

**DIFICULDADES PERCECIONADAS PELOS ENFERMEIROS NA
REALIZAÇÃO DA TRIAGEM DE MANCHESTER E FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS ASSOCIADOS**

Cladimira da Graça Gonçalves Ferreira

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica

Orientação Científica:

Professora Doutora, Maria Gorete de Jesus Baptista

Bragança, 2023

Ferreira, C.G.G. (2023). Dificuldades percebidas pelos enfermeiros na realização da Triagem de Manchester e fatores sociodemográficos e profissionais associados. Trabalho de Projeto. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

“Sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta etapa gostaria de agradecer:

À minha mãe, pai e avó que me ensinaram a nunca desistir dos meus sonhos.

À minha irmã Emile, foi um alicerce durante o meu estudo, sempre esteve ao meu lado a me encorajar a enfrentar muitos desafios; também às minhas irmãs Danila, Clotilde, Daniela, Kelly e ao meu irmão Danilton que esteve a acompanhar o meu percurso, mesmo à distância, utilizando palavras encorajadoras.

Às minhas primas, Katia e Solange e aos meus primos, Nicarlos e Denílson a quem devo um grande favor.

À minha amiga Sandra que esteve presente e me ajudou, desde o início até ao fim da minha investigação, bem como os amigos, Zé, Dino, José Luís, Spínola, Jailson, Dany, Maikel.

À minha orientadora, Doutora Maria Gorete de Jesus Batista, pela sua orientação, disponibilidade e compreensão ao longo do desenvolvimento do meu trabalho de investigação, foste muito explícita e disponível.

MUITO OBRIGADA A TODOS!

RESUMO

Introdução: O Sistema de Triagem de Manchester (TM) é um protocolo utilizado em serviços de urgência (SU) que se baseia na identificação da queixa do doente, a partir da qual o enfermeiro escolhe o fluxograma mais apropriado que irá conduzir o raciocínio durante o processo, orientado por discriminadores, distribuídos entre os níveis de prioridade. É classificado em cinco diferentes níveis de prioridade identificados por número, nome, cor e tempo-alvo, até ao início da avaliação médica.

Objetivo: Analisar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros na realização da Triagem de Manchester em serviços de urgência de uma unidade hospitalar do norte de Portugal e sua relação com variáveis sociodemográficas e profissionais.

Metodologia: Foi realizado um estudo transversal analítico numa amostra de 34 enfermeiros que realizam TM nos SU de uma Unidade Local de Saúde do norte de Portugal. Foi elaborado e aplicado um questionário para a recolha dos dados na plataforma informática *Google Forms*, onde se gerou um *link* de convite para preenchimento pelos enfermeiros dos SU. Obteve-se uma amostra de 34 enfermeiros.

Resultados: A amostra do estudo é maioritariamente do sexo feminino (73,5%) e tem mais de 40 anos (52,9%), têm mais de 10 anos de tempo de serviço e a maior parte são especialistas (44,1%). A maioria (67,3%) respondeu demorar de 1 a 3 minutos na realização da triagem de Manchester e reportaram-se a maiores dificuldades sentidas quando são expostos a situações de violência verbal e física dos utentes e familiares. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as dificuldades sentidas na triagem de Manchester e as variáveis em estudo. Apenas relativamente ao género ressalta uma concordância significativamente maior na dificuldade em enfermeiros do sexo feminino lidarem com queixas inespecíficas dos utentes.

Conclusão: Apesar de enfrentarem grandes desafios, de uma forma geral os enfermeiros que participaram no estudo encontram-se confiantes na realização da Triagem de Manchester, não verbalizando grandes dificuldades. Sugerimos mais informação de uma forma direta aos utentes (leigos) sobre serviço de urgência, o que é? E para que serve? E os critérios utilizado no SU(sistema de triagem de Manchester).

Palavras-chave: Triagem de Manchester; Urgência, Enfermagem, Dificuldades sentidas

ABSTRACT

Introduction: The Manchester Triage System (TM) is a protocol that is based on identifying the patient's complaint, from which the nurse chooses the most appropriate flowchart that will guide the reasoning during the process, guided by discriminators, distributed among priority levels. It is classified into five different priority levels identified by number, name, color and target time, until the beginning of the medical evaluation.

Objective: To analyze the difficulties perceived by nurses in carrying out the Manchester Triage in emergency departments of a hospital unit in the north of Portugal.

Methodology: An analytical cross-sectional study was carried out in a sample of 34 nurses who perform MT in the ER of a Local Health Unit in the north of Portugal. A questionnaire was designed and applied for data collection on the Google Forms computer platform, where an invitation link was generated to be completed by the ER nurses. A sample of 34 nurses was obtained.

Results: The study sample is mostly female (73.5%) and is over 40 years old (52.9%), on average they have 218.47 months of service time and most are specialists (44, 1%). The majority (67.3%) responded that it took 1 to 3 minutes to complete the Manchester screening and reported greater difficulties experienced when exposed to situations of verbal and physical violence by users and family members. No statistically significant differences were found between the difficulties experienced in the Manchester triage and the variables under study, only with regard to gender, a significantly greater agreement in the difficulty of dealing with non-specific complaints presented by users by female nurses stands out.

Conclusion: Despite facing great challenges, in general, the nurses who participated in the study are very satisfied with carrying out the Manchester screening, not expressing major difficulties. We suggest more information in a direct way to the users (laymen) about emergency service, what is it? And what is it used for? And the criteria used (Manchester triage system).

Keywords: Manchester screening; Urgency, Nursing, Difficulties experienced

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS E ACRÓNIMOS

AACR - Acolhimento Avaliação e Classificação de Risco

CR- Classificação de Risco

ESSa - Escola Superior de Saúde

DGS- Direção Geral da Saúde

DE - Departamento de Emergência

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

GPT - Grupo Português de Triagem

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IPB - Instituto Politécnico De Bragança

IRD – Instrumento de Recolha de Dados

MS - Ministério de Saúde

OM - Ordem dos Médicos

OE - Ordem dos Enfermeiros

P - Profissionais

PE – Processo de Enfermagem

PSP - Polícia de Segurança Pública

SD – Sociodemográficos

SIEM - Serviço Integrado de Emergência Médica

SNA - Serviço Nacional de Ambulâncias

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SRC- Secção Regional do Centro

STM - Sistema de Triagem Manchester

ST - Sistema de Triagem

SU - Serviços de Urgência

TM - Triagem de Manchester

ULSNE – Unidade Local Saúde Nordeste

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

VMER - Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. O SERVIÇO DE URGÊNCIA: CARACTERÍSTICAS E FUNCIONALIDADES.....	16
2. SISTEMAS DE TRIAGEM EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA.....	19
2.1. Sistema de Triagem de Manchester	21
3. OS ENFERMEIROS E O PROCESSO DE TRIAGEM DE MANCHESTER	27
3.1. A tomada de decisão	30
3.2. Potenciais dificuldades sentidas pelos enfermeiros	33
PARTE II ESTUDO EMPÍRICO	
1. METODOLOGIA	38
1.1. Tipo de Estudo	38
1.2. População e Amostra	38
1.3. Instrumento de recolha de dados	39
1.3.1 Variáveis do estudo e sua operacionalização.....	40
1.4. Procedimentos de recolha de dados	41
1.5. Considerações Éticas	42
1.6. Procedimentos de análise dos dados	43
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	44
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	52
CONCLUSÕES	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
APÊNDICES E ANEXOS	73
Apêndice I - Questionário.....	74
Anexo I – Autorização para aplicação do Instrumento de Recolha de Dados	Error!
Bookmark not defined.	
Anexo II - Comprovativo da submissão de artigo numa revista de enfermagem.....	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Triagem de Manchester é classificado em cinco diferentes níveis de prioridade identificados por número, nome, cor e tempo-alvo	23
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização da amostra.....	44
Tabela 2- Dificuldades encontradas pelos profissionais na triagem de utentes na execução do Protocolo de Manchester.....	45
Tabela 3- Dificuldades sentidas na triagem de Manchester por género dos enfermeiros.	46
Tabela 4- Dificuldades sentidas na triagem de Manchester por grupo etário dos enfermeiros.....	47
Tabela 5- Dificuldades sentidas na triagem de Manchester consoante tempo de serviço.	49
Tabela 6- Dificuldades sentidas na triagem de Manchester consoante a categoria profissional dos enfermeiros	50

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os serviços de saúde têm vindo a apresentar uma vasta gama de problemas relacionados com o atendimento de urgência e emergência. Segundo dados do INE (2020) pode constatar-se que, em 2018, a doença em Portugal representou cerca de 82,4% das visitas aos SU (p. 5). Em 2018, a procura dos SU foi de 7,8 milhões de atendimentos, mais 2,5% que em 2017 e mais 5,8% que em 2008. Em 2019, (INE, 2021) foram realizados 8,2 milhões de atendimentos nos SU dos hospitais, o que representa um acréscimo de 322,7 mil atendimentos em relação a 2018 (mais 4,1%) e um aumento de 654,3 mil atendimentos em relação a 2009 (mais 8,7%). Demonstra que cada ano aumenta gradualmente a procura do atendimento de SU, devido aos acidentes, a violência urbana e situações de doença relacionadas com o estilo de vida, o envelhecimento da população e comorbilidades subsequentes.

Para garantir segurança, humanização e qualidade a todos os utentes que procuram a Emergência, foi desenvolvido em 1997, na cidade de Manchester, em Inglaterra, o Sistema de Triagem de Manchester (STM) tem sido utilizado em muitos países, podendo ser realizado por médicos ou enfermeiros habilitados, mais frequentemente enfermeiros. Em Portugal, o Hospital Fernando Fonseca (Amadora Sintra) e o Hospital de Santo António (Porto) foram os primeiros a implementar o STM, tendo o seu início em 15 de outubro de 2000. Por meio deste sistema é possível a identificação das prioridades no atendimento e a subsequente definição dos tempos limites recomendados até à avaliação clínica.

O Ministério da Saúde (MS) definiu o STM como o método de triagem a implementar obrigatoriamente em todos os serviços de urgência (SU) do país, sendo realizado, na sua maioria, por enfermeiros que estejam habilitados com formação específica para o efeito (Curso de Triagem de Manchester) e se inscreve na bolsa nacional de triadores no Grupo Português de Triagem (Costa, 2020).

Várias dificuldades podem surgir pelos profissionais que realizam o processo de triagem, destacando-se a insatisfação decorrente da tarefa, as elevadas afluências dos doentes em relação à capacidade do serviço, alterações no estado de saúde do doente em consequência do tempo de espera (por vezes os doentes acabam por desistir sem ter atendimentos

médicos), o questionamento médico da avaliação realizada pelo enfermeiro, a dificuldade na descrição de queixas por parte dos doentes e ainda a violência física e/ou verbal por parte de acompanhantes e doentes (Moreira et al., 2017 e Hermida et al., 2017, citados por (aCosta et al., 2020).

Um estudo realizado em Portugal sobre as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros que realizam triagem e o seu grau de satisfação com o processo de triagem concluiu que os enfermeiros percecionam mais dificuldades em lidar com as queixas dos doentes relativamente ao tempo de espera para atendimento e com o facto de os médicos questionarem o seu desempenho na triagem. Com a falta de conhecimento sobre STM por parte dos utentes que procuram o serviço de urgência, acabam por negligenciar os atendimentos prestados por enfermeiros (aCosta et al., 2020).

O STM é uma preciosa ferramenta que permite a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até à primeira observação médica, quer em situações normais de um serviço de urgência, quer em situações de catástrofe ou emergência com multivítimas, ou seja, é um protocolo de avaliação de risco clínico que é efetuado na admissão do doente no serviço de urgência. De acordo com Cavaleiro, (2021) fazer triagem segundo Sistema de Manchester é identificar critérios de gravidade que classifica os pacientes através de cores após uma avaliação que inclui verificação de seus sinais, sintomas e nível da dor, que representam, assim, a gravidade do quadro e o tempo de espera (urgência) para atendimento de cada paciente, de forma objetiva e sistematizada, definindo a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido, tendo por base os problemas identificados e não os diagnósticos.

“O STM, consiste em identificar a queixa inicial (sinais e sintomas) do doente e seguir o fluxograma mais adequado a essa queixa, existe um total de 52 fluxogramas que abrangem todas as situações previsíveis” (Cavaleiro, 2021, p. 31).

Assim sendo, no âmbito do curso de mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, resolvemos pesquisar sobre a temática, surgindo a seguinte questão de partida: “Quais são as dificuldades dos enfermeiros que realizam triagem de Manchester nos serviços de urgência da Unidade Local de Saúde do Nordeste Transmontano?”

Decorrente da questão de investigação delinear-se os seguintes objetivos:

Objetivo Geral: Analisar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros na realização da triagem de Manchester nos serviços de urgência de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal e a sua associação com variáveis sociodemográficas e profissionais.

Objetivos Específicos:

Descrever as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros participantes no estudo;

Identificar as principais dificuldades percebidas pelos enfermeiros da amostra na realização da triagem de Manchester;

Analisar a relação entre as dificuldades percebidas na realização da triagem de Manchester e as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros da amostra.

No que concerne à estrutura e organização deste estudo, o trabalho encontra-se dividido em duas partes fundamentais: o enquadramento teórico e estudo empírico.

A primeira parte, apresenta a revisão bibliográfica que fundamenta o estudo, dando destaque às variáveis em estudo. Na segunda parte é apresentada a metodologia utilizada no estudo empírico e são apresentados os resultados obtidos, assim como a sua análise e discussão em confronto com o estado da arte sobre o tema.

Os enfermeiros do serviço de urgência, sem dúvida que enfrentam desafios ao realizar a Triagem de Manchester, pois têm de lidar com a pressão de tomar decisões rápidas e precisas perante um elevado número de pacientes, enquanto também têm de garantir cuidados de qualidade e priorizar as necessidades emergentes e urgentes.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O SERVIÇO DE URGÊNCIA: CARACTERÍSTICAS E FUNCIONALIDADES

O Serviço de Urgência, para além de ser o rosto e a porta de entrada de um hospital, pelas suas características próprias é um ambiente de stress, com imprevisibilidade e em que as ações estão dependentes do tempo, com um ritmo de trabalho acelerado em que todos os minutos contam.

Segundo Ferreira (2020), uma das implicações é que não existem números concretos de dotação segura para alocação dos enfermeiros à sala de emergência, nem normatização acerca da necessidade de exclusividade de funções em relação aos enfermeiros que aí prestam cuidados. Pelo carácter de emergência implícito a grande parte das situações atendidas, reflete-se a necessidade de haver uma equipa profissional muito bem preparada e capacitada com conhecimentos, com competências técnicas e psicomotoras, na tomada de decisão e rapidez na sistematização do trabalho em equipa.

