveria haver uma ligação entre hospitais e cuidados de saúde primários. Os profissionais de saúde conseguem saber se existe muita gente no Serviço de Urgência se visualizarem o sistema informático. Se acharem que não conseguem diagnosticar o utente no tempo estipulado pelo Sistema de Triage, era melhor abordar o mesmo e direcioná-lo para os cuidados de saúde primários.

- **É sempre sério em relação ao que sente verdadeiramente ou já deu algum enfâse propositado para obter um atendimento mais rápido, visto que existe tanto atraso em ser chamado?**

Nenhum dos utentes tentou ludibriar o profissional de saúde presente na triagem para conseguir uma prioridade superior ao que verdadeiramente necessita. Este problema foi analisado e normalmente quem tenta obter um atendimento mais rápido são utentes que frequentam bastantes vezes os SU, ao contrário dos utentes

que se dirigem ao SU esporadicamente, como os utentes entrevistados.

- Quando é observado e realiza exames, acha que fica muito tempo à espera do resultado dos mesmos, ou acha que é um processo rápido?

De um modo geral, os utentes não têm razão de queixa. Sabem que têm de esperar pela sua vez, quer para realizar o exame, quer pelo resultado, uma vez que todo o processo demora o seu tempo. Os utentes consideram, ainda, que os hospitais que frequentam não possuem os recursos materiais necessários e, desta forma, é algo impossível de controlar e apressar porque não é culpa do Centro Hospitalar, nem dos profissionais de saúde. Alguns referem que como têm possibilidade, preferem deslocar-se ao hospital privado, visto que os processos são mais rápidos devido a possuírem uma menor afluência de utentes.

- Sabe como funciona o sistema de triagem?

Enquanto há utentes que não sabem como funciona o Sistema de Triagem, outros têm algum conhecimento. Os utentes que, efetivamente, não compreendem como funciona o sistema são os que relatam ter menos paciência para esperar. Os que têm algum conhecimento, compreendem que está tudo associado à prioridade que existe neste local, em que os utentes com maior prioridade têm legitimidade para passar à sua frente.

- Acha que existe desorganização nas urgências ou acha que é realizada uma boa gestão do serviço?

Todos os utentes consideram que existe falta de organização e boa gestão nos SU com os recursos que têm disponíveis. Acreditam que são necessárias novas normas para tentar colmatar estes problemas, no entanto, caso não se realizem alterações, estas dificuldades persistirão. Outros julgam que a falta de recursos é um fator preponderante para não existir melhorias no serviço, mas mesmo com um investimento neste parâmetro, não sabem até que ponto estes problemas não vão prevalecer.

- O aparecimento da COVID-19 em 2020 originou algum receio para se dirigir às urgências de forma a obter cuidados médicos? Se sim, que outro método optou por escolher? Realizou alguma teleconsulta?

As respostas a esta pergunta são um pouco diversas. Alguns utentes revelaram que tiveram algum receio para se deslocar aos SU. Esse receio foi manifestado pelo facto de não estarem infetados pela COVID-19, uma vez que inicialmente quem ficava infetado se dirigia ao hospital. Os utentes que relatam não ter sentido receio, acreditam que a gestão realizada aquando da pandemia foi bem executada e, por isso, não comprometia a sua segurança, visto que existem alas específicas para utentes com, ou sem COVID-19. Acreditam, também, que existe um bom controlo nos SU, nomeadamente a medição da temperatura de todos os utentes que desejam deslocar-se ao Centro Hospitalar. Desta amostra, poucos utentes necessitaram de se deslocar aos SU durante a pandemia. Alguns utentes realizaram teleconsultas, mas a maioria não teve necessidade

Conclusão da discussão dos resultados

A triagem nos hospitais nacionais é realizada pelos enfermeiros. Qual a sua opinião sobre este assunto?

e,

Uma grande percentagem dos utentes que vai aos SU (Serviços de Urgência) não necessita de o fazer, como todos sabemos. Na sua opinião, a triagem deveria ter um médico? Se esse médico avaliasse o paciente no momento e prescrevesse os medicamentos necessários, diminuiria a sobrelotação existente?

Na revisão de literatura foi apresentada uma investigação tendo como base a implementação de um médico no serviço de triagem. Os investigadores chegaram à conclusão de que um enfermeiro é mais apto para realizar este serviço porque é menos objetivo. O médico, por sua vez, devido à sua prática torna uma classificação de risco numa consulta, resultando num atraso da triagem, o que não é de todo o pretendido. Enfermeiros são profissionais mais generalistas, obtendo uma alta taxa de precisão. Estando um enfermeiro e um médico em simultâneo no serviço de triagem, obteve-se uma pequena melhoria em casos menos graves, nomeadamente nos seus tempos de espera, mas esta metodologia levou a um maior desgaste e tensão nas equipas médicas, podendo aumentar o nível de erros (Coutinho, Cecílio, Mota, 2012). Concluiu-se que não é benéfico, visto que a única melhoria seria nos tempos de espera dos utentes menos graves, podendo estes esperar, mantendo assim as equipas mais eficientes para atender os utentes que, efetivamente, necessitam de mais cuidados. As conclusões da revisão de literatura interligam-se assim com a opinião dos profissionais de saúde envolvidos nas entrevistas realizadas pelos investigadores. Estes acreditam que um médico aumentaria os tempos da triagem. O tempo excessivo de espera pode ser bastante grave, porque a triagem é o primeiro contacto que o utente tem com o SU, não se sabendo como este se encontra antes de realizar a mesma. Apoiam ser um enfermeiro porque têm formação, aptidão e conhecimento suficiente para lhes permitir ser extremamente rápidos

e eficientes. Outro ponto que os profissionais de saúde referem, estando em concordância com Leaman (2003) é que os utentes não críticos são inadequados para o Serviço de Urgência, devido às equipas serem experientes e preparadas para tratar casos de maior complexidade, nunca devendo ocupar tempo com casos de menor gravidade. Utesntes não críticos devem sempre dirigir-se aos cuidados de saúde primários, que estão preparados para atender os casos de menor complexidade. Fazendo referência aos utentes que se disponibilizaram para realizar as entrevistas, importa referir que todos sabem que são enfermeiros a realizar a triagem, mas acham que existem alguns erros no que respeita à sua prática.

