

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam

Manchester Triage: Nurses' perceptions of its contributions and influencing factors
Triaje de Mánchester: Percepción de los enfermeros sobre su contribución y factores que influyen en ella

Francisco António Dias da Costa ¹
 <https://orcid.org/0000-0002-7724-6434>
Ruben Sousa Torres ²
 <https://orcid.org/0000-0001-6215-0264>
Clementina dos Prazeres Fernandes de Sousa ^{3,4}
 <https://orcid.org/0000-0002-7536-3557>

¹ Hospital Santa Maria Maior, Barcelos, Portugal

² Hospital de Braga, Braga, Portugal

³ Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal

⁴ Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC), Coimbra, Portugal

Autor de correspondência

Clementina Prazeres Fernandes de Sousa

E-mail: clsousa720@gmail.com

Recebido: 21.02.21

Aceite: 03.08.21

Resumo

Enquadramento: A Triagem de Manchester é essencial nos serviços de urgência, permitindo o estabelecimento da prioridade clínica do utente e o tempo recomendado até à observação médica, podendo ser condicionada por vários fatores.

Objetivos: Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre os contributos da Triagem de Manchester e fatores influenciadores.

Metodologia: Estudo exploratório descritivo, de cariz qualitativo, com entrevistas semiestruturadas a 10 enfermeiros de dois serviços de urgência de Portugal, entre janeiro e fevereiro de 2020, submetidas a análise de conteúdo.

Resultados: Emergiram três áreas temáticas – contributos da Triagem de Manchester, fatores que influenciam a sua realização e sugestões de melhoria.

Conclusão: Identificaram-se como contributos da Triagem de Manchester – estabelecimento de prioridades, atendimento ao utente e melhoria do funcionamento do serviço; e como fatores que influenciam a realização da triagem: recursos humanos e materiais, estrutura física, protocolo de Triagem de Manchester, gestão do serviço e relacionados com o utente e com o enfermeiro. Sugerem-se melhorias em - gestão do serviço, protocolo de Triagem de Manchester e seleção dos enfermeiros.

Palavras-chave: serviço hospitalar de emergência; Triagem de Manchester; enfermeiras e enfermeiros

Abstract

Background: The Manchester Triage (MT) is essential in emergency services, setting the patient's clinical priority and the recommended time until medical assessment. Different factors can condition it.

Objective: To know the nurses' perceptions of the contributions of the MT and its influencing factors.

Methodology: This is an exploratory, descriptive, and qualitative study, with semi-structured interviews with ten nurses from two Portuguese emergency departments, conducted between January and February 2020 and submitted to content analysis.

Results: Three thematic areas emerged - The contributions of the MT, Factors influencing its performance, and Suggestions for improvement.

Conclusion: The contributions of the MT regarded priority setting, patient service, and the improvement of service operation. Factors that influenced triage performance were human and material resources, physical structures, MT protocol, service management, and patient- and nurse-related factors. Service management, MT protocol, and nurse selection were areas suggested for improvement.

Keywords: emergency service, hospital; Manchester triage; nurses

Resumen

Marco contextual: El Triaje de Mánchester es fundamental en los servicios de urgencias, ya que permite establecer la prioridad clínica del paciente y el tiempo recomendado hasta la atención médica, que puede estar condicionada por diversos factores.

Objetivos: Conocer la percepción de los enfermeros sobre las aportaciones del Triaje de Mánchester y los factores que influyen.

Metodología: Estudio descriptivo exploratorio, de carácter cualitativo, con entrevistas semiestructuradas a 10 enfermeros de dos servicios de urgencias de Portugal entre enero y febrero de 2020, sometidos a un análisis de contenido.

Resultados: Surgieron tres áreas temáticas: contribuciones del Triaje de Mánchester, factores que influyen en su aplicación y sugerencias de mejora.

Conclusión: Se identificaron como contribuciones del Triaje de Mánchester, establecimiento de prioridades, atención al usuario y mejora del funcionamiento del servicio; y como factores que influyen en la realización del triaje, recursos humanos y materiales, estructura física, protocolo del Triaje de Mánchester, gestión del servicio y relación con el usuario y el enfermero. Se sugieren mejoras en la gestión del servicio, el protocolo Triaje de Mánchester y la selección de enfermeros.