Mundialmente, o Serviço de Emergência Médica está dividido em dois modelos: o Modelo Franco Germânico, no qual as ambulâncias têm médicos e enfermeiros, e o Modelo Anglo-Americano, onde as ambulâncias são compostas por Técnicos de Emergência Médica com treino em Suporte Básico de Vida, Suporte Intermédio de Vida e Suporte Avançado de Vida. Em ambos os casos, são implementadas técnicas modernas de suporte de vida, tecnologias e outros dispositivos de forma a reduzir incertezas médicas, garantindo que o doente obtém o melhor cuidado pré-hospitalar possível, segundo os padrões e códigos de conduta internacionais. Em Portugal foi adotado uma variante do Modelo Franco-Germânico e do Anglo-Americano (Sebe, 2017, p.1).

Segundo o mesmo autor refere que o primeiro Serviço Integrado de Emergência Médica criado em Portugal foi em 1965, em Lisboa. Ao ligar o número 115, era ativada uma Ambulância, tripulada por elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP), que eram responsáveis por prestar os primeiros socorros e transportar as pessoas para os hospitais mais próximos. Em 1971, foi criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (antecessor do

Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM) com o objetivo de prestar apoio pré-hospitalar em todo o país. Nesta altura, o corpo dos bombeiros passou a fazer parte do Serviço de Emergência, situação que se mantém até hoje. Posteriormente, em 1981, foi criado o INEM, resultado da fusão entre o Gabinete de Emergência Médica e o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA). O Ministério da Saúde passou a ser a entidade responsável pelo Serviço Integrado de Emergência Médica (SIEM). Em 1982, a Cruz Vermelha Portuguesa integrou o SIEM e, em 1987, foi estabelecido o primeiro Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Entre 1995 e 2010, deu-se a expansão do CODU e da rede de Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e a formação de novos meios de socorro por todo o território português (p. 2).

Para Palricas (2022) o SU em Portugal toma esta designação ao inverso do que se passa em países anglo-saxónicos, em que este tipo de serviço é chamado de serviço de emergência. No âmbito da terminologia portuguesa é percecionado que o conceito de Urgência engloba o de Emergência, ou seja, todas as situações de urgência, são urgentes, sendo que o contrário não é verdadeiro. Assim sendo é necessário definir os termos emergência e urgência, no âmbito da saúde.

Será importante, para que se depreenda a lógica de funcionamento dos SU, esclarecer o conceito de doente emergente e de doente urgente. Doente emergente é aquele que apresenta uma situação clínica com risco instalado, ou iminente, de falência das funções vitais como por exemplo: Hemorragias, parada respiratória e parada cardíaca. E doente urgente é o que apresenta uma situação clínica com potencial de falência das funções vitais, como por exemplo: Luxações, torções, fraturas (dependendo da gravidade) e dengue (Amaral, 2017).

O SU continua a ser o verdadeiro desafio para o SNS, aberta 24/dia 365 dia/ anos onde tudo acontece de uma forma não programada exigindo resposta atempada eficaz, cientificamente adequada. É um espaço dotado de vastos meios de diagnóstico e de terapêutica que se destinam a auxiliar os profissionais de saúde das diversas especialidades que aí exercem a aliviar o sofrimento agudo de todos os clientes que a ele acorrem.

Equivale a prestar cuidados às pessoas que se apresentem com situações de doença aguda e da qual possa resultar a morte, sequelas graves ou sofrimento (Magalhães, 2017).

O “serviço de urgência está apetrechado com elevada tecnologia para tratar a doença e evitar a morte” (Moura, 20107, p. 50).

2. SISTEMAS DE TRIAGEM EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA

De acordo com Bahlis (2020), o termo triagem vem do francês trier, que significa separar. Os primeiros registros de triagem são das guerras napoleônicas, no início do século XIX. O cirurgião chefe do exército de Napoleão, Dominique Jean Larrey, priorizava o atendimento de acordo com a gravidade dos soldados feridos e não por sua patente. O processo de triagem foi aperfeiçoado ao longo do tempo, mas continuou relacionado a guerras ou a grandes catástrofes, até o início da sua utilização na população civil nas primeiras décadas do século (p. 30).

A triagem no serviço de urgência é um sistema de priorização de doentes que, através de um conjunto de critérios, faz a sua seriação sinalizando de forma rápida aqueles que se encontram em situação de risco de vida, ou seja, é um instrumento de equidade no acesso aos cuidados de saúde, dinâmico e sistemático, que permite a hierarquização na prestação de cuidados, de forma a traduzir fidedignamente a urgência efetiva de cuidados. por isso, ao determinar a gravidade da situação de cada paciente, os profissionais podem oferecer uma assistência mais objetiva (Cruz, 2021).

Os sistemas de triagem (ST) são desenhados para determinar quem não terá prejuízo ao aguardar mais tempo por atendimento, assim como quem necessita de atenção imediata. Essa prática é utilizada, principalmente, quando não existem recursos suficientes para tratar todos os pacientes de forma imediata. A necessidade de triagem é aumentada pelo aumento número de casos de emergências, podendo inclusive ocasionar a necessidade de bloquear o acesso de pacientes, encaminhando aqueles que exigem cuidado menos especializado para centros de menor complexidade, por forma a assegurar que os utentes sejam atendidos em função de critérios clínicos e não pela simples ordem de chegada. Pode-se dizer que surgiu a necessidade de criação de um sistema organizado de gestão de utente, ou seja, os sistemas de triagem em serviços de emergência foram desenvolvidos para lidar com a superlotação (Bahlis, 2020).

Segundo Ferreira (2020), a triagem deve ser realizada por profissionais de saúde previamente treinados, pois essa capacitação tem-se mostrado eficiente na abordagem das vítimas e auxiliando nos índices de sobrevivência. Assim, a equipe consegue agir com agilidade, competência e ciência em todos os atos. Embora seja um dos processos mais básicos da área da saúde, a triagem é de extrema importância para que os profissionais possam oferecer um atendimento eficaz para os pacientes.

Os sistemas de triagem que existem atualmente são baseados em consensos de grupos de especialistas na área da emergência. Estes grupos criaram sistemas de algoritmos, baseados na avaliação do risco clínico e nas evidências usadas para definir o grau de severidade da doença ou da condição do doente. Estes sistemas estão dimensionados em três, quatro ou cinco níveis de classificação, sendo os últimos os de maior complexidade. São os sistemas de triagem a cinco níveis os que têm demonstrado maior validade em relação aos de três níveis, tendo sido os estudos predominantemente realizados nos respectivos países de origem e na população adulta. Com o tempo, a triagem passou por diversas adaptações, para atender as necessidades de cada área da saúde da melhor maneira possível. Por isso, surgiram diferentes modelos desse procedimento, para cada campo e situação em diferentes segmentos da saúde (Barbosa et al., 2017 citado por Cruz (2019)).

É importante destacar que o objetivo de um sistema de triagem deve ser a realização de diagnóstico clínico, mesmo que inicial. O tempo de triagem deve ser rápido, diferente de uma consulta completa, o que resultaria em erros diagnósticos. Além disso, o diagnóstico não está necessariamente ligado ao nível de prioridade do atendimento, visando discriminar os atendimentos mais graves que necessitam de prioridade, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade, deste modo, o sistema de triagem tem a finalidade de selecionar o doente que detém prioridade no atendimento (Bahlis, 2020).

“Contudo a triagem foi-se modernizando ao longo dos anos. Atualmente os ST mais comuns são a triagem pré-hospitalar e a triagem hospitalar, sendo que a principal característica que as diferencia é o ambiente em que são aplicadas” (Salgueiro, 2019 p. 33).

2.1.Sistema de Triagem de Manchester

O Manchester Triage System ou Sistema de Triagem de Manchester (STM) foi criado e implementado em 1997 no Hospital de Manchester. Desde então, este sistema tem sido implementado em diversos países. Está implementado, além do Reino Unido, em quase toda a Europa, predominantemente na Irlanda, Portugal, Espanha, Itália, Alemanha, Suécia, Holanda, assim como em Hong Kong e Japão. Em Portugal foi adotado como política nacional e está em funcionamento em vários hospitais desde 2000, por intermédio do Grupo Português de Triagem (GTP), com o endosso do Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos (OM) e Ordem dos Enfermeiros (OE) (Amaral, 2017, p.11).

O grupo de trabalho para o desenvolvimento da triagem de Manchester foi criado em novembro de 1994, na Inglaterra, com o objetivo de estabelecer um consenso entre enfermeiras e médicos a respeito do processo de triagem. O grupo trabalhou com cinco objetivos principais: desenvolver uma nomenclatura única, uma definição única, um método de triagem robusto, um pacote de treinamento e um guia de auditoria para triagem (Bahlis, 2020). Segundo este autor “o sistema de triagem de Manchester foi avaliado em diversos estudos desde o início de seu uso na Europa. Os principais desfechos para qual foi validado foram morte na unidade de emergência e intra-hospitalar, necessidade de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e necessidade de uso de recursos” (p.34).

De entre os sistemas de triagem existentes, destaca-se o Sistema de Triagem de Manchester (STM), um protocolo que se baseia na identificação da queixa, a partir da qual o enfermeiro escolhe o fluxograma mais apropriado, que irá conduzir o raciocínio durante o processo, pois são orientados por discriminadores, distribuídos entre os níveis de prioridade. Os discriminadores apresentam-se em forma de perguntas estruturadas (sinais e sintomas) que se iniciam a partir da prioridade mais elevada em direção à mais baixa (bCosta et al, 2020).

Segundo Bahlis, (2020) os discriminadores são fatores que diferenciam os pacientes de forma a serem alocados em uma das cinco categorias de prioridade. Eles podem ser gerais ou específicos e são organizados no formato ABCDE. O STM sugere perguntas

estruturadas dentro de cada fluxograma para facilitar a escolha do discriminador. Uma vez definido o discriminador, o profissional aloca a prioridade de acordo, iniciando então o andamento do cuidado. A triagem é um processo dinâmico e não é realizada apenas quando o paciente chega, sendo realizado monitoramento do paciente e retriagem quando necessário. “Nesse contexto, destaca-se o STM, principal protocolo norteador da classificação de risco, o qual distribui os níveis de gravidade em cinco cores, as quais triam os pacientes em um tempo limite para que recebam o atendimento” (p. 33).

Mackway et al., (2018) citado por bCosta, et al., (2020), no STM o paciente pode ser classificado em cinco diferentes níveis de prioridade identificados por número, nome, cor e tempo-alvo até o início da avaliação médica, sendo elas: prioridade 1ª Emergência (Vermelho - atendimento imediato); prioridade 2ª Muito Urgente (Laranja - atendimento em até 10 minutos, Necessitam de atendimento praticamente imediato); prioridade 3ª Urgente (Amarelo - atendimento em até 1 hora, – Necessitam de atendimento rápido, mas podem aguardar); prioridade 4ª Pouco Urgente (Verde - atendimento em até 2 horas, Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde); e prioridade 5ª Não Urgente (Azul - atendimento em até 4 horas, Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde) (Mackway et al., 2018; Costa, et al, 2020). O Grupo Português de Triagem (GPT) implementou ainda a cor branca dentro do protocolo de Manchester, a fim de identificar e monitorar a procura dos usuários por questões administrativas, como exemplo os retornos para reavaliação pós-alta, exames, procedimentos eletivos, terapêutica não programada, dentre outros (bCosta, et al, 2020, p. 2).



Figura 1 – Triagem de Manchester é classificado em cinco diferentes níveis de prioridade identificados por número, nome, cor e tempo-alvo

http://redec.com.br/blog/classif_risco/importancia-do-protocolo-de-manchester/#

O STM veio para otimizar as triagens de atendimento de urgência e emergência, permitindo a equidade no atendimento para o paciente. Esse sistema, entretanto, torna-se pouco efetivo se não for utilizado e aplicado corretamente por profissionais qualificados, treinados e comprometidos, bem como a devida integração quanto ao restante do corpo de profissionais de saúde. A estrutura física hospitalar também precisa ser compatível com a demanda para que possa entrar nas exigências físicas determinadas pelo STM (Chabudé et, al., 2019).

“A triagem termina com o encaminhamento do doente para a área específica de atendimento ou sala de espera, de acordo com o protocolo de encaminhamento de doentes de cada serviço de urgência e suas especificidades” (Azevedo 2021, p. 41)

O GPT referiu que o objetivo da metodologia de triagem deveria ser concebido de forma a imputar uma prioridade clínica, baseando esta decisão em três grandes princípios: facilitar a gestão clínica do doente e em simultâneo facilitar a gestão do serviço, o que será conseguido se houver uma atribuição exata de uma prioridade clínica; nunca pensar na obtenção de diagnósticos e a prioridade deverá refletir um número de aspetos de uma condição particular apresentada pelo doente (Amaral, 2017).

Silva et al., (2021) citado por Oliveira (2022) referiu que o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) possui a finalidade de promover melhorias na organização dos serviços de saúde, de modo a minimizar os problemas de gestão e possibilitar um melhor atendimento aos indivíduos que necessitem de aporte assistencial referente à UE.

O GPT afirma que a avaliação da dor é uma componente essencial do STM e deverá ter em consideração a intensidade, localização, irradiação e periodicidade. É um elemento relevante, contudo de difícil avaliação, por compreender aspetos subjetivos e complexos envolvendo tanto o doente como o profissional de triagem. A escala de dor da TM é numérica e visual e vai do zero - sem dor, ao dez a pior dor. A cada número da escala corresponde uma classificação de dor e uma prioridade, podendo ser leve e recente com início até sete dias (um ao quatro) correspondente à prioridade verde, moderada (cinco ao sete) - prioridade amarela ou grave (oito ao 10) - prioridade laranja. É utilizada em Pediatria a mesma escala, mas aditada, em nova edição, de uma série de imagens estilizadas do ursinho panda, para ser usada em crianças menores (Amaral, 2017). Ainda, "...a aplicação do Sistema de Triagem de Manchester (STM) tem inerente um processo de auditoria interna e externa que confirma se os requisitos, atividades e os resultados referentes ao sistema estão implementados e são cumpridos "(p. 45).

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

O mesmo grupo define algumas características inerentes ao auditor interno:

Possuir conhecimentos sobre o STM e deter o curso de triagem no serviço de urgência; ter formação específica em auditoria, nomeadamente o curso de formação de formadores e auditores do protocolo de TM; possuir competências de comunicação e relacionamento; possuir capacidade de análise, síntese e tomada de decisão; Ser reconhecido como profissional competente e idóneo (Azevedo, 2021, p. 42).