Na sua opinião, quais são os maiores benefícios que a triagem traz a um SU?

De acordo com Silva (2009) na revisão de literatura efetuada, a triagem consiste na separação de pessoas, em função do seu prognóstico, em que o termo triagem significa separar os utentes. Esta separação tem por base a sua gravidade. As conclusões que os investigadores obtiveram com a realização das entrevistas aos profissionais de saúde foi essa mesma, descrevendo que o maior benefício de uma triagem é a separação e a priorização do utente, fornecendo serviços médicos o mais rapidamente possível a quem necessita. Deste modo, a opinião dos profissionais de saúde corrobora com o que os autores presentes na revisão de literatura referem.

A monitorização de um utente a partir do momento em que dá entrada nas urgências é importante. Como é realizado o controlo para saber quanto tempo este está à espera para ser observado? Que sistema informático é utilizado por médicos/enfermeiros monitorizarem os utentes que estão nos SU?

e,

No seu ponto de vista, quais são as maiores falhas existentes nos SU relativamente à gestão dos utentes?

A tecnologia está muito presente nos dias de hoje. Como tal, em todos os serviços que seja possível obter vantagem utilizando este tipo de recurso, a sua implementação deve ser realizada. Nos serviços de saúde, não é exceção. De acordo com Hancock e Isken (1992), um sistema bem projetado pode contribuir para a melhoria dos serviços hospitalares. Na indústria da saúde, a sua utilização oferece diversas vantagens (Siau, 2003), desde obter melhor coordenação de recursos, assim como conseguir reduzir custos administrativos. Os sistemas ERP são sistemas que interligam todos os dados e processos de uma organização num único sistema. Algumas das suas vantagens nos SU podem ser, o controlo de tempo de utentes à espera de triagem; os utentes que já realizaram a triagem e estão à espera de obter a primeira observação; o número de salas de internamento disponíveis; os recursos materiais como macas, equipamentos para a realização de exames disponíveis, entre outros. O objetivo é obter os recursos certos, no tempo e local adequado. Tudo isto é possível de se obter se existir uma boa gestão no serviço, aperfeiçoando a gestão entre profissionais de saúde, favorecendo assim a melhoria dos serviços prestados e consequentemente a redução dos tempos de espera.

De acordo com o depoimento dos profissionais de saúde envolvidos nas entrevistas, os investigadores concluíram que nos hospitais nacionais isto está longe de acontecer. Os profissionais de saúde referem que muitas vezes os seus sistemas informáticos não são intuitivos, ocorrendo diversas falhas, sendo necessário abrir programas diferentes para obter acesso a informações relevantes. Mesmo os recursos mais simples, como impressoras e scanners apresentam falhas, o que vai condicionar a rapidez do serviço. Foi possível perceber pelas entrevistas que apenas um hospital possui um sistema informático que apresenta o número de utentes que está à espera para realizar a triagem. Os sistemas informáticos, em primeiro lugar, têm de estar corretamente otimizados para os estabelecimentos de saúde, sendo necessário investir neste aspeto, de forma a melhorar os sistemas. Outra opção seria criar um sistema que consiga ser intuitivo, eficiente, rápido e que esteja tudo armazenado na mesma base de dados, não sendo necessário abrir um programa diferente para cada informação necessária. Alguns profissionais de saúde relatam que para aceder à ficha do utente, abrem um programa; para visualizar antecedentes, encontrar histórias clínicas, outro programa, ou seja, é um sistema que para além de lento, torna-se confuso. Outro relato importante de salientar, é o facto do mesmo hospital utilizar dois sistemas informáticos diferentes de acordo com a unidade. Para os internos do ano comum, que estão no seu primeiro ano a exercer atividade, passando por todas as especialidades, torna-se algo pouco intuitivo e complicado de assimilar, porque têm de aprender a utilizar diferentes sistemas, quando é possível utilizar somente um em todo o hospital. No que toca a sistemas informáticos para realização de controlo de gestão, é necessária conceder uma grande atenção a este tópico.

Relativamente ao controlo dos utentes nos SU, também foi referido que muitos dos profissionais de saúde não prestam atenção ao tempo que os utentes estão à espera para ser observados, permitindo-nos concluir que muitas normas estabelecidas pelo Sistema de Triagem de Manchester não são colocadas em prática, como a realização da segunda triagem de um utente que está à espera para ser observado há mais de duas horas. Nesse intervalo de tempo, o seu estado clínico pode agravar-se, fazendo com que necessite de cuidados o mais rapidamente possível. De acordo com Coutinho, Cecílio e Mota (2012), o STM falhou em detetar alguns utentes que pioraram a sua condição clínica após a chegada ao Serviço de Urgência, corroborando assim com as

observações de alguns profissionais de saúde, que indicam ser impossível realizar esta tarefa. Não realizar este controlo é prejudicial, sendo este um meio onde incidentes podem acontecer a qualquer instante, não existindo uma equipa para socorrer rapidamente caso seja necessário. Uma mais valia seria criar uma equipa de profissionais de saúde para realizar este controlo, visto que em Portugal a sobrelotação é um problema iminente e, deste modo, seria possível manter um controlo mais eficaz dos utentes, criando assim uma melhor gestão dos mesmos, de maneira a fornecer uma maior segurança à sua saúde.