Palabras clave: servicio de urgencia en hospital; Triaje Manchester; enfermeras y enfermeros



Como citar este artigo: Costa, F. A., Torres, R. S., & Sousa, C. P. (2022). Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21028. <https://doi.org/10.12707/RV21028>



Introdução

Em Portugal, a excessiva afluência dos utentes aos serviços de urgência (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.

O Sistema de Triage de Manchester (STM) está presente em todos os SU portugueses e a sua função é identificar critérios de gravidade que permitem, para cada utente, a identificação da sua prioridade clínica e a definição do tempo recomendado até à observação médica (Grupo Português de Triage [GPT], 2010).

Na realidade portuguesa, são os enfermeiros que maioritariamente asseguram a Triage de Manchester (TM). Pela relevância da triagem e responsabilidade que os enfermeiros assumem, exige-se que desenvolvam e mobilizem múltiplas competências neste contexto de intervenção. Assim, surge o interesse em estudar a perceção dos enfermeiros sobre os contributos da TM e os seus fatores influenciadores.

Enquadramento

O termo triagem tem sido utilizado para descrever a situação na qual os profissionais de saúde têm de selecionar os utentes com prioridade no atendimento, não em função do diagnóstico, mas sim do prognóstico, devendo os mais graves ser avaliados primeiro, otimizando o tempo e os recursos utilizados (Costa et al., 2021).

A nível internacional, surgem vários modelos de triagem no sentido de apoiar os profissionais de saúde na identificação rápida dos utentes em situação de doença ou lesão emergente/urgente, possibilitando a priorização do seu atendimento (Silva, et al., 2013). A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2015) identifica alguns sistemas de triagem de cinco níveis, aceites internacionalmente, como a *Emergency Severity Index*, a *Australian Triage Scale*, a *Canadian Triage and Acuity Scale* e o STM, que atualmente se encontra implementado em todos os SU do país. Como salienta o GPT (2010), o STM possibilita identificar a prioridade clínica e definir o tempo recomendado até observação médica, quer em situações de funcionamento normal do SU, quer em situações de catástrofe. A metodologia consiste em identificar a queixa inicial que o utente refere ou apresenta e seguir o respetivo fluxograma de decisão. O STM contém 52 fluxogramas para os distintos problemas apresentados, sendo sete específicos para crianças e dois para catástrofes. Partindo da queixa principal do utente, segue-se a seleção do fluxograma que melhor se adequa à situação identificada. O fluxograma é estruturado por um conjunto de questões a serem colocadas, os discriminadores, que permitem a inclusão dos utentes numa das cinco prioridades clínicas (GPT, 2010). Segundo a mesma fonte, a utilização do STM permite classificar a situação clínica dos utentes numa de seis categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo para a observação inicial: 1 – Emergente, Vermelho, 0

min; 2 – Muito Urgente, Laranja, 10 min; 3 – Urgente, Amarelo, 60 min; 4 – Pouco Urgente, Verde, 120 min; 5 – Não Urgente, Azul, 240 min; 6 – Não Classificável, Branco, sem tempo atribuído.

É preconizado que a triagem seja efetuada num período de tempo de dois a cinco minutos e a seleção do discriminador corresponde à pergunta que tenha resposta positiva ou que não possa ser negada, decidindo a prioridade clínica. O STM contempla a possibilidade de retriagem, quando existe uma alteração do estado clínico do utente, enquanto aguarda observação médica, e mesmo que seja selecionado um fluxograma alternativo ou menos correto, a atribuição da prioridade e correspondente tempo limite de observação serão iguais (GPT, 2010).

A alteração do estado clínico dos utentes, enquanto aguardam o atendimento médico, e a violência física e verbal, são descritos por Acosta et al. (2012), como fatores geradores de *stress* nos profissionais dos postos de TM. Souza et al. (2015) apontam a sobrelotação dos SU, como uma sobrecarga de trabalho que afeta a realização da triagem e, tanto Freitas (2014) como Reay et al. (2020) acrescentam a pressão dos restantes profissionais do SU, dos utentes e dos familiares, como fatores condicionantes da tomada de decisão na TM.

Segundo o GPT (2010), o processo de tomada de decisão na triagem mobiliza capacidades 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. Marques (2014), citado por Jesus (2004), sublinha que fatores individuais e contextuais podem influenciar a tomada de decisão em ambientes complexos e pouco facilitadores, nos quais a informação é parca e pouco explícita.