Segundo Amaral (2017) a realização de auditoria ao STM de um SU segue uma metodologia, determinada pelo GPT que é:

Auditoria individual por episódio de urgência: é recomendável que mensalmente sejam selecionados aleatoriamente e auditados, por cada triador, pelo menos cinco processos de triagem. São dois auditores que apreciam cada caso, sendo um deles imperiosamente um médico.

Os parâmetros avaliados são: Documentação legível e registo apropriado; Seleção do fluxograma; Seleção do discriminador; Atribuição da prioridade; Utilização da escala da dor (se aplicável); Retriagem (se aplicável).

Auditoria individual retrospectiva: resume-se no relatório que sumariza o cumprimento individual de cada triador, atendendo os respetivos casos que foram avaliados. Relatório que deve reproduzir pontos fracos e fortes do desempenho individual, pretendendo reconhecer as áreas onde é essencial proceder à nova formação do profissional de saúde em questão.

Auditoria global: focando os casos que foram avaliados, expõe os resultados do desempenho global do SU.

Segundo Azevedo (2021, p. 42), a implementação do STM prevê, para além de auditorias internas, um processo de auditorias externas realizado por auditor externo à instituição, nomeado pelo GPT, que tem os seguintes objetivos:

- Garantir a fiabilidade do protocolo de TM;
- Garantir a reprodutividade e comparabilidade dos resultados do sistema;
- Dar credibilidade aos indicadores produzidos pelo sistema e,
- Cumprir o protocolo tipo firmado entre o GPT e os hospitais aderentes à triagem de Manchester.

3. OS ENFERMEIROS E O PROCESSO DE TRIAGEM DE MANCHESTER

Segundo Costa, (2020) É o enfermeiro triador que estabelece o primeiro contacto com os utentes, sendo responsável por decidir a natureza da prioridade em termos de emergência de cuidados que estes necessitam. Os enfermeiros devem possuir competências próprias, raciocínio rápido, destreza manual e resolutividade dos problemas que se apresentam, tendo em vista o grande número de procedimentos a serem desenvolvidos, o estado de saúde do utente e a limitação do fator tempo. O processo de triagem requer capacidade de interpretação, discriminação e avaliação. Sendo, para isso, necessário o raciocínio clínico, o reconhecimento de padrões, a formulação de hipóteses, a representação mental e a intuição.

No entanto, segundo pesquisas realizadas em unidades de urgência e emergência, foi constatado que o processo de classificação de risco exercida pelos profissionais da enfermagem é questionado pelos usuários (Santos et al, 2019). Também Lacerda et al. (2019) confirmaram a falta de informações dos usuários/pacientes em relação ao Sistema de Triagem Manchester, utilizado como protocolo de classificação de risco. Concluíram que desconhecem a distribuição de cores e o motivo de algumas pessoas serem atendidas prioritariamente. Desse modo, os clientes questionam a classificação feita pelo enfermeiro e, conseqüentemente, questionam a sua eficiência, tendo uma concepção de injustiça, advinda da carência de informação sobre o protocolo.

Para Costa (2020) a correta determinação da prioridade de atendimento, o enfermeiro deve ter em conta os fatores demográficos, os mecanismos de lesão apresentada, os parâmetros fisiológicos avaliados, os dados anatómicos e o juízo clínico procedendo também à observação do comportamento do utente, da expressão verbal e não-verbal de dor e aos sinais clínicos apresentados, fazendo o registo correto destes aspetos. Por isso, o sistema de triagem deve permitir que o enfermeiro seja experiente para poder ter rapidez na execução, facilidade na compreensão e implementação, ser reproduzível, ser dinâmica.

Com base nessa premissa, o enfermeiro ao realizar a classificação de risco pelo STM nas unidades de emergência, ainda que de maneira rápida e sucinta devido à característica desse

protocolo, também utiliza etapas do Processo de Enfermagem (PE), pois necessita de uma coleta de dados com identificação de sinais, sintomas e fatores de risco apresentados pelo paciente, para pensar criticamente sobre cada situação. (Franco et al., 2018, p. 2)

O enfermeiro possui um conjunto de características que lhe permitem responsabilizar-se pela sua unidade de atuação, melhorar os processos de classificação de risco e encaminhar o utente para a área médica mais adequada conforme o seu quadro clínico. De acordo com Costa (2020) a maioria dos sistemas de triagem conta com enfermeiros experientes para realizar a triagem. Existe evidência, que a eficácia da triagem está associada à experiência em emergência do enfermeiro triador. Dado que estas características se desenvolvem ao longo dos anos, um enfermeiro triador deve ser dinâmico, possuir conhecimento técnico-científico e experiência em emergências. Faz parte do seu papel recolher dados sobre a sintomatologia, medicações em uso e deteta possíveis déficits de conhecimento nesses aspetos, ou ainda relativos às questões de fluxo e especificidade de atendimento do setor.

A capacidade de escuta é fundamental no processo de triagem pois é nesse momento que utente vai expor as suas queixas. É importante que o enfermeiro entenda o acolhimento como um compromisso com o outro, compartilhando as suas angústias e necessidades, não pode ser entendido somente como uma forma de triagem e encaminhamento do utente. É também fundamental que o enfermeiro detenha técnicas de comunicação no relacionamento com o utente e família, uma vez que é necessário que a entrevista seja objetiva e clarifique rapidamente a situação de saúde do utente que recorre ao SU e defina a sua prioridade clínica (Costa, 2020). Além disso, para a correta determinação da prioridade de atendimento, o enfermeiro deve proceder à observação do comportamento do doente, bem como a expressão verbal e não-verbal de dor e aos sinais clínicos apresentados, fazendo o registo correto destes aspetos. Quando necessário deve encaminhar os doentes para outros serviços, garantindo a continuidade da assistência.

O aconselhamento telefónico de enfermagem, de acordo com Louzada (2018) Citado por Fernandes (2019) é uma das atividades do enfermeiro, e consiste na assistência ao doente,

com o objetivo de o ajudar a resolver um problema através da conversação. Mais acrescenta, o enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos e habilidades, bem como da capacidade de estabelecer uma comunicação empática, por forma a realizar uma avaliação objetiva, identificando o problema e a capacidade do doente ou dos seus familiares para a sua resolução. (p. 20)

Referem que no ambiente agitado do serviço de urgência, a comunicação desempenha um papel importante na eficácia do processo de triagem, o enfermeiro da triagem é a pessoa mais solicitada para informações e conselhos, que deve ser capaz de comunicar com os doentes, acompanhantes, elementos da emergência pré-hospitalar, pessoal administrativo, médicos, enfermeiros entre outros, e que no decorrer da triagem deve estabelecer um processo de comunicação funcional para permitir uma avaliação efetiva dos doentes (Cruz, 2019)

Segundo Ferreira et, al. (2020) o enfermeiro está diretamente ligado ao atendimento pré-hospitalar, hospitalar sendo necessária uma preparação para saber lidar com o cenário em que irá atuar. A experiência adquirida no cotidiano é extremamente necessária para agir com habilidade e competência. O enfermeiro tem se dedicado bastante em se especializar e investir em meios para consolidar sua função e obter um reconhecimento do trabalho prestado.

A linguagem não verbal que o enfermeiro da triagem adota, também é um aspeto a ter em consideração. O tom de voz, a linguagem corporal, expressão facial e postura são aspetos comunicacionais que podem ser facilitadores ou não na comunicação com o doente. Os enfermeiros e os doentes reagem de forma diferente a situações e momentos stressantes. E por isso, é importante que o enfermeiro mantenha, mesmo perante situações potenciadoras de stress, uma postura calma, assertiva, um tom uniforme e uma linguagem corporal neutra (Cruz, 2019).

Considerando também os aspetos éticos da profissão, ao enfermeiro compete responder apropriadamente às questões, solicitações e problemas do utente e demonstrar comportamentos adequados no que diz respeito à ética e à deontologia da profissão, que servem de um lado, para controlar a ação dos membros de um grupo profissional e, de outro lado, para orientar sua conduta, colaborando para a formação de um grupo que se identifica e é identificado por um modo de agir (Costa, 2020).

3.1.A tomada de decisão

“As decisões clínicas não podem ser baseadas no senso comum, mas num certo nível de competência. Desta forma, parte do processo de tomada de decisão consiste em interpretar, discriminar e avaliar a informação recolhida acerca do doente.” (Cruz, 2019, p.33). O autor considera que o ato da triagem é uma atividade autónoma do enfermeiro, pois possui capacidade de pensamento crítico em ambientes em que a informação é limitada, incompleta e duvidosa, requerendo um processo cognitivo complexo na tomada de decisões clínicas, fundamental para a segurança e prestação de cuidados emergentes. A tomada de decisão é uma componente e algo precioso da prática de enfermagem, podendo dizer-se que é uma série de passos para chegar a uma conclusão (Amaral, 2017). Todo este processo exige um rápido juízo crítico, sendo de extrema importância que o enfermeiro tenha muita destreza e capacidade de tomar decisões, sem emitir diagnósticos, para que a pessoa seja corretamente triada e, dada a grande afluência de pessoas, requer rapidez e agilidade.

A tomada de decisão na triagem é uma competência inerente ao trabalho do enfermeiro. Este, através da avaliação inicial, deve ser capaz de antecipar e identificar potenciais problemas e priorizar os cuidados necessários com base numa adequada tomada de decisão. A decisão do enfermeiro triador é então fundamental para que as situações emergentes sejam alvo de um atendimento imediato, potenciando a rapidez de intervenções necessárias e minimizando os riscos de saúde para os utentes críticos (Costa, 2020).

Os doentes deverão ser avaliados rapidamente após a sua admissão, deverá ser determinada a gravidade do seu problema e categorizado no sistema de triagem, orientado o acesso à área mais adequada para observação, assegurando os recursos de forma eficiente e efetiva. É importante sublinhar que o processo de triagem não se resume a um número numa escala (Cruz, 2019).

O enfermeiro para desempenhar, de forma adequada, a sua principal função na realização da triagem, que é de conferir uma correta prioridade clínica num tempo limitado, deve deter competência, experiência, conhecimento e intuição (Neves, 2010). À medida que os profissionais se vão desenvolvendo continuamente neste processo vão adquirindo competências e aprendendo com as suas experiências na prática. Sobretudo altera-se e melhora-se a sua capacidade de tomada de decisões (Amaral, 2017).

Para Costa, (2020) a tomada de decisão em triagem consiste na: identificação do problema, determinação das alternativas e seleção da alternativa mais adequada. O enfermeiro deve ter senso crítico para tomar a decisão correta, uma vez que o custo de um erro pode ir desde uma pequena confusão administrativa até ao óbito do utente. É então necessário que o enfermeiro triador seja detentor de habilidades para identificar, interpretar e intervir perante alterações fisiológicas dos utentes.

As decisões são tomadas dentro de um ambiente sensível ao tempo, com informações limitadas e geralmente sem diagnóstico médico. É por isso relevante que os enfermeiros possuam conhecimento especializado e uma experiência ampla em diversas áreas de cuidados. o nível de experiência é um fator importante na tomada de decisão, bem como a associação entre o nível de experiência e a especialização do enfermeiro na qualidade dos cuidados prestados (Cruz, 2019).

O processo de decisão dá-se a partir de cinco passos: identificação do problema, obter e analisar informações relacionadas a solução, avaliar as alternativas e selecionar uma para implementação, implementar a alternativa selecionada e monitorizar a implementação e

avaliar os desfechos. Em primeiro lugar, o profissional deve encaixar o paciente em um dos 34 a 56 fluxogramas do sistema de triagem. Isso é feito a partir da queixa principal, que pode ser obtida do próprio paciente, de cuidador ou do profissional que realizou o atendimento pré-hospitalar. Uma vez que o fluxograma foi identificado, o profissional segue para os discriminadores existentes em cada fluxograma (Bahlis, 2020).

Segundo referem alguns autores, similarmente à avaliação do paciente pelo STM, o PE também guia o enfermeiro para o julgamento clínico e a tomada de decisão, com base na coleta de dados do paciente (anamnese e o exame físico), com vistas a estabelecer o diagnóstico de enfermagem. Representa uma abordagem de enfermagem ética e humanizada, dirigida à resolução de problemas, atendendo às necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem de uma pessoa. Também consideram que o processo que envolve a tomada de decisão na triagem depende muito do grau de conhecimento e experiência dos enfermeiros. Este processo requer uma avaliação rápida, análise crítica e uma tomada de decisão consistente por parte do enfermeiro que a realiza (Franco et al., 2018; Cruz, 2019).

As características recorrentes nos fluxogramas como sendo: risco de vida; dor; hemorragia; grau de estado de consciência; temperatura e início ou agravamento das queixas. Os discriminadores específicos aplicam-se aos casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e tendem a relacionar-se com características chave de condições particulares (Amaral, 2017).

Souza, Araújo e Chianca, já em 2015 referiram a necessidade de realização de pesquisas que produzam evidências relevantes, de forma a contribuir para a tomada de decisão do enfermeiro na triagem, pois a evidência dos estudos é essencial para auxiliar o enfermeiro na seleção das melhores práticas a serem materializadas nos cuidados. Novos estudos sobre confiabilidade do STM, uma vez que conhecer a reprodutibilidade do sistema garante ao enfermeiro uma prática mais segura e ao utente que a atribuição do seu nível de gravidade reflita o seu real estado de saúde.

Referido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista publicado em Diário da República (2019), o enfermeiro especialista, ao possuir um conhecimento específico de enfermagem com elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão, é um profissional de destaque para o desenvolvimento de programas de avaliação de indicadores de qualidade e de melhoria contínua, podendo por isso constituir-se uma mais-valia nos processos de auditoria. “O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético - deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (p. 4746).

3.2. Potenciais dificuldades sentidas pelos enfermeiros

Sendo o enfermeiro triador o profissional que estabelece o primeiro contacto com o utente, é importante que este seja detentor de uma série de competências de forma a desempenhar o seu papel da melhor forma possível. Contudo, existem diversos fatores, internos e externos que muitas vezes dificultam o seu desempenho como: executar outras tarefas além da triagem, insegurança em realizar triagem, inexperiência, perfil clínico dos utentes, superlotação, entre outros (Costa, 2020).