Na investigação foi referido a existência de utentes que deturpam o seu verdadeiro estado de saúde, exagerando a sua condição para obterem um atendimento mais rápido. Os enfermeiros de triagem têm capacidade para realizar testes de sinais vitais. Porque é que não se efetuam estes testes aos utentes na triagem, em vez de se basearem somente num diálogo seguindo um fluxograma, sem uma única análise? Refiro-o porque um dos problemas descobertos na investigação é precisamente a *overtriage* (sobrevalorizar o caso) e *undertriage* (subvalorizar o caso). Como sabemos, esta última é mais grave, colocando a vida dos utentes em risco. Não acha que a realização destes testes seria uma vantagem, tanto para diminuir os erros de triagem, como para encontrar utentes que tentam deturpar o sistema para obter um atendimento mais rápido?

Alguns autores como, Roukema et al. (2006) e Van Veen et al. (2008) na revisão de literatura referem que existem percentagens de triagem subestimada e triagem superestimada, assim como os profissionais de saúde questionados sobre o assunto, corroborando desta forma com os autores referidos anteriormente.

Estes referem que é muito difícil controlar certos casos, devido a existirem parâmetros de difícil análise como a dor, visto que os utentes têm tolerâncias diferentes. O STM dá grande relevância à dor, portanto existe uma grande percentagem de triagem superestimada.

De acordo com Trigo et al. (2008), num estudo realizado a utentes com prognóstico de infarto agudo do miocárdio, existem muitos utentes classificados com prioridade amarela, correspondendo a possíveis erros de triagem, devido a não incluírem realização do ECG como discriminador no fluxograma de dor torácica, sendo que 47% foram classificados em oito fluxogramas diferentes, demonstrando assim uma incorreta classificação, resultando num aumento significativo dos tempos de espera nos SU.

Posto isto, deverá ser realizado um estudo de forma a descobrir como será possível realizar com mais detalhe o diagnóstico de dor de cada utente. Se ocorrer um erro de triagem subestimada é necessário realizar o que já foi referido na conclusão da questão anterior. Conforme é indicado pelos profissionais de saúde, os sinais vitais não têm relevância em casos não urgentes, portanto iriam demorar mais tempo a realizar a triagem para obter uma conclusão mais correta, com uma diferença pouco significativa. Em relação aos utentes mentirem sobre o seu estado de saúde, é possível identificar alguns casos. Assim como há utentes que são conhecidos pelos enfermeiros por distorcerem o seu estado de saúde, também já aconteceu com utentes que se deslocam pontualmente ao Serviço de Urgência. Nestes casos, os profissionais de saúde percebem que a história descrita na triagem não corresponde ao que lhes é descrito, sendo estes advertidos.

Os tempos de espera raramente são cumpridos nas urgências e os utentes que têm pulseiras de prioridade reduzida esperam muito tempo. Será que muitos destes atrasos acontecem devido à falta de profissionais de saúde, recursos materiais, ambos, ou falta de organização no que respeita à gestão?

e,

Uma prática que poderia ser uma solução para a diminuição dos tempos de espera seria a criação de uma equipa direcionada para utentes críticos e outra equipa para utentes não críticos, secções de triagem divididas para estes dois grupos. Considera que este seria um bom método para implementar no Sistema de Triagem?

De acordo com Considine, Kropman e Winter (2008), as investigações referem os longos tempos de espera, corroborando com o depoimento dos profissionais de saúde que realizaram as entrevistas, afirmando que efetivamente estes são muito longos. Schellein et al. (2009) preconiza que não se deve perder o rigor e a segurança que a triagem oferece, tanto para os utentes como para os profissionais, porque uma triagem mal realizada pode trazer complicações para ambas as partes. Dito isto, Considine, Kropman e Winter (2008), referem a existência de um modelo denominado "*see and treat*", em que utilizam uma equipa de profissionais de enfermagem bem treinados para iniciar e completar tratamentos simples. Esta alternativa veio trazer melhores resultados nos tempos de espera dos utentes não críticos. Os investigadores verificando este método optou por colocar uma questão aos profissionais de saúde, de forma a perceber se em Portugal seria viável a criação de equipas específicas para utentes não críticos e outra para utentes críticos, conseguindo, assim, deslocar os utentes não críticos mais rapidamente, visto que este grupo origina a sobrelotação dos SU. Dois profissionais de saúde afirmam que esta alternativa já está em vigor no seu Centro Hospitalar e que reduz bastante o tempo de espera destes utentes, combatendo assim a sua negligência. Sete dos dez profissionais apoiam esta alternativa e

julgam ser uma excelente aposta num futuro próximo. Apenas um profissional de saúde mostrou não concordar com esta metodologia. Analisando as respostas, os investigadores, chegou à conclusão de que cada gestor hospitalar é que tem o poder de criar metodologias no seu estabelecimento de saúde, de forma a obter os melhores resultados possíveis, no que à gestão diz respeito. Desta forma, pode concluir-se, que em Portugal, muitos gestores hospitalares não analisam o meio em que estão inseridos. Estes profissionais têm de ser proativos, inovadores, pesquisando e estudando novos métodos de trabalho, que permitam tornar o seu serviço o mais eficaz possível. Coutinho, Cecílio e Mota (2012), chegaram à conclusão de que a triagem foi o primeiro sistema formalizado de gestão dos riscos clínicos e sempre que a procura superar os recursos existentes, estes mesmos recursos devem ser direcionados para quem mais necessita. Desta forma, não é a triagem, nem o sistema que utilizam para obter uma decisão clínica que falha, mas sim a falta de recursos disponíveis para o atendimento de toda a procura que existe. Todos os profissionais de saúde envolvidos nas entrevistas, referem estas falhas de recursos, quer materiais, quer humanos, mas também a falha de gestão, dizendo que são os maiores problemas nos hospitais nacionais. Haverá sempre desequilíbrio entre a procura e a capacidade de resposta às necessidades da população. Neste sentido, adotar novas formas de organização de cuidados em unidades de saúde, poderá ser sempre necessário. Posto isto, concluímos que um dos pontos fulcrais a alterar nos hospitais nacionais é a sua gestão, a forma como os recursos existentes são distribuídos e utilizados.