Guedes et al. (2017) referem que a triagem deve ser realizada, preferencialmente, por enfermeiros experientes no atendimento em serviços de urgência e Chabudé et al. (2019) sublinham que é necessária uma estrutura física hospitalar compatível com as exigências do STM. Como salienta Silva et al. (2013), os enfermeiros devem possuir competências de rapidez de raciocínio, de destreza manual e de resolubilidade dos problemas que se apresentam, tendo presentes variáveis como, o grande número de procedimentos a serem desenvolvidos, o estado de saúde do utente e a limitação do tempo. Os mesmos autores reforçam a importância do pensamento crítico na tomada de decisão, uma vez que, a consequência de um erro pode ir desde uma confusão administrativa até uma consequência major, como o óbito do utente. Sendo a triagem um momento breve e dinâmico, as habilidades de comunicação terapêutica do enfermeiro triador são também colocadas à prova (Souza, 2016).

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

Para assegurar a sua eficácia, o STM tem inerente um processo de auditoria interna e externa, que confirma se os requisitos, atividades e resultados referentes ao sistema estão implementados e são cumpridos. A função das

auditorias não é apenas identificar falhas e problemas, mas também, e principalmente, a de colher sugestões e promover soluções, assumindo, um caráter formativo e dinâmico (GPT, 2012). Tal como é descrito no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento 140/2019), o enfermeiro ao possuir um conhecimento aprofundado 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.

Questão de Investigação

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

Metodologia

Atendendo ao objetivo do estudo, a opção metodológica assentou numa investigação qualitativa, de natureza exploratória e descritiva. Justifica-se esta opção, na medida em que a mesma assenta em intenções e situações, remetendo para desvendar significados nas ações individuais e nas interações sociais, a partir da interpretação dos participantes (Fortin et al., 2009).

Os participantes foram selecionados num SU polivalente e num SU médico-cirúrgico, com implementação do STM, da região norte de Portugal, através do método de amostragem acidental, por estarem acessíveis num local específico e no momento preciso (Fortin et al., 2009). Definiram-se como critérios de inclusão: ser enfermeiro; estar habilitado com o curso ministrado pelo GPT para a realização da TM; realizar TM; ter experiência profissional no SU superior a dois anos, em conformidade com os critérios do GPT (2010; 2012), excluindo-se da amostra os enfermeiros chefe.

Como instrumento de recolha de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada. Para verificar a adequação do guião de entrevista, foi efetuado um pré-teste com dois enfermeiros de cada SU, não participantes no estudo, com os quais foram discutidos, no final da entrevista, aspetos relativos à clareza das questões, linguagem e conformidade com os objetivos, não se introduzindo alterações relevantes.

A colheita de dados decorreu entre janeiro e fevereiro de 2020, em sala disponibilizada pelas instituições envolvidas,

garantindo o ambiente de privacidade e confiança necessário aos participantes, a quem foi solicitada a assinatura do termo de consentimento informado, antes de iniciar a entrevista e respetiva gravação em suporte áudio. Não se justificando o aumento de recolha de material empírico, atingiu-se a saturação de dados com 10 entrevistas. Posteriormente procedeu-se à sua transcrição integral, respeitando todas as palavras e o seu sentido.

Os 10 enfermeiros que participaram tinham idades compreendidas entre 30 e 50 anos, com tempo de experiência profissional e no SU superior a 10 anos. Quatro enfermeiros detinham especialidade em enfermagem médico-cirúrgica.

Para o tratamento de dados, assumiu-se o método de análise de conteúdo, proposto por Bardin (2011). Nesta metodologia, o tratamento da informação atravessa quatro fases, de forma sequencial: a pré-análise que corresponde à organização do material que constitui o corpus de análise; a exploração do material, onde os dados em bruto são transformados e agregados em unidades e categorias; a categorização, operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguido de reagrupamento por analogia, com critérios previamente definidos; a inferência, que permite passar da fase da descrição (características do texto resumidas após tratamento) à interpretação (significado atribuído a estas características).

Seguindo a autora, ao decompor os textos em unidades por reagrupamento analógico, a análise de conteúdo observou os procedimentos de análise categorial ou temática. O sistema de categorização construiu-se na interação entre o quadro teórico e os objetivos do estudo, definindo áreas temáticas antes da fase empírica (*a priori*) e categorias e subcategorias que emergiram do *corpus* de análise (*a posteriori*).