Apesar dos constantes avanços técnicos e científicos, no que tange a especialidade de urgência e emergência, ainda se nota uma lacuna referente as dificuldades que os enfermeiros perpassam no cotidiano assistencial ao lidarem com o Acolhimento Avaliação e Classificação de Risco (AACR) (Oliveira et, al, 2022). Os doentes abordam constantemente os enfermeiros, especialmente na triagem, e reclamam devido ao tempo de espera de atendimento médico. Outros interpelam-nos pela falta de informação sobre o tempo de espera que seria expectável consoante a prioridade atribuída. A superlotação do departamento de emergência (DE) é um problema generalizado e uma fonte de danos ao paciente. Embora tal aglomeração possa ser erroneamente considerada um problema de

operações de emergência e ineficiência, na verdade, o status de emergência é o canário sentinela na mina de carvão - refletindo não apenas o desempenho individual do departamento ou mesmo o desempenho individual do hospital, mas também a disfunção do sistema de saúde em todo o país. Estados. A medicina de emergência fornece o cenário ideal para avaliar com eficiência condições não programadas, agudas indiferenciadas e descompensadas. Disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, o seu bom funcionamento é fundamental para a prestação deste serviço essencial e o seu funcionamento eficiente depende não só dos funcionários e gestores do departamento, mas também de fatores fora do controlo do SU (Gabor et al., 2021).

Em Portugal, a excessiva afluência dos utentes aos SU é uma realidade, transformando-os numa das áreas mais difíceis do Sistema Nacional de Saúde. Esta sobrelotação frequente torna-se potenciadora de impacto negativo na qualidade das respostas às necessidades em cuidados de saúde da população tais como: Aumento do risco de erros médicos, desvio de ambulância para outras unidades, ameaça à preparação para desastres e desestruturação da confiabilidade do sistema de atendimento de emergência (aCosta et, al., 2022).

Segundo Costa (2020), na realidade os SU deveriam ser específicos para tratarem utentes em situação crítica, com risco de falência ou disfunção multiorgânica, por isso, o tempo é um fator importante na resolução do problema, o que vivenciamos rotineiramente é uma procura ansiosa de pacientes a esses serviços, com as mais variadas queixas e sintomatologias, na sua grande maioria, não graves, o que delimita a tarefas dos profissionais que ali estão e, por vezes, o estado de saúde do utente modifica-se durante um longo período de espera.

Bahlis (2020) afirmou que “o movimento nas emergências é imprevisível. Apesar de existir uma previsão de necessidade de recursos a nível populacional, não existe essa previsão a nível individual. Ou seja, quando uma pessoa chega à unidade de emergência, não é possível prever de forma exata que tipo de recurso ela irá necessitar. Além disso, existem as catástrofes e eventos como influenza e como atualmente estamos vivendo, a pandemia do

coronavírus, que causam um aumento rápido e não previsto de necessidade de atendimentos” (p. 30).

O enfermeiro da triagem é muitas vezes interrogado pelos utentes para dar resposta a questões que não têm a ver diretamente com o seu trabalho, mas relativamente ao tempo de espera por atendimento médico que frequentemente é superior ao tempo recomendado pelos algoritmos. É uma realidade atualmente em que os tempos de atendimento após a triagem ultrapassam muitas vezes o tempo alvo definido pela prioridade atribuída, o enfermeiro é confrontado regularmente com a modificação do estado de saúde dos utentes durante a espera pelo atendimento médico. este facto pode ser causador de stress e sentimentos de insegurança e frustração na tomada de decisão do enfermeiro triador. (Costa, 2020). O autor afirmou que os profissionais indicam como desvantagem o stress enfrentado quando o estado de saúde do utente se modifica durante um longo período de espera. A causa de stress no desempenho das funções dos enfermeiros triadores a violência verbal e física por parte dos utentes e familiares a eles dirigida. Esta situação surge, na maioria das vezes, por não concordarem com prioridade atribuída. facilmente se percebe que existem muitos enfermeiros que referem não gostar de fazer triagem. Parecem emergir sentimentos de insatisfação quer em relação ao tipo de doentes quer em relação ao próprio processo de triagem.

A implementação do STM visava uma agilidade no atendimento, mas, nem sempre era possível de acordo com a demanda, a dificuldade de aceitação da classificação por parte da equipe médica, dos pacientes e de técnicos de enfermagem, causando tumulto no setor. “O STM é um instrumento que garante uniformidade consistente de critérios ao longo do tempo” (Chabudé, 2019, p. 124).

Um processo de triagem com classificação de risco inadequada pode ocasionar supertriagem ou subtriagem do paciente. A supertriagem é a atribuição de uma categoria de maior urgência do que a real necessidade. Por outro lado, a subtriagem é a atribuição de uma categoria inferior à verdadeira urgência. A subtriagem pode ocasionar graves prejuízos

relacionados ao atraso do tratamento, da mesma forma, a supertriagem acarreta desperdício de recursos para a instituição. a subtriagem leva a instituição a desperdiçar recursos. Uma correta classificação de risco é fundamental para garantir a qualidade da assistência e a gestão dos recursos. No entanto, depende da formação contínua e da experiência profissional do profissional que a realiza. Nesse cenário, fiscalizações para monitorar a consistência e o desempenho dos processos de trabalho e se precisam ser aprimorados, bem como para elaborar índices institucionais, são essenciais (bCosta et al., 2020).

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

Após a apresentação do referencial teórico do estudo, iremos, neste capítulo, descrever os métodos e as técnicas utilizados para a concretização da nossa investigação.

1.1. Tipo de Estudo

Tendo em conta para alcançar os objetivos previamente definidos, foi realizado um estudo transversal descritivo e analítico, em que se analisa um aspeto específico num dado momento, descreve uma espécie de fotografia dos dados não sendo impeditivo o que aconteceu antes ou depois do estudo. Seguiu-se uma metodologia quantitativa, onde se admite que tudo pode ser mensurado, conseguindo ser traduzido em números e opiniões para dar seguimento a uma classificação e análise (Vilelas, 2020)

1.2. População e Amostra

Segundo Vilelas (2020), população é o “conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades. Este conjunto tem uma ou mais características comuns e encontram-se num espaço ou território conhecido” (p. 179).

A população em estudo foi constituída por 73 enfermeiros que trabalham nos dois serviços de urgência de uma unidade hospitalar do norte de Portugal.

Para a obtenção da amostra foram definidos os seguintes critérios de inclusão: Todos os enfermeiros que realizam triagem de Manchester nos serviços de urgência e que se disponibilizaram a participar no estudo.

Os que ficaram excluídos do estudo foram: Todos os enfermeiros nos serviços de urgência que não realizam triagem de Manchester; os que não se disponibilizaram a participar no estudo; Instrumento de Recolha de Dados (IRD) que não esteja preenchido na sua totalidade.

Responderam ao IRD 35 enfermeiros, dos quais apenas 34 questionários foram validados, tendo sido excluído deste estudo 1 questionários por não se encontrar devidamente preenchido. Assim, a amostra deste estudo é constituída por um total de 34 participantes que representam 46,6% da população.

1.3.Instrumento de recolha de dados

Depois de realizado o marco teórico e definido o estudo, torna-se essencial elaborar um instrumento de recolha de dados que nos permita obter informação clara possibilitando ao investigador conhecer os fenómenos e adquirir conhecimento. “Um instrumento de recolha de dados é, em princípio, qualquer recurso a que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação” (Vilelas, 2020, p.331).

Para este estudo de investigação foi elaborado um questionário como instrumento de recolha de dados, baseado na revisão bibliográfica, nomeadamente sendo utilizados dados obtidos no estudo de Costa et al. (2020), sobre dificuldades sentidas pelos enfermeiros na triagem e ativação da via verde do Acidente Vascular Cerebral.

Segundo Vilelas (2020), “um questionário é um instrumento de registo escrito e planeado para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos, com a finalidade de obter, de maneira sistemática e ordenada, a informação, acerca da população que se estuda, das variáveis que são objeto de estudo” (p.359).

O questionário foi composto por duas partes (Apêndice I), sendo que a parte I é referente à caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros; esta informação foi obtida através de cinco questões (abertas e fechadas).

A parte II é relativa aos aspetos relacionados com o STM que abordam as dificuldades encontradas pelos enfermeiros, totalizando 16 questões fechadas, com resposta por escala

tipo Likert, com quatro alternativas: (1) Discordo totalmente; (2) Discordo parcialmente; (3) Concordo parcialmente; (4) Concordo totalmente.

Calculamos Média Aritmética ponderada com a escala de 4, multiplicamos para 16 itens com resultado 64, dividindo por 16 itens, apresenta uma média de 4.

Segundo Cazorla, Santana e Utsumi (2019), a média é uma das medidas resumo mais importante da estatística e, aparentemente, é um conceito prosaico, porém para sua apropriação é preciso explicitar sua complexidade, tanto do ponto de vista de seu significado, quanto da rede de conceitos, propriedades, representações e multiplicidade de situações nas quais ela pode ser encontrada e situações nas quais requer cuidados para sua utilização. De seguida aplicamos a fórmula da amplitude total que, segundo Rodrigues et. al., (2017), é a distância entre os valores mais alto e mais baixo, é calculada pela subtração entre o maior e o menor valor de um conjunto de dados. Sendo apresentado o valor máximo (4) e subtraído o valor mínimo (1) temos como resultado 3.

Assim, na análise do presente estudo, tendo em conta a média 4 segundo a escala de *Likert*, afirmamos que o valor de cada item, igual ou superior a 3, indica que os enfermeiros apresentam dificuldade na realização de triagem de Manchester, se for inferior a 3 o enfermeiro não apresenta dificuldade na realização de triagem de Manchester.

No total da escala de 16 itens multiplicado por 3, significa que a obtenção de um score igual ou acima de 48 pontos, significa que apresentam dificuldades na execução da triagem de Manchester.

1.3.1 Variáveis do estudo e sua operacionalização

“As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos ou pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Vilelas, 2020, p. 171). As variáveis do estudo foram operacionalizadas, segundo o que consta no IRD, da seguinte forma:

Sociodemográficas:

Idade: Variável operacionalizada de forma contínua, em anos;

Género: Variável operacionalizada em “feminino” e “masculino”.

Profissionais:

Tempo na profissão, variável a operacionalizar de forma contínua, em meses;

Categoria profissional: “Licenciatura”, “enfermeiro com mestrado”, “especialista”;

Tempo na realização de triagem de Manchester: Variável operacionalizada de forma contínua, em minutos “1 a 3”; “3 a 5”, “5 a 7”.

Dificuldades sentidas pelos enfermeiros no STM: operacionalizada por 16 questões, constantes na parte II do IRD.

1.4.Procedimentos de recolha de dados

O método de recolha de dados deve permitir que seja feita de forma narrativa, para que os dados possam ser quantificados, sendo o mais objetiva possível (Vilelas, 2020).

A recolha de dados decorreu no mês de novembro de 2022.

O IRD foi inserido na plataforma informática *Google Forms*, tendo em vista a obtenção dos resultados em formato digital, tornando-se um processo mais rápido e eficaz.

Um *link* foi gerado e facultado via e-mail aos enfermeiros gestores/chefes dos serviços de urgência de cada unidade hospitalar da ULSNe, solicitando a sua ajuda na transmissão aos enfermeiros que realizam triagem de Manchester, reencaminhando o *link* do questionário para preenchimento, apelando à sua colaboração na participação no estudo.

Antes de iniciar o preenchimento, foi explicado aos enfermeiros os objetivos do estudo, bem como a sua finalidade, de seguida foi solicitada a sua autorização e só após esta foi possível aceder ao IRD.

Finalizado o preenchimento do questionário por parte do enfermeiro, foi bloqueado o *link* para aquele participante, de forma a não ocorrer repetição de respostas, sendo possível somente uma oportunidade de resposta por cada enfermeiro.

Após a recolha de dados foi efetuada a transferência das respostas de cada questionário, pelo número de ordem de inserção na plataforma, para o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 24).

1.5.Considerações Éticas

“A realização de qualquer pesquisa implica por parte do investigador o levantamento de questões morais e éticas [...] A investigação que envolve seres humanos pode pôr em causa os direitos e liberdades da pessoa” (Vilelas, 2020, p. 467).

Para este estudo de investigação, pedimos autorização dos autores para utilização do questionário, que foi definido como instrumento de recolha de dados no qual foi aceites, o artigo pertence, os seguintes autores: Anna Caroline Leite Costa; Leonel São Romão Preto; Ilda Maria Morais Barreira; Léia Arcanjo Mendes; Fernanda Lopes de Araújo; André Filipe Morais Pinto Novo, cuja o tema, é triagem e ativação da via verde do acidente vascular cerebral: dificuldades sentidas pelos enfermeiros.

Assim, o estudo foi submetido a apreciação da comissão da ética da ULSNE, obtendo parecer favorável (Anexo I).

Segundo Vilelas (2020), “consentimento informado é um instrumento que considera que o sujeito selecionado [...] deve ou não participar da pesquisa sem indução indevida, nem qualquer elemento de força, engano, coerção ou outras formas de sujeição ou coação” (p.469).

Após aceder ao *link* de convite do IRD, dos enfermeiros tinham uma nota introdutória onde eram explicados os objetivos do estudo, bem como a sua finalidade. Seguido de um consentimento para participação neste estudo, só após consentirem participar podiam aceder ao IRD. A recolha da informação fornecida foi efetuada através da transferência das respostas de cada questionário, pelo número de ordem de inserção na plataforma, para o programa informático *SPSS*, não sendo possível qualquer identificação dos enfermeiros ao

longo deste processo, no sentido de manter a confidencialidade e anonimato em todas as fases do estudo.

1.6.Procedimentos de análise dos dados

Após a transferência das respostas de cada questionário para o programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 24), procedeu-se ao tratamento e à análise dos dados.

Utilizou-se a análise descritiva das variáveis recorrendo a quadros de distribuição de frequências (no caso das variáveis nominais) e ao exame de algumas medidas tais como a média, desvio padrão, mínimo, máximo e mediana (no caso das variáveis de natureza quantitativa).

Os indicadores das dificuldades sentidas pelos enfermeiros na triagem de Manchester uma escala de Likert (1-discordo totalmente até 4- concordo totalmente) são suscetíveis de tratamento quantitativo para fins analíticos. Tendo em conta este tratamento, para testar as diferenças nas dificuldades sentidas pelos enfermeiros na triagem de Manchester, perspetivou-se a realização de testes paramétricos para comparação de grupos (teste t de student para comparação de duas amostras independentes e teste one-way ANOVA). Quando se não se verificou o pressuposto da normalidade populacional para a realização destes testes, adotaram-se as alternativas não paramétricas (teste de Mann-Whitney e teste Kruskal-Wallis). Os níveis de significância utilizados como valor critério para a rejeição da hipótese nula, são 5% (0,05).

Para fins de comparação de grupos, as variáveis 'idade' e 'tempo de serviço' foram recodificadas no sentido de obter grupos etários e intervalos de tempo de serviço.