As conclusões que os investigadores retiveram das entrevistas com os utentes prendem-se com o facto destes acreditarem que os problemas existentes se devem há falta de profissionais e recursos. Posteriormente, referem que a gestão do SU também não é bem realizada, porque se apercebem que, enquanto estão à espera de serem chamados, existe muita desorganização, o que não ajuda a melhorar o serviço. No que respeita às equipas diferenciadas de utentes críticos e não críticos, consideram bastante benéfico tentar implementar esta medida. Quando os investigadores referiram que esta prática já está a funcionar em outros centros hospitalares e tem um feedback bastante positivo, veio reforçar a sua opinião.

Conhece outros Sistemas de Triagem?

A investigação realizada refere diversos Sistemas de Triagem, falando um pouco da sua história para tentar descobrir o nível de eficácia na gestão de um Centro Hospitalar. Deste modo, são apresentados outros Sistemas de Triagem existentes, como o *Ipswich Triage Scale* (Fitzgerald, 2010; Silva, 2009), a *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS – Canadá), a *Emergency Severity Index* (ESI – EUA) (Silva, 2009) e o *Australasian Triage Scale* (ATS) (ACEM, 1994; Aemchanbanjong et al, 2017). A maioria dos profissionais de saúde não demonstra conhecer outros Sistemas de Triagem como os apresentados na revisão de literatura.

Nas entrevistas realizadas aos profissionais de saúde, apenas um conseguiu referir outro Sistema de Triagem. Conclui-se assim, que em Portugal no sistema de ensino, só demonstram interesse no Sistema de Triagem em vigor. Estudos realizados demonstram que o STM é válido e eficaz, obtendo uma taxa de sucesso elevada, sendo este utilizado em quase toda a Europa. Concluiu-se, ainda, que o STM é um modelo que deverá permanecer, recebendo sempre atualizações ao longo do tempo, melhorando a gestão dos Centros Hospitalares de forma a criar o melhor Sistema de Triagem possível.

Na investigação verificou-se que 25% dos utentes trocam de médico nos SU. Será que o facto de isto acontecer não causa problemas na gestão dos utentes, por parte dos médicos?

De acordo com os profissionais de saúde envolvidos nas entrevistas, apenas um acredita que este é o verdadeiro problema no que respeita à gestão. Acredita que estas trocas não são favoráveis, não pelo facto de ocorrer a troca em si, mas sim, pelo facto desta troca não ser realizada corretamente.

Uma opinião unânime por parte de todos os profissionais de saúde é que os utentes devem ser sempre seguidos pelo mesmo profissional, desde o momento em que dão entrada no SU até à sua saída, caso isso seja possível, visto que é um processo mais rápido e eficaz, não perdendo tempo com trocas de informação. Caso não seja possível, se o utente tiver de ser reencaminhado para uma área mais específica, ou se o turno estiver a terminar e seja necessário fazer a passagem de testemunho, os profissionais de saúde têm de se certificar que a passagem para o outro profissional é bem realizada, garantindo que não fica nenhuma informação por transmitir, visto que a partir daquele momento o responsável pelo utente é o profissional que rendeu o turno.

Outro aspeto que os profissionais de saúde referiram no decorrer da entrevista, é que quando ocorre esta troca e é realizada a observação por mais médicos, a maioria vê este parâmetro como uma mais-valia, visto que mais pessoas conseguem debater o caso do utente, dando assim novas ideias e ajudando a solucionar o problema, tornando o diagnóstico mais rápido. Por este motivo é que os Serviços de Urgência funcionam por equipas e não por médicos individuais.

Machado H. (2008) refere que é necessário e muito importante o encaminhamento ser bem realizado e que nesse local é necessário haver uma hierarquia definida, não existindo qualquer problema se o utente começar a ser observado por um médico menos experiente, como os internos de ano comum, sendo essencial

estes terem uma equipa composta por profissionais de saúde experientes à sua volta para debaterem o estado clínico do utente e que tenham sempre um superior encarregue de concluir o caso, corroborando desta forma com a opinião dos profissionais de saúde.

Na revisão de literatura foi relatado que estas trocas de médicos por não serem bem estruturadas criam longas filas de espera, em que 10% a 15% demoravam mais de seis horas. De acordo com Machado H. (2008) foi investigado e demonstrado que estes atrasos ocorrem devido a constrangimentos pessoais entre profissionais de saúde, não obtendo capacidade de decisão em tempo útil, adiando assim a decisão referente ao utente, impossibilitando o hospital de não conseguir dar resposta a determinados casos. Deste modo, é necessário também averiguar o bem-estar dos profissionais de saúde, porque trabalham em ambientes difíceis, muitas vezes sobrecarregados de stress. É necessário cuidar dos profissionais existentes, mostrando preocupação com a sua saúde, tanto física como psicológica, mantendo um bom ambiente no local de trabalho e se em algum caso, algum profissional de saúde mostrar sinais de *burnout*, este deverá ter o apoio necessário para recuperar.

Os utentes, de forma geral, preferem ser seguidos pelo mesmo médico se tal for possível, corroborando assim com a opinião dos profissionais de saúde. Caso contrário, acreditam que deve ser feita a sua passagem para um médico especialista se o seu caso clínico for mais específico. Referem ainda que, não têm problema em ser observados por vários médicos, pois o que interessa é que encontrem solução para o seu problema, independentemente das trocas que sejam realizadas.