A realização do presente estudo seguiu os preceitos éticos fundamentais em investigação com seres humanos (Declaração de Helsínquia) e obteve o parecer favorável das Comissões de Ética e das Equipas de Proteção de Dados (Pareceres n.º 198_2019 e 20190203_Urgência281019).

Resultados

A operacionalização da metodologia de análise evidenciou uma organização dos fenómenos em três áreas temáticas: contributos do STM; fatores que influenciam a realização da TM; sugestões de melhoria na realização da TM.

Estas áreas integram categorias e subcategorias, expressas na tabela seguinte, sustentadas por excertos textuais representativos.

Tabela 1*Áreas temáticas, categorias e subcategorias*

AREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Contributos do STM	Estabelecimento de prioridades	
	Atendimento ao utente	
	Melhoria do funcionamento do serviço	
Fatores que influenciam a realização da TM	Relacionados com os recursos	Recursos materiais
		Recursos humanos
		Experiência profissional
	Relacionados com o enfermeiro	Experiência no SU/utente crítico
		Formação contínua
		Caraterísticas pessoais
	Relacionados com a estrutura física	Privacidade
		Espaço físico
	Relacionados com o STM	Limitações do protocolo
		Limitações do curso de TM
	Relacionados com o utente	Falta de informação sobre STM
		Pressão do utente/família
		Violência verbal/física
		Dificuldade na identificação da queixa
		Número de utentes para triar
Tempo de espera para triagem		
Tempo de espera para consulta		
Relacionados com a gestão do serviço	Interrupções	
	Pressões internas e externas	
	Horas de trabalho na triagem	
	Circuito dos utentes	
	Tarefas administrativas/outras tarefas	
	Sistema Informático	
	Barulho	
Sugestões de melhoria na realização da TM	Requisição de meios complementares de diagnóstico	
	Relacionadas com o serviço	Estrutura física
		Gestão de recursos humanos e materiais
		Gestão do serviço
	Relacionadas com o STM	Formação contínua
		Recertificação do curso
		Protocolo de TM
Relacionadas com o enfermeiro		

Nota. STM = Sistema de Triagem de Manchester; TM = Triagem de Manchester.

Na área temática Contributos do STM, emergiram três categorias: estabelecimento de prioridades, atendimento ao utente e melhoria do funcionamento do serviço. A categoria Estabelecimento de prioridades, foi o contributo mais reconhecido pelos entrevistados, como documentam alguns excertos: “permite, . . . separar os casos urgentes daqueles que são menos urgentes” (E2); “acaba-se com a triagem sem critério, há uma priorização de doentes” (E3); o sistema de triagem veio-nos facilitar . . . atribuir uma prioridade adequada” (E8). O STM permite uma avaliação mais correta da causa que o levou

ao SU, em função do critério clínico, como refere um entrevistado: “através dos fluxogramas e dos discriminadores que cada um tem, permite identificar os critérios de gravidade de uma forma mais objetiva, de uma forma também muito mais organizada” (E2). Quanto à melhoria do funcionamento do serviço, é salientada a criação de circuitos de encaminhamento dos utentes após a triagem e a separação de áreas de atendimento de acordo com as prioridades: “Melhorou em muito o circuito dos doentes no serviço de urgência” (E2); “definimos para o serviço um fluxo de encaminhamento destes doentes, isto é,

definimos áreas de atendimento.” (E4).

Na área temática, Fatores que influenciam a realização da TM, identificaram-se várias categorias, quer relacionadas com os recursos humanos e materiais, estrutura física e o próprio STM, quer relacionadas com a gestão do serviço, os utentes e o enfermeiro.

Em relação aos recursos materiais (telefone, microfone, termómetros, saturímetro), que nem sempre existem em todos os postos de triagem, necessitando de partilha entre os diferentes triadores: “muitas vezes é preciso ir buscar o saturímetro do primeiro posto, o termómetro” (E5). A dotação insuficiente de profissionais (enfermeiros e assistentes operacionais) na TM é igualmente apontada como fator perturbador, como alegam as expressões: “muitas vezes não conseguimos um segundo triador, ou porque está numa transferência ou . . . a ajudar noutro setor” (E3); “não há triadores suficientes” (E7); “o auxiliar não é só para a triagem” (E3).