Todas as análises estatísticas foram realizadas com IBM SPSS Statistics 24.0 (Chicago, IL).

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apresentam-se em primeiro lugar os principais traços sociodemográficos (SD) e profissionais (P) caracterizadores da amostra dos 34 enfermeiros (**Tabela 1**).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Variáveis SD e P		N=34	%
Sexo	Masculino	9	26,5
	Feminino	25	73,5
Grupos etários	≤ 40 anos	16	47,1
	> 40 anos	18	52,9
Idade (anos): Média 42,47 (DP 8,69), Min: 28 / Max: 65			
Tempo de serviço	≤ 10 anos	7	20,6
	> 10 anos	27	79,4
Tempo de serviço (meses): Média 218,47 (DP 122,00), Min: 60 / Max: 648			
Habilitações profissionais	Enf ^o Especialista	15	44,1
	Enf ^o com Mestrado	7	20,6
	Enf ^o Licenciado	12	35,3
Tempo para realizar triagem de Manchester	1 a 3 minutos	23	67,6
	3 a 5 minutos	9	26,5
	5 a 7 minutos	2	5,9

Estamos perante uma amostra feminizada (73,5% dos inquiridos são do sexo feminino), com uma média etária de 42,47 anos (desvio padrão de 8,69 anos), sendo que a maior parte (52,9%) tem mais de 40 anos.

Em relação aos traços profissionais da amostra, refira-se que 44,1% dos inquiridos são enfermeiros especialistas, 20,6% são enfermeiros com mestrado e 35,2% apenas enfermeiros. Em termos de tempo de serviço, temos uma média de 218,47 meses (desvio padrão de 122,00).

Quando questionados sobre o tempo para a realização da triagem de Manchester, a maioria dos enfermeiros inquiridos (67,3%) responderam demorar entre 1 a 3 minutos.

As tabelas seguintes apresentam os resultados da pesquisa sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais na triagem de utentes ao utilizar o Protocolo de Manchester

(com 16 itens respeitantes às potenciais dificuldades), incluindo a relação com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros da amostra, dando resposta aos objetivos preconizados para o estudo.

Tabela 2

Dificuldades encontradas pelos profissionais na triagem de utentes na execução do Protocolo de Manchester

	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		Tratamento Likert	
	n	%	n	%	n	%	n	%	Media	Desvio Padrão
1- Sinto-me confortável ao executar a atividade de triagem	1	2,9	3	8,8	11	32,4	19	55,9	3,4	0,8
2- O processo de triagem pelo Sistema de Triagem Manchester é uma dificuldade para mim	18	52,9	9	26,5	5	14,7	2	5,9	1,7	0,9
3- O processo de triagem informatizado é uma dificuldade para mim	30	88,2	2	5,9	2	5,9	0	0	1,2	0,5
4- Executar outras tarefas, além da triagem, é uma dificuldade para mim	20	58,8	4	11,8	6	17,6	4	11,8	1,8	1,1
5- A insegurança que sinto em realizar a triagem é uma dificuldade para mim	22	64,7	7	20,6	3	8,8	2	5,9	1,6	0,9
6- A minha inexperiência na triagem é uma dificuldade para mim	27	79,4	2	5,9	4	11,8	1	2,9	1,4	0,8
7- O receio em atrasar o acesso de um utente ao serviço é uma dificuldade para mim	15	44,1	8	23,5	7	20,6	4	11,8	2,0	1,1
8- O perfil clínico dos utentes é uma dificuldade para mim	19	55,9	11	32,4	3	8,8	1	2,9	1,6	0,8
9- O número elevado dos utentes em relação à real capacidade do serviço é uma dificuldade para mim	6	17,6	3	8,8	13	38,2	12	35,3	2,9	1,1
10- O questionamento da classificação pelo profissional médico é uma dificuldade para mim	17	50	8	23,5	4	11,8	5	14,7	1,9	1,1
11- O questionamento da classificação por parte dos utentes é uma dificuldade para mim	10	29,4	12	35,3	9	26,5	3	8,8	2,2	1,0
12- O questionamento da classificação por outros profissionais de enfermagem é uma dificuldade para mim	17	50	11	32,4	3	8,8	3	8,8	1,8	1,0
13- O questionamento dos utentes quanto ao tempo de demora no atendimento e à falta de informação acerca da classificação atribuída é uma dificuldade para mim	6	17,6	9	26,5	9	26,5	10	29,4	2,7	1,1
14- As queixas inespecíficas apresentadas pelos utentes são uma dificuldade para mim	4	11,8	8	23,5	17	50	5	14,7	2,7	0,9
15- O agravamento do estado de saúde de um paciente em decorrência do tempo de espera é uma dificuldade para mim	7	20,6	7	20,6	13	38,2	7	20,6	2,6	1,0
16- A violência verbal e física dos utentes e seus familiares é uma dificuldade para mim	1	2,9	4	11,8	13	38,2	16	47,1	3,3	0,8

Da análise da **Tabela 2** ressaltam-se os aspetos como o sentimento de conforto na execução da atividade da triagem-afirmação 1 (média 3,4; desvio padrão 0,8) e a dificuldade sentida quando os enfermeiros são expostos a situações de violência verbal e física dos utentes e seus familiares- afirmação 16 (média 3,3; desvio padrão 0,8).

No polo oposto estão mencionadas a dificuldade de lidar com o processo informatizado da triagem- afirmação 3 (média de 1,2; desvio padrão 0,5) e a inexperiência na triagem-afirmação 6 (média de 1,4; desvio padrão 0,8).

No geral da análise da escala, verificámos que as respostas obtidas variam em média em torno de 2,15 de dificuldade dos enfermeiros na execução do Protocolo de Manchester, e com um desvio padrão de 0,70 o que indica que os valores estão relativamente próximos à média, com uma variação moderada em torno dela.

Tabela 3

Dificuldades sentidas na triagem de Manchester por género dos enfermeiros

	Masculino			Feminino			<i>p</i>
	Media	Desvio Padrão	Mediana	Media	Desvio Padrão	Mediana	
1- Sinto-me confortável ao executar a atividade de triagem	3,4	0,7	4	3,4	0,8	4	1,000
2- O processo de triagem pelo Sistema de Triagem Manchester é uma dificuldade para mim	1,4	0,7	1	1,8	1,0	2	0,355
3- O processo de triagem informatizado é uma dificuldade para mim	1,1	0,3	1	1,2	0,6	1	0,939
4- Executar outras tarefas, além da triagem, é uma dificuldade para mim	2,1	1,4	1	1,7	1,0	1	0,565
5- A insegurança que sinto em realizar a triagem é uma dificuldade para mim	1,1	0,3	1	1,7	1,0	1	0,13
6- A minha inexperiência na triagem é uma dificuldade para mim	1,0	0,	1	1,5	0,9	1	0,231
7- O receio em atrasar o acesso de um utente ao serviço é uma dificuldade para mim	1,6	0,9	1	2,2	1,1	2	0,163
8- O perfil clínico dos utentes é uma dificuldade para mim	1,4	0,5	1	1,6	0,9	1	0,788
9- O número elevado dos utentes em relação à real capacidade do serviço é uma dificuldade para mim	2,8	0,9	3	3,0	1,1	3	0,514
10- O questionamento da classificação pelo profissional médico é uma dificuldade para mim	1,4	0,7	1	2,1	1,2	2	0,202

11- O questionamento da classificação por parte dos utentes é uma dificuldade para mim	2,1	0,7	2	2,2	1,0	2	0,898
12- O questionamento da classificação por outros profissionais de enfermagem é uma dificuldade para mim	1,3	0,5	1	1,9	1,0	2	0,188
13- O questionamento dos utentes quanto ao tempo de demora no atendimento e à falta de informação acerca da classificação atribuída é uma dificuldade para mim	2,3	1,1	2	2,8	1,1	3	0,298
14- As queixas inespecíficas apresentadas pelos utentes são uma dificuldade para mim	2,0	0,8	2	2,9	0,8	3	<0,05
15- O agravamento do estado de saúde de um paciente em decorrência do tempo de espera é uma dificuldade para mim	2,5	0,8	3	2,6	1,1	3	0,848
16- A violência verbal e física dos utentes e seus familiares é uma dificuldade para mim	3,2	0,6	3	3,3	0,9	4	0,591

Da análise da relação entre as dificuldades sentidas na triagem de Manchester com o género dos inquiridos (**Tabela 3**), apenas ressalta uma mediana de concordância significativamente maior na dificuldade em lidar com queixas inespecíficas apresentadas pelos utentes por parte dos enfermeiros do sexo feminino (afirmação 14).

De referir que o teste utilizado para verificar as relações entre as variáveis foi o *Mann-Whitney* e, apenas na afirmação número 11, foi utilizado o *t student*, bem como na tabela seguinte (tabela 4).

Tabela 4

Dificuldades sentidas na triagem de Manchester por grupo etário dos enfermeiros

	Até 40 anos			Mais de 40 anos			p
	Media	Desvio Padrão	Mediana	Media	Desvio Padrão	Mediana	
1- Sinto-me confortável ao executar a atividade de triagem	3,4	0,7	3,5	3,4	0,9	4	0,648
2- O processo de triagem pelo Sistema de Triagem Manchester é uma dificuldade para mim	1,6	1,0	1	1,8	0,9	2	0,443
3- O processo de triagem informatizado é uma dificuldade para mim	1,2	0,5	1	1,2	0,5	1	0,959
4- Executar outras tarefas, além da triagem, é uma dificuldade para mim	1,8	1,0	1	1,9	1,2	1	0,932

5-	A insegurança que sinto em realizar a triagem é uma dificuldade para mim	1,4	0,8	1	1,7	1,0	1	0,297
6-	A minha inexperiência na triagem é uma dificuldade para mim	1,4	0,8	1	1,3	0,8	1	0,721
7-	O receio em atrasar o acesso de um utente ao serviço é uma dificuldade para mim	2,4	1,0	2,5	1,7	1,0	1	0,050
8-	O perfil clínico dos utentes é uma dificuldade para mim	1,6	0,7	1	1,6	0,9	1	1,000
9-	O número elevado dos utentes em relação à real capacidade do serviço é uma dificuldade para mim	2,9	1,2	3	2,9	1,0	3	0,646
10-	O questionamento da classificação pelo profissional médico é uma dificuldade para mim	1,9	1,0	2	1,9	1,3	1	0,878
11-	O questionamento da classificação por parte dos utentes é uma dificuldade para mim	2,1	0,9	2	2,2	1,0	2	0,635
12-	O questionamento da classificação por outros profissionais de enfermagem é uma dificuldade para mim	1,9	0,9	2	1,7	1,0	1	0,347
13-	O questionamento dos utentes quanto ao tempo de demora no atendimento e à falta de informação acerca da classificação atribuída é uma dificuldade para mim	2,9	1,1	3	2,5	1,1	2,5	0,347
14-	As queixas inespecíficas apresentadas pelos utentes são uma dificuldade para mim	2,8	1,0	3	2,6	0,8	3	0,670
15-	O agravamento do estado de saúde de um paciente em decorrência do tempo de espera é uma dificuldade para mim	2,6	1,0	3	2,6	1,1	3	0,878
16-	A violência verbal e física dos utentes e seus familiares é uma dificuldade para mim	3,3	0,9	4	3,3	0,7	3	0,621

Analisando a **tabela 4**, constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas consoante o grupo etário. Apenas ressaltar a afirmação 7 (muito próximo da significância estatística $p=.050$) em que se verifica um receio minimizado em atrasar o acesso de um utente ao serviço para os enfermeiros com idade superior a 40 anos, relativamente aos com menos de 40 anos.

No entanto podemos analisar que, relativamente às medidas de tendência central, a média das respostas para as afirmações de dificuldades na execução da atividade de triagem varia entre 2,9 e 4,2 nas diferentes faixas etárias. Isso pode indicar que, em média, as pessoas relataram ter algumas dificuldades na execução dessa atividade, com variações nas diferentes faixas etárias. A mediana dos resultados também varia entre 3,0 e 4,0 nas diferentes faixas etárias, o que está próximo das médias encontradas. Isso pode sugerir que a distribuição dos dados não está muito assimétrica e que a mediana é uma medida razoável

de tendência central para esses dados. O desvio padrão dos resultados varia entre 1,0 e 1,5 nas diferentes faixas etárias. Isso pode indicar que há alguma variabilidade nos dados, com diferenças nas respostas dadas pelos participantes em cada faixa etária.

Tabela 5

Dificuldades sentidas na triagem de Manchester consoante tempo de serviço

	Até 10 anos			Mais de 10 anos			p
	Media	Desvio Padrão	Mediana	Media	Desvio Padrão	Mediana	
1- Sinto-me confortável ao executar a atividade de triagem	3,3	1,0	4	3,4	0,8	4	0,803
2- O processo de triagem pelo Sistema de Triagem Manchester é uma dificuldade para mim	2,0	1,2	2	1,7	0,9	1	0,531
3- O processo de triagem informatizado é uma dificuldade para mim	1,3	0,8	1	1,2	0,5	1	0,868
4- Executar outras tarefas, além da triagem, é uma dificuldade para mim	2,3	1,3	3	1,7	1,1	1	0,314
5- A insegurança que sinto em realizar a triagem é uma dificuldade para mim	1,7	1,1	1	1,5	0,8	1	0,706
6- A minha inexperiência na triagem é uma dificuldade para mim	1,3	0,8	1	1,4	0,8	1	0,771
7- O receio em atrasar o acesso de um utente ao serviço é uma dificuldade para mim	2,7	1,0	3	1,8	1,0	1	0,054
8- O perfil clínico dos utentes é uma dificuldade para mim	2,0	0,8	2	1,5	0,8	1	0,127
9- O número elevado dos utentes em relação à real capacidade do serviço é uma dificuldade para mim	3,4	0,8	4	2,8	1,1	3	0,191
10- O questionamento da classificação pelo profissional médico é uma dificuldade para mim	1,9	1,2	1	1,9	1,1	2	0,835
11- O questionamento da classificação por parte dos utentes é uma dificuldade para mim	2,1	1,2	2	2,2	0,9	2	0,934
12- O questionamento da classificação por outros profissionais de enfermagem é uma dificuldade para mim	1,9	1,2	1	1,7	0,9	2	1,000
13- O questionamento dos utentes quanto ao tempo de demora no atendimento e à falta de informação acerca da classificação atribuída é uma dificuldade para mim	2,7	1,4	3	2,7	1,0	3	0,920
14- As queixas inespecíficas apresentadas pelos utentes são uma dificuldade para mim	3,0	1,0	3	2,6	0,8	3	0,868
15- O agravamento do estado de saúde de um paciente em decorrência do tempo de espera é uma dificuldade para mim	3,0	1,0	3	2,5	1,1	3	0,257
16- A violência verbal e física dos utentes e seus familiares é uma dificuldade para mim	3,4	0,8	4	3,3	0,8	3	0,647

Como podemos observar na **Tabela 5**, não existem diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades sentidas na triagem de Manchester consoante o tempo de serviço dos enfermeiros, mas, mais uma vez o receio em atrasar o acesso de um utente ao serviço, surge com diferenças notórias, sendo sentido mais pelos enfermeiros com menor tempo de serviço.