A maior parte dos hospitais nacionais funciona com o Sistema Triagem de Manchester. Acha que este sistema está correto como se encontra neste momento?

De acordo com a revisão de literatura e respostas dos profissionais de saúde acerca do STM ambas se complementam. Silva (2009) e Coutinho, Cecílio e Mota (2012), referem que é um sistema confiável e avaliado por diversos parâmetros, sendo sempre bem-sucedido, tanto pelos diferentes sistemas de saúde como pelos profissionais. Nas entrevistas, os profissionais de saúde referem o mesmo, fazendo com que as opiniões dos autores se interliguem com as suas, ainda nos dias de hoje. Referem que é um sistema de triagem que funciona bem, tendo sempre espaço para melhorar, afirmando que as suas bases são bem executadas. Conclui-se que é um excelente sistema para se manter, pois, torna o serviço mais fluído, rápido e eficiente.

A COVID-19 trouxe também alguma flexibilidade no que concerne à gestão, as teleconsultas. A implementação das teleconsultas será algo favorável para a gestão dos utentes? Será uma mais valia continuar com esta prática no futuro, ou deveríamos utilizar somente o método presencial?

Observando a análise feita de acordo com as respostas que os investigadores obtiveram sobre a teleconsulta, ou clínica telefónica, todos os profissionais afirmaram que esta é benéfica em diversos aspetos e que pode ajudar na gestão dos Centros Hospitalares, ocupando assim menos tempo, quer aos utentes, quer aos profissionais de saúde. Salientam ainda que esta deverá ser somente utilizada em casos de gravidade mínima ou em casos sem gravidade, como check-up rápido, prescrição de medicação regular ou visualização de análises. Nos restantes casos, deverá ser realizada uma consulta presencial. A consulta presencial nunca deverá ser substituída pela teleconsulta e sempre que o profissional de saúde ache que o utente se deva dirigir a um Centro Hospitalar, assim deverá ser feito. Na investigação verificou-se que estes serviços são úteis em diversos aspetos e que podem ser postos em prática com segurança, sem nunca comprometer a saúde dos utentes. De acordo com Lattimer et al (2000), já em 1999, surgiu no Reino Unido o NHS Direct, executada por profissionais que garantem informação de saúde e encaminhamento de utentes para instituições. Atualmente o NHS Direct é considerado um dos maiores serviços mundiais de triagem de teleconsulta. Em 2007, foi lançado oficialmente a Saúde 24, utilizada com mais ênfase e dando mais reconhecimento à mesma durante a pandemia COVID-19. Segundo Simões (2012), a Linha de Saúde 24 tem a sua origem associada a uma seguradora do setor privado e o seu objetivo era triar, aconselhar e encaminhar pessoas de idades compreendidas entre os 0 e os 15 anos para as mais diversas instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Atualmente esta linha responde a toda a população. Em pouco tempo concluiu-se que estas linhas traziam ganhos para os serviços de saúde, reduzindo custos e consequentemente diminuindo a afluência às urgências hospitalares. Desta forma, conclui-se que os profissionais de saúde e autores presentes na revisão de literatura partilham da mesma opinião.

Quando questionados acerca deste tema, os utentes de um modo geral concordam exatamente com o que é descrito na revisão de literatura e com o que os profissionais de saúde acham, que é uma mais-valia em casos sem gravidade, sendo que todo o resto deverá ser presencial. Os utentes referem que concordam, mas ainda assim, muitos preferem dirigir-se ao local porque as interações são diferentes e sentem uma maior segurança desta forma.

Conclusão

Observando toda a área de investigação, uma das técnicas que deve ser implementada para obter uma triagem mais eficaz, poderá ser a realização dos testes de sinais vitais com maior regularidade, de forma a conseguir reduzir as percentagens de triagem subestimada e triagem sobrestimada.

Após a triagem é fundamental existir uma separação entre o que são os objetivos do Serviço de Urgência e os que não são, ou seja, existirem áreas que correspondam ao estado emergente, muito urgente e urgente. Assim, este grupo ficaria separado das áreas destinadas a prioridades reduzidas, como os utentes pouco urgentes e não urgentes.

Desta forma, ambas as situações seriam avaliadas com maior rapidez e os tempos de espera conseguiriam ser reduzidos, fazendo com que os utentes não se sentissem, em algum momento, negligenciados, melhorando assim a gestão dos SU. Desta maneira teríamos um melhor controlo no que à gestão dos utentes diz respeito, fazendo com que nenhum destes saia dos SU sem ser observado.

Realizada esta separação, os médicos das diversas áreas eram dispostos de forma a estarem disponíveis de imediato, diminuindo assim o tempo de diagnóstico do utente, visto que nas investigações realizadas, os tempos de espera estipulados não são cumpridos, algo que não deverá acontecer.

De acordo com os profissionais de saúde nesta investigação, a triagem é bem realizada nos hospitais nacionais. Esta tem como prioridade a rapidez, sem nunca esquecer o rigor e a segurança. Caso aconteça algum tipo de triagem subestimada, os profissionais de enfermagem dos Serviços de Urgência deverão ter formação em Suporte Básico e Avançado de Vida, de forma a socorrer rapidamente um utente que necessite desses cuidados, não sendo necessário esperar pelo médico para agir numa situação de emergência (Machado H., 2008).

Normalmente, quando estas situações acontecem, não é um problema da triagem, mas sim do que a precede, ou seja, é inequívoca a importância do encaminhamento após a triagem para o fluxo correto de atendimento, e nesse local é importantíssimo que exista uma hierarquia definida, sendo que não existe qualquer problema se o utente começar a ser observado por um médico menos experiente, na medida em que existe um ascendente técnico e um apoio inequívoco nas vinte e quatro horas do dia (Machado H., 2008).