Pelo elevado número de utentes para triar em alguns turnos, a gestão do serviço também foi sublinhada como condicionante da TM: “O fluxo elevado de utentes ao serviço, obviamente dificulta a realização da triagem” (E4); “O principal problema é a pressão de tempo, . . . o facto de olhar para um ecrã e ver 40 minutos de espera vai-me pressionar” (E7); “Garantidamente quando tenho mais fichas tenho tendência a acelerar e perguntar menos coisas a uma série de doentes” (E10). Do mesmo modo, o tempo de espera para observação médica no SU, pode influenciar a prioridade atribuída: “são os tempos de espera para a consulta e sinto que isso pode influenciar o grau de prioridade atribuído ao doente, os tempos de espera são muito longos” (E5). Como constrangimentos, as constantes interrupções e ruídos perturbadores, assim como as pressões internas de médicos e enfermeiros do SU, como testemunha a expressão: “pressão que é exercida . . . pelos profissionais do serviço . . . pelos outros colegas dos diferentes setores de atendimento, até pelos médicos . . . sobre o triador também dificulta, obviamente, o seu desempenho” (E4).

Também são apontadas pressões externas de utentes ou acompanhantes que conseguem contornar o sistema para serem triados primeiro: “Depois também temos as pressões externas, de pessoas que vêm, conseguem furar e chegar até nós e pedir para serem triados mais depressa.” (E6). A pressão do utente/família/accompanhante chega por vezes à violência verbal e física, influenciando naturalmente, a realização da triagem: “Sim, já fui vítima de violência verbal e física na triagem” (E6); “doentes que vão e vêm à urgência . . . depois tornam-se agressivos . . . sabem que se não reclamarem provavelmente, a queixa . . . vai ser um verde, mas . . . efetivamente não resolve o problema.” (E7); provoca no enfermeiro triador algum desconforto “o meu estado de espírito não fica igual para as triagens seguintes não fica, uma pessoa fica mais ansiosa, mais nervosa . . . tenta-se ultrapassar isso, mas às vezes não é fácil.” (E3). Também os bombeiros que necessitam das macas: “saber que temos macas em espera e as corporações de bombeiros que nos pressionam porque precisam das macas livres e têm outros serviços” (E8).

O cansaço devido à carga de horas na triagem e à cons-

tante concentração para a tomada de decisão, também é apontado como fator influenciador da realização da TM: “é uma atividade desgastante, quanto mais horas lá tiveres posso garantir, . . . pela experiência pessoal, . . . que o teu desempenho vai diminuir de qualidade” (E4). A preocupação com o risco de erro que coloca em causa a qualidade no desempenho e nos cuidados também foi citada. Neste particular, referiram que, mesmo sendo substituídos a meio do turno, “um dos elementos que troca, . . . , vem de uma área onde há muitos doentes . . . e chega à triagem já cansado” (E9). Igualmente, o espaço físico (ausência de isolamento sonoro e reduzidas dimensões) influencia o momento de triagem. Grande parte dos entrevistados refere que a sala de triagem não garante a privacidade dos utentes, sendo fundamental para a interação, a avaliação física e para que a queixa que apresentam seja apenas do conhecimento do enfermeiro triador: “é um espaço também que não permite muito a privacidade do doente não é, é uma zona de passagem, as trocas dos doentes para as macas são feitas junto à sala de triagem, . . .” (E2).

O próprio STM influencia igualmente a realização da triagem, quer pela rigidez do seu protocolo, quer pelas limitações do curso de TM: “O STM . . . não é perfeito, . . . há momentos em que, para . . . determinadas queixas, determinadas situações, o facto de ser estanque, rígido, não facilita.” (E4); “O protocolo é muito rígido e, por vezes, limitativo . . . cada vez mais tens uma panóplia de doentes . . . que não consegues encaixar . . . em nenhum fluxograma como deve ser.” (E10). Em relação ao curso de TM referiram ser demasiado curto e sem treino clínico em contexto profissional: “o curso foi só, . . . umas luzes muito básicas daquilo que é a triagem, . . . serviu para conhecer mais o funcionamento, os fluxogramas.” (E8); “O curso de TM não nos treina o olho clínico” (E10). O desconhecimento dos utentes sobre o STM também interfere na sua realização: “o facto de a grande maioria ou pelo menos uma quantidade significativa dos nossos doentes não terem um conhecimento, nem sequer mínimo, do que é isto da TM.” (E4); “perdi esse tempo para esclarecer uma dúvida lícita do utente, que podia ter feito outra triagem” (E7).