De referir que o teste utilizado para verificar as relações entre as variáveis foi o *Mann-Whitney* e apenas na afirmação número 13 foi utilizado o *t student*.

Tabela 6

Dificuldades sentidas na triagem de Manchester consoante a categoria profissional dos enfermeiros

	Enfermeiro Especialista			Enfermeiro com Mestrado			Enfermeiro			p
	Media	Desvio Padrão	Mediana	Media	Desvio Padrão	Mediana	Media	Desvio Padrão	Mediana	
1- Sinto-me confortável ao executar a atividade de triagem	3,5	0,6	4	3,1	1,2	4	3,5	0,7	4	0,905
2- O processo de triagem pelo Sistema de Triagem Manchester é uma dificuldade para mim	1,7	0,8	2	2,0	1,3	1	1,6	0,9	1	0,766
3- O processo de triagem informatizado é uma dificuldade para mim	1,1	0,3	1	1,3	0,8	1	1,3	0,6	1	0,683
4- Executar outras tarefas, além da triagem, é uma dificuldade para mim	1,9	1,2	1	2,0	1,3	1	1,6	1,0	1	0,695
5- A insegurança que sinto em realizar a triagem é uma dificuldade para mim	1,6	0,7	1	1,9	1,2	1	1,3	0,9	1	0,319
6- A minha inexperiência na triagem é uma dificuldade para mim	1,7	1,0	1	1,1	0,4	1	1,2	0,6	1	0,233
7- O receio em atrasar o acesso de um utente ao serviço é uma dificuldade para mim	1,9	1,1	2	2,1	1,2	2	2,0	1,0	2	0,922
8- O perfil clínico dos utentes é uma dificuldade para mim	1,8	0,9	2	1,4	0,5	1	1,4	0,7	1	0,483
9- O número elevado dos utentes em relação à real capacidade do serviço é uma dificuldade para mim	3,1	0,9	3	2,6	1,1	3	2,9	1,3	3,5	0,584
10- O questionamento da classificação pelo profissional médico é uma dificuldade para mim	1,9	1,1	2	1,6	1,1	1	2,1	1,2	2	0,515
11- O questionamento da classificação por parte dos	2,1	0,7	2	2,1	1,2	2	2,2	1,1	2	0,986

12-	utentes é uma dificuldade para mim O questionamento da classificação por outros profissionais de enfermagem é uma dificuldade para mim	1,6	0,7	1	1,6	1,1	1	2,1	1,1	2	0,308
13-	O questionamento dos utentes quanto ao tempo de demora no atendimento e à falta de informação acerca da classificação atribuída é uma dificuldade para mim	2,6	0,9	2	2,7	1,3	3	2,8	1,3	3	0,308
14-	As queixas inespecíficas apresentadas pelos utentes são uma dificuldade para mim	2,7	1,0	3	2,4	1,1	3	2,8	0,6	3	0,887
15-	O agravamento do estado de saúde de um paciente em decorrência do tempo de espera é uma dificuldade para mim	2,8	0,9	3	2,7	1,3	3	2,3	1,1	2,5	0,400
16-	A violência verbal e física dos utentes e seus familiares é uma dificuldade para mim	3,1	0,6	3	3,4	1,1	4	3,4	0,8	4	0,268

Como podemos observar na **Tabela 6**, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades sentidas na triagem de Manchester consoante a categoria profissional/ habilitações profissionais dos enfermeiros.

Foram aplicados somente testes *Kruskal-Wallis*. Em nenhum dos cruzamentos foi validado o pressuposto da normalidade populacional para o teste One-way ANOVA.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo de investigação permitiu analisar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros na realização da triagem de Manchester em Serviços de Urgência de uma Unidade Hospitalar do Norte de Portugal, traçando um perfil associado. Assim sendo, iremos realizar a discussão dos resultados pela ordem dos objetivos delineados.

Relativamente às *características sociodemográficas e profissionais* dos 34 enfermeiros participantes no estudo que realizam triagem de Manchester em urgência, no que diz respeito às variáveis género e idade, destacamos o facto que estamos perante uma amostra feminizada (73,5%) com uma média etária de 42,47, sendo que a maior parte (52,9%) tem mais de 40 anos. Este achado vai de encontro a vários estudos publicados. Segundo OE (2019) num estudo sobre a caracterização dos SU na Secção Regional do Centro (SRC)-conhecer para intervir, observaram em todas as tipologias de SU a distribuição dos enfermeiros tendo em conta o seu género e os grupos etários, a amostra apresenta-se maioritariamente do género feminino, verificou-se prevalência no grupo etário dos 31 aos 40 anos. Da mesma forma, Oliveira et al., (2017) citado por Gomes (2021) num estudo sobre a Prevalência do *burnout* nos enfermeiros: estudo numa equipe de urgência hospitalar, afirmaram que a enfermagem exercida maioritariamente por profissionais do sexo feminino, que a maioria dos estudos evidenciam que na constituição das equipas dos serviços de urgência, estas têm um predomínio do sexo feminino em relação ao sexo masculino. O mesmo autor revelou que os participantes eram, na maioria, do sexo feminino (66,7%), com uma média de idades de 39,76 anos, também que os resultados corroboram com os dados estatísticos divulgados pela (OE, 2018). Segundo salgueiro (2019) os resultados expressos após o preenchimento dos 113 inquéritos revelam que os enfermeiros eram maioritariamente do sexo feminino, mais de metade tinham 35 anos ou mais de idade. De conformidade com os dados extraídos do INE (2020) que a mais de 80% dos enfermeiros eram mulheres e 71,7% tinham entre 31 e 60 anos de idade. Concluimos que o número de enfermeiros do sexo feminino em Portugal é expressivamente superior ao do sexo masculino, podendo afirmar que a mulher pode ser considerada como sendo a

principal cuidadora da sociedade portuguesa, o que já está na origem da profissão de enfermagem, na época onde a humanidade ainda não sabia muito sobre doenças, que eram consideradas castigo divino, onde os enfermos recebiam cuidados principalmente de mulheres.

Em relação aos *traços profissionais da amostra*, refira-se que 44,1% dos inquiridos são enfermeiros especialistas, 20,6% são enfermeiros com mestrado e 35,2% apenas enfermeiros. Em termos de tempo de serviço, temos uma média de 218,47 meses. Embora um estudo apresentado por Amaral (2017) sobre Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam, no referente à categoria, constata-se que 81.1% dos enfermeiros eram licenciados e que 11.3% detinham o título de especialista. De facto, o dado apresentado não coincide com os dados apresentados do nosso estudo, visto que, a categoria da especialidade é mais representativo. Segundo os dados extraídos do INE (2020) de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, existiam 77 984 enfermeiros em atividade em Portugal, mais 2 211 do que em 2019. O número de enfermeiros por mil habitantes em 2020 era de 7,6, superior ao registado no ano anterior (7,4). Do total de enfermeiros em atividade em 2020, em Portugal, 57 613 eram generalistas (73,9%) e 20 371 eram especialistas (26,12%), com alguma predominância de especialistas em enfermagem de reabilitação (22,3%) e enfermagem médico-cirúrgica (22,2%). De acordo com a repartição por local de atividade, 34,9% dos enfermeiros encontravam-se na região Norte, 27,6% na Área Metropolitana de Lisboa e 22,0% na região Centro. Diante disso, o Regulamento n.º 743/2019 intitulado “Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem” A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população.

Relativamente ao tempo de serviço, encontrado entre 60 a 648 meses, mais de metade tem mais que 10 anos de experiência profissional. Chabudé et al (2017) e Guedes et al. (2017), salientaram que os enfermeiros com pouco tempo de serviço, por terem muitas dúvidas e

dificuldades na tomada de decisão, questionam constantemente os colegas mais experientes. Num estudo citado por Amaral (2017) no que diz respeito à experiência profissional, situou-se entre os 2 e os 36 anos de experiência e que mais de metade dos elementos apresentava tempos de experiência profissional há menos de 13 anos. Visto que, no nosso estudo apresentou uma média de 218,47 meses, por ser uma percentagem significativa, de acordo com o resultado podemos constatar que o valor percentual da categoria profissional e o tempo de experiência profissional no SU é considerável, demonstra que o serviço de urgências encontra-se com uma equipa de enfermeiros com um nível de experiência e competência respeitável, permitindo um equilíbrio no seio da mesma, tendo em vista a segurança e a qualidade da prestação de cuidados, visto que, o valor mais representativo foi da categoria especialidade relativamente ao tempo (meses) de serviços no SU.

Quando questionados sobre o tempo para a realização da triagem de Manchester, a maioria dos enfermeiros inquiridos (67,3%) responderam demorar de 1 a 3 minutos. Dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (2021) evidenciam que, em 2019, o tempo de duração da triagem, em média, situa-se nos $2,08 \pm 1,204$ minutos, com o mínimo de 0 minutos e o máximo de 26 minutos, havendo 75% dos casos que foi menor ou igual a 2,53 minutos, o que no geral está de acordo com o preconizado pelo GPT, em que a triagem deve acontecer em 2-3 minutos.

O Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (CR) (2017), refere-se ao tempo médio de duração da CR gasto pelo enfermeiro na priorização do paciente, a mediana encontrada para as categorias laranja, amarela, verde, azul e branca foi de 5 minutos, o que demonstra tempo elevado. O STM recomenda tempo ideal para o evento da CR de, no máximo, 3 minutos - tempo estimado para priorização rápida e precisa.

Segundo Cicolo e Peres (2019), constatou que o registo em prontuário eletrónico apresentou confiabilidade e acurácia mais elevadas para a variável “sinais vitais” e o tempo despendido com a CR foi significativamente menor quando comparado ao uso de registos manuais. Também Jesus et. al., (2021) afirmaram usar ferramentas como o monitor multiparamétrico na identificação rápida do estado do paciente e informatizar o protocolo

de CR podem facilitar a recolha de dados, reduzir o tempo de CR e melhorar a precisão do registo de todos os tempos de atendimento.

Concluimos que a maioria dos enfermeiros de SU cumpre com tempo preconizado pelo GPT, visto que a maioria dos enfermeiros inquiridos responderam demorar de 1 a 3 minutos para realização de triagem. Além disso, STM tem como objetivo principal otimizar o tempo de espera para a primeira avaliação médica, por meio da priorização dos casos agudos que ameacem a vida. Dessa forma, conhecer a apropriação do tempo de atendimento ao recomendado é essencial para o alcance desse objetivo e para a segurança do paciente, visto que o aumento do tempo de realização de TM e espera pode causar a morte de paciente com condições clínicas agudas graves.

Quanto às *dificuldades sentidas na triagem de Manchester*, ressaltamos que os aspetos que reuniram maior concordância foram o sentimento de conforto na execução da atividade da triagem (média 3,4) e a dificuldade sentida quando os enfermeiros são expostos a situações de violência verbal e física dos utentes e seus familiares (média 3,3). No estudo de Costa (2020), todos os enfermeiros triadores realizaram um curso próprio que os habilitou à realização da triagem de acordo com o protocolo de TM, alguns enfermeiros mencionaram como um fator influenciador, especialmente por ser demasiado curto e por não incluir o treino clínico em ambiente de trabalho, é ministrado por profissionais que realizaram também um curso próprio que os habilitou para serem formadores e auditores do sistema. Também num estudo apresentado por Salgueiro (2019), observou-se que a maioria dos profissionais relata estar parcial ou totalmente satisfeito na realização da triagem de Manchester. Neste alinhamento, Guedes et al. (2017) consideram o STM uma ferramenta importante para o planeamento e gestão dos SU.

As dificuldades mais sentidas pelos enfermeiros da amostra dizem respeito a situações de violência verbal e física dos utentes e seus familiares. Também num estudo apresentado por Martins (2018), a violência física ou verbal por parte de utentes ou acompanhantes foi relatada como uma dificuldade significativa. O mesmo autor afirmou que estudos anteriores apontam que a violência, especialmente verbal, é frequente em serviços de urgência, em especial direcionada ao profissional da triagem. Os conflitos e violência experienciada

pelos enfermeiros podem resultar em stress, insegurança, medo, ansiedade e absentéismo laboral. Da mesma forma, Costa (2020), no seu estudo, obteve elevados níveis de concordância, parcial ou total, nos enfermeiros que identificaram como fator dificultador da triagem, a pressão que os utentes e a própria família que os acompanha na triagem faz sobre o triador, no sentido de lhe ser atribuída uma prioridade de atendimento mais alta.

Quanto ao conforto na execução da atividade da triagem de Manchester, identificámos que todos os enfermeiros que a realizam estão capacitados para exercer a função, visto que, a nossa amostra apresenta sentimento de conforto na execução da atividade da triagem, até quando expostos a situações de violência verbal e física dos utentes e seus familiares. No campo da saúde, os serviços de urgência, são locais de elevado risco para a ocorrência de violência ocupacional, sobretudo os enfermeiros que realizam triagem. Quem tem o primeiro contacto com o utente é responsável por realizar o acolhimento e estabelecer prioridade de atendimento dos pacientes. Costa (2019), a violência na triagem acarreta variadas consequências negativas e envolve tanto prejuízos à qualidade da assistência prestada quanto sofrimento físico e psicológico aos profissionais. Além disso, impacta negativamente no funcionamento organizacional, pois gera alta rotatividade de profissionais e insatisfação no trabalho.

No polo oposto estão mencionadas a dificuldade de lidar com o processo informatizado da triagem com uma média de 1,2 e a inexperiência na triagem média de 1,4, significando que os enfermeiros da amostra não apresentam dificuldade no sistema informatizado.