Foram realizadas algumas investigações sobre atrasos no diagnóstico, tendo sido estudado e demonstrado que estes ocorriam devido a constrangimentos entre os profissionais de saúde que não têm capacidade de agir em tempo útil, adiando assim a sua decisão referente à triagem. No entanto, esta lacuna nos SU não se deve apenas aos profissionais de saúde, mas também pela impossibilidade de o hospital não conseguir dar resposta a determinados casos (Machado H., 2008).

É necessário implementar medidas mais objetivas e monitorizar utentes desde o momento em que entram no Serviço de Urgência até ao momento de saída. Estas medidas podem traduzir-se no aumento de recursos humanos, ou seja, obter mais profissionais de saúde para uma resposta mais rápida, tentando cumprir os tempos por cada escala de triagem, bem como no aumento de recursos materiais que, como sabemos, não são suficientes para dar resposta a todos os utentes que se dirigem ao SU.

Outro ponto a destacar seria a integração de uma equipa de profissionais a tempo inteiro nos Serviços de Urgência. “Como já foi referido, outros países criaram a especialidade de Medicina de Urgência, o que em Portugal, apesar dos inúmeros defensores desta estratégia, parece ainda um pouco longe de ser possível o primeiro nível de diálogo entre os parceiros relevantes” (Machado H., 2008). Para ajudar nas funcionalidades de acesso à informação, deveria ser implementado um sistema informático mais eficaz nos centros hospitalares, onde fosse possível controlar o tempo que os utentes esperam nos Serviços de Urgência e o intervalo de espera entre o primeiro diagnóstico e a conclusão do seu caso clínico.

Como foi verificado na investigação, existem programas que aumentam a eficiência e a eficácia dos Serviços de Urgência, assim como a rapidez de atendimento dos utentes e, visto que estamos numa época em que as tecnologias são tão simples de utilizar e tão autónomas, os Serviços de Urgência só têm de as implementar corretamente para assim aumentar a eficácia, quer da triagem, quer de todo o processo de gestão do utente.

Debilidades do Sistema de Triagem

Apesar de ser eficaz em muitos dos seus aspetos, o Sistema Triagem de Manchester tem debilidades, como reparámos pela investigação na ala pediátrica, tendo moderada sensibilidade e especificidade. De acordo com relatos de profissionais de saúde, deveria existir alguma diferenciação no que toca à triagem e à atribuição de prioridade de acordo com a idade, porque o que numa criança poderá não apresentar um sintoma de risco, num idoso pode ser totalmente diferente, pelo que é necessário averiguar o sistema conforme as idades.

Os profissionais de saúde queixam-se também de problemas que tornam o serviço mais lento, como o facto de o material não funcionar corretamente, como é o caso das impressoras, scanners, sistema informático lento, entre outros. É necessário avaliar esta situação e garantir que nenhum destes problemas ocorre no futuro.

Outro aspeto que tende a atrasar o serviço é a não existência de um local definido para os utentes, nem o controlo de encaminhamento para os mesmos, fazendo com que estejam em salas de espera que não são as mais

indicadas para o seu problema, tendo os profissionais de saúde que andar à sua procura, atrasando mais o seu diagnóstico e, conseqüentemente, o serviço.

Relativamente aos diversos modelos, nenhum deles pode ser considerado perfeito porque todos têm debilidades, todavia é importante estudar o que cada um tem como ponto forte e fazer os ajustes necessários para potenciar a otimização de cada um.

Quando comparados entre si, o CTAS é mais sensível e menos específico na deteção de certas patologias, o que irá requerer mais atenção que o ESI (Silva, 2009). Em contrapartida, a metodologia do CTAS e o STM demonstram boa consistência entre triadores, o que não se verifica no ESI, visto que este sistema tem pouca abrangência. Desta forma, algumas áreas dos Serviços de Urgência tendem a ficar sobrelotadas, enquanto outras estão completamente vazias. O CTAS no que respeita aos tempos de triagem é melhor, visto que carece de menores tempos de espera por utente até serem observados, sendo utilizadas áreas diferenciadas para cada nível de triagem.

De forma a concluir os resultados desta investigação, importa destacar alguns aspetos referentes à gestão dos hospitais nacionais e à validação do sistema de triagem:

- ✘ Alterar a gestão nos SU para melhorar o serviço com os recursos disponíveis;
- ✘ investir em recursos humanos/materiais;
- ✘ obter um sistema informático único por Centro Hospitalar de fácil utilização;
- ✘ assegurar a concordância entre triadores, o que contribuirá para a segurança e validade do sistema;
- ✘ obter resultados consistentes entre as diferentes unidades de saúde do Centro Hospitalar;
- ✘ identificar precocemente um doente crítico.
- ✘ alcançar melhorias nos tempos de espera dos utentes;
- ✘ formar enfermeiros de triagem com maior especificidade;
- ✘ incluir exames para determinados casos clínicos.

Ainda relativamente a esta investigação, devo mencionar que em futuras investigações ou estudos deverão utilizar amostras mais amplas, fazendo outro tipo de análise como, por exemplo, a análise quantitativa.

Futuros investigadores poderão ainda extrapolar as temáticas estudadas nesta investigação.