Dificuldades em identificar a queixa, complica a seleção do fluxograma ou do discriminador. São mencionadas, quer devido a múltiplas queixas, ou a queixas inespecíficas apresentadas pelo utente: “os próprios doentes . . . estão consecutivamente a contar histórias” (E1); “é nisso que o enfermeiro pode fazer a diferença, . . . o utente pode vir queixar-se de um problema, . . . que é a perceção que tem da sua saúde, a visão do enfermeiro pode não ter nada a ver” (E7).

Foram também salientados aspetos positivos como a informatização do STM e a possível autonomia futura para os enfermeiros da triagem poderem “pedir meios complementares de diagnóstico para antecipar” (E7). Também consideram que o próprio enfermeiro pode influenciar positivamente, a realização da TM, pela sua experiência profissional, experiência nos cuidados ao doente crítico, formação contínua e características pessoais. Deste modo, a experiência profissional é considerada uma vantagem para o processo de triagem, como se observa na seguinte

expressão: “Precisas de trabalhar com doente crítico, precisas de perceber que aquela série de sintomas que às vezes a triagem não te dá, aquele doente com mau ar que tu na triagem não consegues quantificar nem objetivar” (E10). As características pessoais do triador, como a capacidade de tomada de decisão, juízo clínico, segurança e confiança, também foram salientadas como fatores relevantes que influenciam a realização da TM: “Um enfermeiro que seja seguro, tenha facilidade na tomada de decisão, tenha um espírito crítico assinalável, será certamente alguém com facilidade na execução da triagem” (E4).

Também é sugerida atenção às necessidades de formação, nas áreas das inconformidades detetadas, pelas auditorias, no desempenho dos enfermeiros triadores, como é salientado: “sinto como necessidade . . . ter mais feedback da parte de quem nos faz as auditorias ou quem está mais ligado a tudo o que se passa a nível de TM, para saber também aquilo que tenho para melhorar” (E1).

Na seleção dos enfermeiros triadores, a experiência profissional é condição decisiva, pelo que sugerem aumentar o tempo de experiência profissional necessário para iniciar atividade neste contexto: “a TM tem um nível de importância em que só devia ter enfermeiros dos últimos escalões de desenvolvimento, se quiseres usar os princípios da Benner” (E10).

Discussão

Um dos contributos do STM, salientado pela maioria dos enfermeiros, foi o estabelecimento de prioridades com base em critérios bem determinados. Também o seu papel facilitador no atendimento ao utente foi assinalado, quer pela uniformização de nomenclaturas e definições adaptadas à realidade portuguesa, quer por apresentar uma metodologia de trabalho objetiva, um programa de formação organizado, controlado por auditorias regulares e um estímulo às boas práticas (GPT, 2012).

Os entrevistados dão ênfase à melhoria dos circuitos de encaminhamento dos utentes após a triagem, e à separação de áreas de atendimento de acordo com as prioridades definidas, pois possibilita a previsão de necessidades futuras com base na prioridade atribuída e permite adequar os recursos materiais e humanos à situação dos utentes (GPT, 2010). Neste alinhamento, Guedes et al. (2017) consideram o STM, uma ferramenta importante para o planeamento e gestão dos SU.

Todavia, múltiplos fatores foram identificados como condicionantes à realização da TM, quer ao nível dos recursos materiais e humanos, quer centrados no próprio STM. Foi referido pelos participantes que o reduzido número de enfermeiros por turno dificulta o aumento dos postos de triagem em horas de maior afluência. Também é mencionado que a falta de auxiliares, quando existem muitos utentes em maca, provoca a demora na transferência destes para o setor adequado e impede a chamada do próximo, aumentando os tempos de espera. A este propósito Souza et al. (2015) sublinham a necessidade de dotação adequada de recursos humanos para aumentar a confiança no processo de triagem.

A experiência profissional, as características pessoais e a formação contínua também foram assinaladas como fatores que podem influenciar a TM. A experiência clínica, principalmente no SU/cuidados à pessoa em situação crítica, foi associada a competências como a intuição e o pensamento crítico na observação e avaliação correta da prioridade do utente, bem como, à maior capacidade de gestão das pressões a que são sujeitos na triagem. Salientaram que os enfermeiros mais novos, por terem muitas dúvidas e dificuldades na tomada de decisão, questionam constantemente os colegas mais experientes aproximando-se dos resultados de Chabudé et al. (2019) e Guedes et al. (2017). A *Emergency Nurses Association* (2011) também sublinha que, além da experiência profissional, características individuais do enfermeiro como a segurança, a capacidade na tomada de decisão e a confiança foram identificadas como influenciadoras da triagem.