Este achado corrobora com outros estudos que evidenciam elevada aceitação do STM pelos enfermeiros. Segundo Salgueiro (2019) e Duro (2017) citado por aCosta et, al., (2020), em relação à triagem por meio do STM, evidenciou-se que a maior parte dos profissionais não percebem a triagem de modo informatizado, como um dificultador na classificação de risco. Outros autores (Duro, 2017; Quaresma, 2019) em estudos sobre Triagem de Manchester do paciente com acidente vascular cerebral, apresentaram dificuldades de enfermeiros brasileiros e portugueses, verificaram que a maior parte dos profissionais se sentiam confortáveis executando a tarefa de triagem. Ressaltam que o responsável pela classificação de risco deve promover a resolubilidade do problema apresentado pelo paciente ou sua

transferência para o setor adequado. Sendo assim, deve ter conhecimento clínico e científico, segurança nas tomadas de decisão, além de ter uma visão completa do serviço em que atua, das redes de apoio e dos recursos humanos e materiais.

Também a maioria dos enfermeiros não indicou a inexperiência na triagem como dificultador, uma vez que todos já se sentem capazes de realizar essa função. Segundo o autor supracitado, os enfermeiros que fazem TM são capacitados para desempenhar a função, sendo que todos recebem treinamentos antes. Portanto, quando a triagem é realizada por enfermeiros revela-se uma ferramenta muito eficaz na priorização da assistência em saúde, sendo capazes de identificar os doentes em situação de maior risco. Para Sousa (2018), os profissionais com pelo menos um ano de experiência atuando na triagem, tendem a enfrentar menor dificuldade na acurácia da classificação. Podemos dizer que a maioria dos enfermeiros não apresenta dificuldades de lidar com o processo informatizado da triagem, estando com mais ou menos experiência, visto que estudos prévios destacam um excelente índice de concordância e reconhecem-no como um método confiável para a classificação de prioridades no atendimento.

Dificuldades sentidas na triagem de Manchester consoante o género

Tendo em conta da análise da relação entre as dificuldades sentidas na triagem de Manchester com o género dos inquiridos apenas ressalta uma mediana de concordância significativamente maior na dificuldade em lidar com queixas inespecíficas apresentadas pelos utentes por parte dos enfermeiros do sexo feminino. visto que estamos perante uma amostra que 73,5% dos inquiridos são do sexo feminino é o que predomina em Portugal na área de enfermagem. Segundo os dados extraído do INE (2021) afirma a OE (2021) que, em Portugal, os enfermeiros são na grande maioria do sexo feminino (82,3%).

Segundo Amaral (2017), muitas vezes os doentes recorrem ao SU com o objetivo de resolver as suas necessidades, independentemente de apresentarem condições urgentes ou não, afirmou que as queixas inespecíficas podem interferir ou mesmo dificultar o trabalho do enfermeiro triador. Se o doente não apresenta uma queixa específica, o enfermeiro terá dificuldade em escolher o fluxograma adequado e conseqüentemente atribuir a prioridade correta para aquela situação. Sob o mesmo ponto de vista Costa (2020) afirmou que muitas

vezes, devido à inadequada identificação das queixas que os utentes apresentam, fruto da existência de múltiplas queixas, ou de queixas inespecíficas, torna complicada a decisão de escolha do fluxograma mais correto ou do discriminador tido como afirmativo ou impossível de ser negado na atribuição da prioridade. Diante disso os dados da literatura indicam que a maior parte das queixas inespecíficas estão associadas com as classificações de baixa prioridade para o atendimento (Jesus, 2021). Entretanto teve contradições num estudo sobre Triagem de Manchester do paciente com acidente vascular cerebral: dificuldades de enfermeiros brasileiros e portugueses apresentado por bCosta et, al., (2022) citou que as dificuldades enfrentadas no processo de classificação de risco, a maior parte dos profissionais de ambos os países consideraram que as queixas inespecíficas não eram um fator dificultador para eles. Deste modo a maioria do enfermeiro do sexo feminino apontam dificuldade em lidar com queixas inespecíficas apresentadas pelos utentes muitas vezes que queixa mal descrita contribui para dificultar a seleção do fluxograma e discriminador mais adequado, uma vez que a identificação e avaliação detalhada da queixa principal é o que sustenta a atribuição da prioridade, os enfermeiros que realizam triagem devem identificar, avaliar e descrever de forma completa a queixa principal que o doente apresenta quando recorre ao SU.

Dificuldades sentidas na triagem de Manchester consoante o grupo etário

Constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas consoante grupo etário. Apenas ressalta (e muito próximo da significância estatística) um receio minimizado em atrasar o acesso de um utente ao serviço para os enfermeiros com idade superior a 40 anos. Para Cabrera (2017) qualquer método de triagem escolhido revela-se um processo complexo e dinâmico, com necessidade de tomar decisões difícil, muitas vezes em rápidos intervalos de tempo e com informação incompleta, antes de um diagnóstico ser feito. Neste contexto, o profissional de enfermagem que atende inicialmente o paciente, reveste se de especial importância, por ser o primeiro contato entre o doente e o SU, o autor refere que estando provado que profissionais mais experientes e com formação específica para o efeito resultam em menores tempos de espera por parte dos doentes. bCosta et. al., (2020) num estudo sobre “Triagem e ativação da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral:

dificuldades sentidas pelos enfermeiros”, obteve a concordância parcial de cerca de 24,0% dos enfermeiros participantes que tiveram receio em atrasar o acesso de um utente ao serviço.

Segundo Costa (2020), os entrevistados gastam algum tempo nas explicações sobre o STM quando os utentes e/ou acompanhantes demonstram desconhecimento. O autor ainda salienta que o tempo se torna, por vezes, importante na medida em que atrasa a triagem dos utentes que aguardam pela atribuição de prioridade na sala de espera, sendo que algum deles poderá necessitar de cuidados urgentes. Cabrera (2017) indicou as consequências da má aplicação da metodologia de triagem podem resultar em consequências catastróficas para os pacientes: na *undertriage*, em que ao paciente é atribuído um nível de triagem inferior ao real, o tempo de triagem pode ser excessivo, possibilitando uma degradação exagerada do estado de saúde do paciente à espera de atenção médica. Por outro lado, na *overtriage*, os pacientes são vistos num espaço de tempo demasiado curto, dispendo de serviços médicos que, de outra forma, estariam disponíveis para doentes que necessitassem de atenção médica mais imediata. Deste modo a triagem no SU é considerada um sistema de priorização de pacientes, isto é, um conjunto de critérios que permitem sinalizar rapidamente os doentes que se encontram em situações de risco iminente de vida.

No nosso estudo não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dificuldades sentidas na triagem de Manchester consoante grupo etário, mas os que têm idade superior a 40 anos estiveram muito próximo da significância estatística e apresentaram receio minimizado em atrasar o acesso de um utente. Uma triagem feita no tempo certo, resulta em diversas vantagens tais como diagnóstico precoce, encaminhamento para a área médica mais adequada, para prosseguir o tratamento o mais rápido possível, quer cirúrgico ou não cirúrgico, entre outros.

Dificuldades sentidas na triagem de Manchester consoante o tempo de serviço

Não existem diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades sentidas na triagem de Manchester consoante o tempo de serviço dos enfermeiros, mas mais uma vez o receio em atrasar o acesso de um utente ao serviço, surge com diferenças notórias, sendo sentido mais pelos enfermeiros com menor tempo de serviço, visto que os enfermeiros do nosso

estudo têm mais de dois anos de experiência. Um estudo desenvolvido pelo Souza, (2018) com 361 profissionais de enfermagem que atuam na urgência também apresentou que a maior parte dos profissionais possuíam mais de um ano de experiência. Para Costa (2022) o tempo de experiência contribui para que o profissional conheça as particularidades do setor e fluxos de atendimento, tal como contribui para a diminuição da insegurança do profissional no momento da classificação de risco, pois a prática profissional facilita. Amaral (2017) afirma que o aumento da afluência de doentes que procuram cuidados de saúde, através da admissão no SU, em determinados períodos do dia poderá condicionar a eficácia dos enfermeiros na realização da TM, não esquecendo nunca que os recursos são finitos e nem sempre ser possível um reajuste adequado dos efetivos à real procura de respostas num SU. Nesse sentido, Duro et. al., (2017) citado por Oliveira (2022) constaram em seu estudo, realizado com 130 enfermeiros, os quais possuíam experiência em UE, que os mesmos discordaram em relação ao quantitativo referente ao dimensionamento do pessoal de Enfermagem para a realização da etapa de classificação de risco, bem como de outras atividades assistenciais, causando o acúmulo de funções durante os seus turnos de trabalho, isto é, terá uma sobrecarga de trabalho ao acumular múltiplas funções no decorrer dos plantões, conseqüentemente terá atrasos no atendimento que para os utentes quer para os médicos. Dessa maneira, em relação ao tempo de serviço dos enfermeiros que realizam triagem em urgência, os resultados deste estudo demonstraram que os enfermeiros tem o receio em atrasar o acesso de um utente ao serviço é sentido mais pelos enfermeiros com menor tempo de serviço, assumindo que os SU são unidades que necessita de profissionais com um determinado tempo de experiência e competência, visto que, recebem utentes com diversas situações clínicas, os profissionais que aí desempenham funções devem estar preparados para vivenciar tais situações e responder de forma adequada e em tempo útil às necessidades apresentadas pelo utente em cada momento.

Dificuldades sentidas na triagem de Manchester consoante a categoria profissional

Não existem diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades sentidas na triagem de Manchester consoante a categoria profissional dos enfermeiros. Tendo em conta que o presente estudo é maioritariamente representado por enfermeiros com especialidade, além

da formação específica que todos os enfermeiros triadores têm de ter, podemos referir que se sentem preparados para enfrentar o desafio da TM. Segundo Malfussi et al. (2018), o enfermeiro deve ter sua autonomia assegurada e reconhecida pela equipe multiprofissional como um ser capacitado para classificação de risco de usuários. Amaral (2017), acrescenta à experiência profissional dos enfermeiros, a formação contínua e a prática clínica, como fatores que influenciam a tomada de decisão na triagem. Neste seguimento, importa realçar que a maioria dos enfermeiros triadores do nosso estudo detém categoria de especialista, o que pode confrontá-los com múltiplas situações semelhantes e facilitar a identificação de problemas. Chabudé et al. (2019) da análise das propostas relacionadas com o enfermeiro triador, consideram que, na sua seleção, a experiência clínica deve pesar como fator decisivo, sugerindo aumentar o tempo mínimo de experiência profissional. Mesmo assim, após o curso de TM devem ter um tempo de integração à triagem que sugerem o treino das equipas, para lidarem com a triagem com competência.

CONCLUSÕES

No presente estudo estamos perante uma amostra de enfermeiros feminizada, a maioria com mais de 40 anos, com formação avançada, sendo que 44,1% dos inquiridos são enfermeiros especialistas e 20,6% são detentores de mestrado.

Quanto ao tempo na realização da triagem de Manchester, a maioria cumpre com o tempo preconizado pelo GPT, de 1 a 3 minutos, o que é ótimo pois o STM tem como objetivo principal otimizar o tempo de espera para a primeira avaliação médica, por meio da priorização dos casos agudos que ameacem a vida.

De uma forma geral, os enfermeiros da amostra encontram-se muito satisfeitos na realização da triagem de Manchester, não apresentando dificuldades significativas. Ressaltamos que os aspetos que reuniram maior concordância foram o sentimento de conforto na execução da atividade da triagem e a dificuldade sentida quando os enfermeiros são expostos a situações de violência verbal e física dos utentes e seus familiares, as quais acontecem bastantes vezes, principalmente quando a demora no atendimento é elevada.

A maior parte dos profissionais não sente a informatização da triagem como um dificultador na classificação de risco, sendo que o STM é reconhecido como um método confiável para a classificação de prioridades no atendimento.

Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre a dificuldade na realização da TM e as outras variáveis em estudo. Apenas se verificou concordância significativamente maior na dificuldade de enfermeiros do sexo feminino lidarem com queixas inespecíficas dos utentes, sendo que estas podem interferir ou mesmo dificultar o trabalho do enfermeiro triador, sendo em muitos estudos associadas com as classificações de baixa prioridade para o atendimento. Também os enfermeiros com idade superior a 40 anos estiveram muito próximo da significância estatística com o receio minimizado em atrasar o acesso de um utente, logo mostraram-se confiantes na sua capacidade de lidar com o STM, sendo importante conhecer um conjunto de critérios que permitem sinalizar rapidamente os doentes que se encontram em situações de risco iminente de vida, levando à diminuição da insegurança do profissional no momento da classificação de risco.

Perante os resultados do estudo, podemos concluir que os enfermeiros triadores da amostra estão preparados para enfrentar o desafio do STM, devendo todos, no entanto, estar sempre disponíveis para receber treinamentos específicos, com a finalidade de melhorarem a sua eficácia e eficiência na sua execução.

De acordo com os resultados também sugerimos mais informação, de uma forma direta, aos utentes (leigos) sobre serviço de urgência, o que é? para que serve? que critérios são utilizados no atendimento dos utentes (sistema de triagem de Manchester). Tendo em conta a que a dificuldade sentida quando os enfermeiros são expostos a situações de violência verbal e física dos utentes e seus familiares, as quais acontecem bastantes vezes, principalmente quando a demora no atendimento é elevada, visto que, a superlotação do SU acontece porque a maioria dos utentes recorre ao serviço com um problema de saúde que pode e deve ser tratado e unidade de saúde básico, e exigem o atendimento e cuidados de uma forma rápida e sem nenhum critérios, e conseqüentemente acaba por negligência o trabalho do enfermeiro.

No decorrer do desenvolvimento do nosso estudo tivemos grandes limitações no processo de recolha de dados, visto que houve pouca adesão e muita demora no preenchimento do IRD, pelo que obtivemos uma amostra pequena. Gostaríamos de realçar que é muito importante que os enfermeiros participem em investigações, de forma a permitir obtenção de informações úteis para a evolução da prática de enfermagem. O desenvolvimento da evidência científica permite a adoção de estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados e da satisfação profissional. Tendo em conta as limitações, também no decorrer da pesquisa sentimos que há poucos estudos sobre a temática e a maiorias dos artigos já não é recente, mostrando a pertinência deste estudo e da sua continuidade. Assim sendo, foi construído um artigo para a divulgação destes resultados, o qual foi submetido a uma revista científica de Enfermagem, aguardando parecer (anexo).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, P. M. (2017). Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=46543&codigo=973.

Azevedo C. I. A. (2021). *Triagem De Manchester: Processos de Decisão dos Enfermeiros num Hospital do Norte de Portugal*. Instituto politécnico de Viana de Castelo, Escola Superior de Saúde, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Dissertação. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2694>.

Bahlis L. F. (2020). *Avaliação do Sistema de Triagem de Manchester em Pacientes Idosos em Emergência de Hospital Universitário*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina programa de pós-graduação em epidemiologia. <http://hdl.handle.net/10183/221606>.