Referências Bibliográficas

- [1]. Advanced Life Support Group (1995) Triage, Major Incident Medical Management and Support, British Medical Journal Publishing Group, páginas 113-123.
- [2]. Aeimchanbanjong, K., & Pandee, U. (2017). Validation of different pediatric triage systems in the emergency department. *World journal of emergency medicine*, 8(3), 223.
- [3]. Albino, R. M., Grosseman, S. & Riggenbach, V. (2007). Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36 (4), 70-75. Recuperado de <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>
- [4]. Australasian College of Emergency Medicine (1994) National Triage Scale, *Emergency Medicine (Australia)*, Vol. 6, Nº 2, páginas 145-146.
- [5]. Azeredo, T. R. M., Guedes, H. M., Almeida, R. A. R., Chianca, T. C. M. & Martins, J. C. A. (2014). Efficacy of the manchester triage system: a systematic review. *International emergency nursing*, 06, 1-6. Recuperado de <http://sci-hub.io/10.1016/j.ienj.2014.06.001>
- [6]. Barnes T (1997) Triage, Illawara Area Health Services, Australia
- [7]. Beveridge B et al (2000) The Science of Triage, Society for Academic Emergency Medicine, San Francisco.
- [8]. Beveridge R, Clarke B, Janes L, Savage N, Thompson J, Dodd G, Murray M, Jordan CN, Warren D, Vadeboncoeur A. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines. *Can J Emerg Med*. 1999;1(suppl):S2-28. [Citado em 2009 abr. 12]. Disponível em: http://www.caep.ca/template.asp?id=b795164082374289bbd9c1c2bf4b8d32#guideline_s.
- [9]. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2009;July;25(7):1439-54. [Citado em 2010 Feb 24] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=en.doi:10.1590/S0102-311X2009000700002
- [10]. Cecílio LCO. A micropolítica do hospital: Um itinerário ético-político de intervenções e investigação. [Tese de Livre Docência]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2007
- [11]. Choi YF, Wong TW, Lau CC. Triage rapid initial assessment by doctor (TRIAD) improves waiting time

- and processing time of the emergency department. *Emerg Med J.* 2006; 23:262- 5. 2006; 23: 262- 5. 54. [Citado em 2010 Feb 24] Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=en.doi:10.1590/S0102-311X2009000700002
- [12]. Cecílio LCO. A micropolítica do hospital: Um itinerário ético-político de intervenções e investigação. [Tese de Livre Docência]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2007
- [13]. Choi YF, Wong TW, Lau CC. Triage rapid initial assessment by doctor (TRIAD) improves waiting time and processing time of the emergency department. *Emerg Med J.* 2006; 23:262- 5.
- [14]. Considine J, Kropman M Kelly E, Winter C. Effect of emergency department fast track on emergency department length of stay: a case control study *Emerg Med J.* 2008; 25:815-9.
- [15]. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *J Accid Emerg Med.* 1999; 16(3): 179-81.
- [16]. Coutinho, A., Cecílio, L. & Mota, J. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de manchester. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22 (2), 188-198. Recuperado de <http://www.rmmg.org/exportar-pdf/101/v22n2a10.pdf>
- [17]. Cronin JG. The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. *Accid Emerg Nurs.* 2003; 11:121-5.
- [18]. Dann E, Jackson R, Mackway-Jones K. Appropriate categorisation of mild Pain at triage: a diagnostic study. *Emerg Nurse.* 2005;13(1)28-32.
- [19]. FitzGerald, G., Jelinek, G. A., Scott, D., & Gerdtz, M. F. (2010). Emergency department triage revisited. *Emergency Medicine Journal*, 27 (2), 86-92. Recuperado de <http://sci-hub.io/10.1136/emj.2009.0770>
- [20]. Freitas, C. C., Vieira, P. R., Torres, G. V. B. & Pereira, C. R. A. (2009). Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. *Revista Dor*, 10 (1), 56-62. Recuperado de http://media.wix.com/ugd/f36792_edad2afd4f4bcc82d7d9de0e19e6700.pdf
- [21]. Freitas, P. (2002). *Triagem no Serviço de Urgência* (2ª ed.). Manchester, UK: Grupo de Triagem de Manchester.
- [22]. Gilboy N, Tanabe P Travers D, Rosenau A, Eitel DR. Emergency Severity Index. Version 4: Implementation Handbook. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2005. [Citado em 2009 abr. 12]. Disponível em <http://www.ahrq.gov/research/esi>
- [23]. Goransson K, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2005; 19(4): 432– 8.
- [24]. Hancock, W. M., & Isken, M. W. (1992). Patient-scheduling methodologies. *Journal of the Society for Health Systems*, 3(4), 83-94.
- [25]. Holman, H. R. (1993). Qualitative inquiry in medical research. *Journal of clinical Epidemiology*, 46(1), 29-36.
- [26]. Hughes G. Triage; evolution or extinction [editorial]. *Emerg Med J.* 2006;23:88.
- [27]. Freitas, C. C., Vieira, P. R., Torres, G. V. B. & Pereira, C. R. A. (2009). Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. *Revista Dor*, 10 (1), 56-62. Recuperado de http://media.wix.com/ugd/f36792_edad2afd4f4bcc82d7d9de0e19e6700.pdf
- [28]. Freitas, P. (2002). *Triagem no Serviço de Urgência* (2ª ed.). Manchester, UK: Grupo de Triagem de Manchester.
- [29]. Gilboy N, Tanabe P Travers D, Rosenau A, Eitel DR. Emergency Severity Index. Version 4: Implementation Handbook. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2005. [Citado em 2009 abr. 12]. Disponível em <http://www.ahrq.gov/research/esi>
- [30]. Goransson K, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2005; 19(4): 432– 8.
- [31]. Hancock, W. M., & Isken, M. W. (1992). Patient-scheduling methodologies. *Journal of the Society for Health Systems*, 3(4), 83-94.
- [32]. Holman, H. R. (1993). Qualitative inquiry in medical research. *Journal of clinical Epidemiology*, 46(1), 29-36.
- [33]. Hughes G. Triage; evolution or extinction [editorial]. *Emerg Med J.* 2006;23:88.
- [34]. Iserson, V. K., & Moskop, J. C. (2007). Triage in medicine, part I: concept, history and types. *Annals of Emergency Medicine*, 49 (3), 275-287. Recuperado de nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 320 (7241), 1053-1057. Recuperado de <http://scihub.io/10.1136/bmj.320.7241.1053>
- [35]. Leaman AM. See and Treat: a management driven method of achieving targets or a tool for better patient