Outro fator importante reconhecido foi o défice de formação contínua sobre o STM, principalmente nas áreas identificadas como não conformes, pelas auditorias à triagem. Comprovando este valor, Amaral (2017) constatou que, após a implementação de um programa de formação pelas equipas auditoras da TM, observou-se um aumento da eficácia e uma melhoria da qualidade da triagem.

Constatou-se neste estudo que algum material ou equipamento necessário em cada posto de triagem era deficitário, obrigando à sua partilha entre triadores. As salas de triagem com espaços físicos reduzidos, permeáveis, de fácil acesso e com incapacidade de isolamento sonoro foram reconhecidas como condicionantes da privacidade dos utentes e da capacidade de concentração dos profissionais. Na medida em que estão a ouvir a queixa do seu utente, ouvem simultaneamente a do posto ao lado, contrariamente ao que defende Freitas (2014), quando afirma que os gabinetes de triagem devem ter condições de isolamento sonoro, que garantam o sigilo, a privacidade e dignidade do utente, num ambiente calmo e acolhedor. A rigidez na aplicação do protocolo foi também apontada como limitação na atribuição da prioridade em utentes com sintomas atípicos ou com múltiplas queixas (Costa et al., 2021). O curso de TM, ministrado aos profissionais que é curto e fundamentalmente teórico, é referido do mesmo modo, como constrangimento ao desempenho na triagem. Chabudé et al. (2019), ao referir-se à formação para a realização da triagem, defendem a necessidade de um curso próprio com treino prático.

Ainda desinformação dos utentes sobre o STM, assim como a pressão exercida por estes ou familiares para atribuição de um nível de prioridade mais elevado, foi sublinhada como dificultadora da triagem. A necessidade de tempo para a informação sobre a TM resulta, no entender dos entrevistados, em atraso nos tempos de espera e algumas vezes em ameaças verbais e mesmo violência física, que embora possam não ter resultados práticos na alteração da prioridade, provoca desconforto e tensão no enfermeiro triador. Esta constatação converge com Acosta et al. (2012), ao referirem que a violência verbal e física, dirigidas ao enfermeiro triador, causa stress no seu desempenho.

A dificuldade na identificação das queixas dos utentes,

dada a sua multiplicidade e carácter inespecífico, torna complexa a decisão sobre o fluxograma ou discriminador mais adequado, aspeto também identificado por Freitas (2014). Esta dificuldade é extensiva a muitos utentes dependentes e incapazes de comunicar, que não chegam acompanhados ao SU.

Aproximando-se dos resultados de Reay et al. (2020), foram identificados fatores associados ao funcionamento do serviço, que prejudicam o desempenho dos triadores, como o número de utentes para triar, tempo de espera para triagem, interrupções, pressões internas e externas, excesso de horas na triagem. Foram também mencionados, o circuito dos utentes, a realização de tarefas administrativas ou outras não relacionadas com a triagem e o elevado tempo de espera para consulta médica que pode influenciar a prioridade atribuída, pelo receio de agravamento do estado do utente. O enfermeiro é o primeiro elemento a ser abordado quando o tempo de espera pelo atendimento médico é superior ao recomendado nos algoritmos, o que pode originar stress, insegurança e frustração quanto à sua tomada de decisão anterior (Freitas, 2014; Acosta et al., 2012). Por outro lado, a prioridade atribuída pelos enfermeiros triadores é muitas vezes questionada pelo médico, criando um ambiente de tensão e insegurança (Freitas, 2014).

A carga horária elevada e contínua na triagem foi referida como geradora de cansaço e diminuição da capacidade de concentração, associada à constante tomada de decisão e à pressão que é exercida sobre o triador, também constatado por Freitas (2014) e Reay et al. (2020). Amaral (2017) encontrou evidências entre as não conformidades identificadas nas auditorias e final do turno da manhã, associando-as ao cansaço do triador.