Barreira I. M. M.; M. D. Martins; N. P Silva; P. M. B. Preto; L. R. Preto (2019). *Resultados da implementação do protocolo da via verde do acidente vascular cerebral num hospital português*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portuga, Revista de Enfermagem Referência, vol. IV, núm. 22. <https://doi.org/10.12707/RIV18085>.

Cavaleiro C. A. S.; Lima J. M. M. V. (2021). *O Sistema de Triagem de Manchester no Reconhecimento de Gravidade no Serviço de Urgência*. Dissertação apresentada à

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. <http://web.esenfc.pt/?url=PvVd36Sc>.

Cabrera J. A. A. (2017). *Triagem de Manchester, que futuro*. Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de medicina Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/104138>.

Cazorla I. M.; Santana E. R. S.; Utsumi M. C. (2019). O campo conceitual da média aritmética: uma primeira aproximação conceitual. <https://doi.org/10.5007/1981-1322.2019.e62827>.

Cicolo E. A; Peres H. H. C. (2019). *Registro eletrônico e manual do Sistema Manchester: avaliação da confiabilidade, acurácia e tempo despendido*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3170.3241>.

Costa F. (2019). *Violência sobre os Enfermeiros na Urgência: Que realidade?* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertações de Mestrado. <http://web.esenfc.pt/?url=S81acmsX>.

Costa A. C. L.; Preto L. R.; Barreira I. M. M.; Mendes L. A.; Araújo F. L.; Novo A. F. M. P. (2020). *Triagem e Ativação da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral: Dificuldades Sentidas pelos Enfermeiros*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; Unidade Local de Saúde do Nordeste; Universidade

Federal de Minas Gerais; Unimed Belo Horizonte.

<http://hdl.handle.net/10198/22951>.

Costa F. A. D. (2020). *Triagem De Manchester: Intervenção Dos Enfermeiros*, Instituto Politécnico de Viana do Castelo Escola Superior de Saúde. Viana do Castelo; novembro. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2499>.

Costa, F. A. D., Torres, R. S., & de Sousa, C. D. P. F. (2022). *Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam*. Revista de Enfermagem Referência. <https://doi.org/10.12707/RV21028>.

Costa J. P.; Nicolaidis R.; Gonçalves A. V. F.; Souza E. N.; Blatt C. R. (2020). *Precisão do Sistema de Triagem Manchester em um serviço de emergência*. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190327>.

Costa A. C. L.; Mendes L. A.; Ferreira B. E. S.; Costa A. M. L.; Matos S. S.; Sete A. S.; Preto L. S. R. (2022). *Triagem de Manchester do paciente com acidente vascular cerebral: dificuldades de enfermeiros brasileiros e portugueses*. <http://hdl.handle.net/10198/26106>.

Cruz M. C. O. (2019). *Triagem realizada por Enfermeiros no serviço de urgência pediátrica: Fatores que influenciam a satisfação dos pais*. Instituto Politécnico de Viseu Escola Superior de Saúde de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5490>.

Chabudéa T. G.; Césara G. C.; Santana C. J. (2019). *Acolhimento e Classificação de Risco em Unidade de Urgência: Relato de Experiência da Implantação do Sistema de Triagem de Manchester*. Faculdade Pitágoras de Londrina. PR, Brasil. b Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem. PR, Brasil. Ensaios e Ciênc., v. 23, n. 2, p. 121-125. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2019v23n2p121-125>.

Diário da República, (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. 2.^a série N.º 26 - 6 de fevereiro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Duro C. L. M.; Lima M. A. D; Weber L. A. F. (2017). *Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviços de urgência*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, revista mineira de enfermagem. Vol. 21. <http://hdl.handle.net/10183/174045>

Fernandes O. F. (2019). *Relatório de Estágio: Pelo Trilho das competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Da Triagem Telefônica e Aconselhamento Pré-Hospitalar aos Cuidados Intensivos*. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. <http://hdl.handle.net/10400.26/37018>.

Ferreira B. S. S.; Rocha R. V. C.; Oliveira W. E. (2020). *Importância da triagem no atendimento pré-hospitalar no incidente com múltiplas vítimas*. Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Curso de Enfermagem

Trabalho de Conclusão de Curso.

<https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/899>.

Ferreira M. T.; Fernandes J. F.; Jesus R. A.; Araújo I. M. (2020). *Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Portugal.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388263105011>.

Franco B.; Busina L.; Chianca T. C. M.; Moraes V. M.; Pires A. U. B.; Lucena A.F. (2018). *Associações entre discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester e diagnósticos de enfermagem*. Revista Gaúcha de Enfermagem.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0131>.

Gabor D. Kelen M. D; Richard W. M. D; Gail D; Angela M. M; Deborah D; Susan A. S; Michael C.; Wadman; Peter E.; Sokolove, (2021). *Emergency Department Crowding: The Canary in the Health Care System*.

<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.21.0217>.

Gomes M. M. L. (2021). *Prevalência do burnout nos enfermeiros: estudo numa equipe de urgência hospitalar*. <https://hdl.handle.net/1822/70574>.

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2017). *Diretrizes para implementação do sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às Urgências*

e Emergências. Sistema Manchester de Classificação de Risco Segunda Edição Brasileira. <https://www.gbcr.org.br/wp-content/uploads/2021/03/DIRETRIZES.pdf>.

Guedes, H., Souza, C., Júnior, D., Morais, S., & Chianca, T. (2017). *Avaliação de sinais vitais segundo o sistema de triagem de Manchester: Concordância de especialistas*. Revista Enfermagem UERJ, 25, 1-6. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.7506>.

Instituto Nacional de Estatística (2018). *Estatística de Saúde, Edição 2020*. Lisboa. <https://www.ine.pt/xurl/pub/257793024>.

Instituto Nacional de Estatística (2019). *Estatística de Saúde, Edição 2021*. Lisboa. <https://www.ine.pt/xurl/pub/257483090>

Instituto Nacional de Estatística (2020). *Estatística de Saúde, Edição 2022*. Lisboa. <https://www.ine.pt/xurl/pub/436989156>.

Instituto Nacional de Estatística (2021). *Estatística de Saúde, Edição 2023*. Lisboa. <https://www.ine.pt/xurl/pub/11677508>.

Jesus A. P. S.; Batista R. E. A.; Campanharo C. R. V.; Lopes M. C. B. T.; Okuno M. F. P. (2021). *Avaliação do indicador de qualidade do Sistema de Triagem de Manchester: tempo de atendimento*. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200371>.

- Lacerda A. S. B.; Sauthier M.; Paes G. O.; Teixeira E. R. (2019). *Colhimento com classificação de risco: relação de justiça com o usuário*. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0420>.
- Magalhães F. J.; Lima F. E. T.; Almeida P. C.; Ximenes L. B.; Chave C. M. P. (2017). *Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria: confiabilidade interobservadores*. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700040>.
- Malfussi, L. B. H. D., Bertoncetto, K. C. G., Nascimento, E. R. P. D., Silva, S. G. D., Hermida, P. M. V., & Jung, W. (2018). *Agreement of an institutional risk classification assessment protocol*. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004200016>.
- Martins H. G. (2018). *Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência*. Relatório Final Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5055>.
- Ministério da Saúde. (2019). *Relatório anual: acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas*. Lisboa, Portugal. https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf.

Moura, A.L.C. (2017). *A pessoa em fim de vida no serviço de urgência: abordagem terapêutica dos profissionais de saúde*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1913>.

Oliveira V. L. G.; Junior E. J. B.; Cavalcante M. S.; Nascimento M. H. M.; Sacramento R. C.; Oliveira A. S. S.; Silva J. C.; Sousa R. F.; Teles G. C.; Oliveira M. F. V.; Nogueira M. A.; Souto S. S.; Neves D. V. A.; Santos E. C. C.; Girard; G. P. Santana M. E. (2022). *Sistema de Triagem Manchester: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na classificação de risco*. Research, Society and Development, v. 11, n. 1. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24358>.

Ordens dos Enfermeiros (2019). *Caracterização dos Serviços de Urgência na Secção Regional do Centro “conhecer para intervir” Relatório do estudo levado a cabo pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros Coimbra*, <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>.

Palricas O. M.F. L. (2022). *Estratégias preventivas da utilização do Serviço de Urgência por utentes não urgentes: perspetiva dos enfermeiros de Cuidados Saúde Primários*, Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. <http://web.esenfc.pt/?url=031ECxHA>.

- Regulamento n.º 743, (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*, Diário da República n.º 184, Série II páginas 128 - 155. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>.
- Rodrigues C. F. S.; Lima F. J. C.; Barbosa F. T. (2017). *Importância do uso adequado da estatística básica nas pesquisas clínicas*. Revista Brasileira de Anestesiologia. Universidade Federal de Alagoas, Ciência da Saúde, Maceió, AL, Brasil. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.01.003>.
- Salgueiro A. C. V. (2019). *Triagem de Manchester satisfação dos enfermeiros*. Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5649>.
- Santos, A. S. F. (2019). *Perfil clínico das pessoas que faleceram no serviço de urgência*. Escola Superior de Saúde de Viseu Unidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Dissertações de mestrado. <http://hdl.handle.net/10400.19/5475>.
- Sebe, D. B. R. (2017). *Sistema de Informação em Emergência Médica*, Faculdade de Engenharia Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/102554>.
- Silva A. F. P.; Bonfim C. R.; Formiga H. J. B.; Barbosa A. B. A.; Ferreira A. M.; Martins E. N. X. (2018). *Dificuldades Enfrentadas pelos Enfermeiros na Execução do Acolhimento e Classificação de Risco*. Faculdade Integrados de Patos. <https://temasensaude.com/wp-content/uploads/2018/10/fip201818.pdf>.

Souza C. C; Chianca T. C.M; Cordeiro Júnior W.; Rausch M. D. C. P; Nascimento G. F. L.

(2018). *Reliability analysis of the Manchester Triage System: inter-observer and intra-observer agreement.* Rev Lat Am Enfermagem.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30020337/>.

Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento.* (3ª Edição).

Edições Sílabo, Lda.

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice I- Questionário



Exmo.(a) Enfermeiro (a), o meu nome é Cladimira da Graça Gonçalves Ferreira, este questionário faz parte de um estudo a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde, referente ao tema: “Dificuldades percecionadas pelos Enfermeiros na realização de Triagem de Manchester no Serviço de Urgência.”

É garantido o anonimato, bem como a confidencialidade dos dados, não sendo guardada informação que permita identificar uma pessoa singular. Trata-se de um questionário unicamente para fins de investigação académica.

Ao responder, assinale por favor com uma cruz (x) na resposta que julgar ser a mais apropriada em relação a cada uma das perguntas e / ou preencha os espaços em branco. Procure responder com a máxima sinceridade e a todas as perguntas, não deixando nenhuma sem resposta, pois só assim este questionário e estudo terão validade.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo parcialmente (3) Concordo parcialmente (4) Concordo totalmente.

Agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade no preenchimento do questionário.

Para qualquer esclarecimento contacte por email: cladimiraferrreira24@gmail.com.

2022

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Idade: -----

Sexo: Masculino-----; Feminino-----

Experiência Profissional em meses: -----

Categoria Profissional: Enfermeiro-----; Enfermeiro com Mestrado-----; Enfermeiro especialista-----; outros-----.

Tempo gasto para realizar Triagem de Manchester: 1 a 3min-----; 3 a 5min-----; 5 a 7min-----; mais do que 7min-----.

PARTE II - DIFICULDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS NA TRIAGEM DE MANCHESTER

Dificuldade sentida pelos enfermeiros	Taxa de concordância			
	1	2	3	4
1 - Sinto-me confortável ao executar a atividade de triagem				
2 - O processo de triagem pelo Sistema de Triagem Manchester é uma dificuldade para mim				
3 - O processo de triagem informatizado é uma dificuldade para mim				
4 - Executar outras tarefas, além da triagem, é uma dificuldade para mim				
5 - A insegurança que sinto em realizar a triagem é uma dificuldade para mim				
6 - A minha inexperiência na triagem é uma dificuldade para mim				
7 - O receio em atrasar o acesso de um utente ao serviço é uma dificuldade para mim				
8 - O perfil clínico dos utentes é uma dificuldade para mim				
9 - O número elevado de utentes em relação à real capacidade do serviço é uma dificuldade para mim				
10 - O questionamento da classificação pelo profissional médico é uma dificuldade para mim				
11 - O questionamento da classificação por parte dos utentes é uma dificuldade para mim				
12 - O questionamento da classificação por outros profissionais de enfermagem é uma dificuldade para mim				
13 - O questionamento dos utentes quanto ao tempo de demora no atendimento e à falta de informação acerca da classificação atribuída é uma dificuldade para mim				
14 - As queixas inespecíficas apresentadas pelos utentes são uma dificuldade para mim				
15 - O agravamento do estado de saúde de um paciente em decorrência do tempo de espera é uma dificuldade para mim				
16 - A violência verbal e física dos utentes e seus familiares é uma dificuldade para mim				

Anexo I - Autorização da comissão de ética para realização do estudo



IdeN.º 81/2022

Parecer da Comissão de Ética

Identificação do estudo:

DIFICULDADES PERCECIONADAS PELOS ENFERMEIROS NA REALIZAÇÃO DA TRIAGEM DE MANCHESTER NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Parecer da Comissão de Ética:

Em reunião de 14 de Setembro de 2022, a CE deliberou nada ter a apor à realização do presente trabalho atendendo ao interesse científico do mesmo para a comunidade científica em geral e para a ULSNE.

Solicita-se o envio das conclusões a esta CE.

A Presidente da Comissão de Ética da ULSNE, E.P.E.

Unidade Local Saúde Nordeste
COMISSÃO DE ÉTICA

Despacho do P.C.A.:

Receiu CA 28.9.2022

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Anexo II - Comprovativo da submissão de artigo numa revista de enfermagem

30/06/23, 14:29

Gmail - [Servir] Agradecimento pela submissão



Cladimira Ferreira <cladimiraferreira24@gmail.com>

[Servir] Agradecimento pela submissão

Servir <noreply@rcaap.pt>
Responder a: Servir <servir1952@gmail.com>
Para: Ferreira <cladimiraferreira24@gmail.com>

30 de junho de 2023 às 13:55

Ferreira,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "OS Difficulties Perceived by Nurses in Performing Manchester Triage and Associated Factors: Difficulties Perceived by Nurses in Performing Manchester Triage and Associated Factors" à revista Servir. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.rcaap.pt/servir/authorDashboard/submission/31759>
Nome de utilizador: abcd-123

Em caso de dúvidas, entre em contacto conosco. Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

Servir

[Servir](#)