- care? One size does not fit all [debate]. *Emerg Med J*. 2003;20:118.
- [36]. Ludke, M., & André, M. (1986). Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. *Em Aberto*, 5(31).
- [37]. Lyon F Boyd R, Mackway-Jones K. The Convergent Validity of the Manchester Pain Scale. *Emerg Nurse*. 2005;13(1):34-8.
- [38]. Machado, H. (2008). Relação entre a triagem de prioridades no serviço de urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes (Investigação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1370/1/Machado-H.pdf>
- [39]. Mackway-Jones, K., Marsden, J. & Windle, J. (2006). *Emergency triage: manchester triage group* (2ª ed.). Oxford, UK: BMJ Publishing Group.
- [40]. Mackway-Jones K, Windle J. Don't throw triage out with the bathwater [debate]. *Emerg Med J*. 2003;20:119-20.
- [41]. Martins, H. M. G., Cuña L. M. C. D. & Freitas, P. (2009). Is manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emergency Medicine Journal*, 26 (3), 183-186. Recuperado de <http://repositorio.hff.minsaude.pt/handle/10400.10/847>
- [42]. McBrien, B. (2009). Translating change: the development of a person-centred triage training programme for emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 17(1), 31-37.
- [43]. Minayo, M. C. D. S. (1994). Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. In *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia* (pp. 25-33).
- [44]. Mirhaghi, A., Mazlom, R., Heydari, A., & Ebrahimi, M. (2017). The reliability of the Manchester Triage System (MTS): a meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 10(2), 129–135. <https://doi.org/10.1111/jebm.12231>
- [45]. Olofsson P, Gellerstedt M, Carlström ED. Manchester Triage in Sweden - interrater reliability and accuracy. *Int Emerg Nurs*. 2009 Jul;17(3):143-8. Epub 2009 Feb 5.
- [46]. Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.
- [47]. Peng, L. S., Rasid, M. F., & Salim, W. I. (2021). Using modified triage system to improve emergency department efficacy: A successful Lean implementation. *International Journal of Healthcare Management*, 14(2), 419-423.
- [48]. Pink N (1977) Triage in the Accident and Emergency Department, *Australian Nurses Journal*, Vol. 6, páginas 35-36.
- [49]. Roukema J, Steyerberg EW, Van Meurs A, *et al*. Validity of the Manchester triage system in paediatric emergency care. *Emerg Med J*. 2006;23(12):906-10.
- [50]. Schellein O, Ludwig-Pistor F, Bremerich DH. Manchester Triage System: process optimization in the interdisciplinary. *Manchester Triage System. Emerg Depart Anaesthetist*. 2009;Feb;58(2):163-70.
- [51]. Scoble M. Implementing triage in a children's assessment unit. *Nurs Stand*. 2004;18(34):41-4.
- [52]. Siau, K. (2003). Health care informatics. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 7(1), 1-7.
- [53]. Silva, A. M. (2009). Triagem de prioridades - triagem de manchester (Investigação de Mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19983>
- [54]. Simões, P. (2012). Burnout dos profissionais da enfermagem nos serviços de saúde em Portugal: uma investigação de caso na Saúde 24 Porto (Investigação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9464/3/RUN%20-%20Disserta%20a7%20c3%a3o%20de%20Mestrado%20Pedro%20Sim%20c3%b5es.pdf>
- [55]. Smith, W. (2012). Triage in mass casualty situations. *Continuing Medical Education*, 30 (11), 413-415. Recuperado de www.cmej.org.za/index.php/cmej/article/view/2585/2645
- [56]. Speake D, Teece S, Mackway-Jones K. Detecting high-risk patients with chest pain. *Emerg Nurse*. 2003;(11):19-21.
- [57]. Trigo, J., Gago, P., Mimoso, J., Santos, W., Marques, N. & Gomes, V. (2008). Tempo de demora intrahospitalar após triagem de manchester nos enfartes agudos do miocárdio com elevação de ST. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27 (10),1251-1259. Recuperado de <https://www.yumpu.com/pt/document/view/26478887/tempo-de-demora-intra-hospitalar-apos-triagemde-manchester-nos>
- [58]. Turato, E. R. (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. In *Tratado da*

metodologia da pesquisa clinico-qualitativa: construção teórico- epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas (pp. 685- 685).

- [59]. Van Veen M, Steyerberg EW, Ruige M, *et al.* Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study; *BMJ*. 2008 Sep 22;337:a1501. Erratum in: *BMJ*. 2008;337:a1849. Comment in: *BMJ*. 2008;337:a1507.
- [60]. Van Veen M, Moll HA. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2009;17:38 [Citado em 2009 out 15]. Disponível em: <http://www.sjtem.com/content/17/1/38>.
- [61]. Versloot SM, Ubbink DT, Chin a Choi V, Luitse JSK. Observer agreement of the Manchester Triage System and the Emergency Severity Index: a simulation study *Emerg Med J*. 2009;Aug;26(8):556-60.
- [62]. Villela, M. B., Oliveira, A. P., & Braga, J. L. (2004). Modelagem ontológica no apoio à modelagem conceitual. *Simpósio brasileiro de engenharia de software*, 18.
- [63]. Wulp I, Van Baar ME, Schrijvers AJ. Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. *Emerg Med J*. 2008;25(7):431-4.
- [64]. Yu, J. Y., Jeong, G. Y., Jeong, O. S., Chang, D. K., & Cha, W. C. (2020). Machine learning and initial nursing assessment-based triage system for emergency department. *Healthcare*