O circuito de encaminhamento dos utentes dentro do SU e a gestão da triagem para as diferentes áreas do SU, de acordo com a sua lotação e carga de trabalho é também indicado com fator de stress. Este constrangimento coloca em questão a defesa de uma das grandes vantagens da TM que é promover a definição de circuitos de encaminhamento facilitadores da melhor organização do serviço (GPT, 2010).

A obrigatoriedade de realização de tarefas consideradas administrativas, tais como, contactar os médicos de especialidades não residentes no SU, o encaminhamento dos utentes com prioridade verde ou azul para os Cuidados de Saúde Primários e a identificação dos acompanhantes com etiqueta própria, foram referidas como sobrecarga no desempenho da triagem. A este propósito Morins (2016) realça que as tarefas administrativas nem sempre são tidas em conta na avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros, aumentando o consumo de tempo e o cansaço do triador.

Apesar da evidência de vários fatores que podem afetar a eficácia e eficiência do STM, a sua informatização foi considerada facilitadora, embora com alguma lentidão no sistema, sendo também relevada a acessibilidade simultânea ao processo do utente que está a ser triado, permitindo associar a queixa atual ao seu historial clínico. Num dos SU onde este estudo foi realizado, está contemplada a possibilidade de os enfermeiros da triagem

solicitarem a realização de eletrocardiograma, sendo considerado benéfico e influenciador na realização da triagem e continuidade do atendimento. Neste âmbito, a norma 02/2015 da DGS sugere que no momento da triagem, nas situações de dor torácica, deve ser implementado o algoritmo de eletrocardiografia simples de 12 derivações. As propostas de melhoria mencionadas pelos participantes relacionam-se com a gestão do serviço, com o STM e com o enfermeiro triador.

Os enfermeiros consideram de suma relevância a melhoria do espaço físico das salas de triagem, no que concerne aos recursos materiais, às dimensões, localização e isolamento acústico que garantam a privacidade dos utentes, a redução de interrupções e ruídos e a qualidade dos cuidados, corroborando os resultados de Freitas (2014). Também a possibilidade de visualização contínua da sala de espera, permitiria observar, ao momento, alguma alteração do estado dos utentes triados, e retriá-los, se necessário.

Sugerida também maior atenção à gestão de recursos humanos de forma a assegurar a troca dos enfermeiros triadores a meio do turno e a abertura de mais postos de triagem, quando a afluência de utentes é maior.

Quanto ao circuito dos utentes no próprio serviço, sugerem a criação de um circuito próprio para as visitas, de forma a não usarem o mesmo da triagem. Propõem também o investimento na formação dos agentes de segurança e assistentes operacionais acerca das regras de funcionamento da TM. Segundo o GPT (2010), uma das grandes vantagens da TM reside não no valor intrínseco da triagem, mas sim, na oportunidade de promover a definição de circuitos de encaminhamento facilitadores da melhor organização do serviço.

Das sugestões relacionadas com o STM, salientam-se a recertificação do curso e do protocolo de TM, introduzindo alterações nos fluxogramas e discriminadores, assim como, a criação de indicadores de competências do enfermeiro que evidenciem o pensamento crítico e juízo clínico na atribuição da prioridade. Também foi proposto o investimento na formação contínua dos profissionais, incidindo particularmente nas não conformidades detetadas em auditorias. Neste sentido, Wolf et al. (2018) realçam que a formação e discussão de casos em equipa permite melhorar a segurança da triagem e a confiança dos enfermeiros.

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, o que é corroborado por Souza et al. (2015) e Chabudé et al. (2019) que sugerem o treino das equipas, para lidarem com a triagem, com competência. Por último, para assegurar a qualidade no desempenho, as tarefas que não sejam exclusivas da triagem dever-lhes-ão ser retiradas. Consideram-se limitações deste estudo a inclusão de apenas dois SU hospitalares, geograficamente próximos; a utilização única de um instrumento de recolha de dados; a escassez de estudos na área; e o processo de interpretação dos dados não ter sido validado pelos participantes ou submetido a revisão por pares.

Conclusão

O STM procura dar resposta à excessiva afluência dos utentes aos SU, priorizando-os consoante a gravidade clínica que apresentam, contribuindo para a melhoria do funcionamento do serviço e da qualidade dos cuidados prestados. Apesar de se ter iniciado a sua implementação em 2000, e atualmente em todos os SU, do território nacional, ainda se constata fatores que condicionam os requisitos do STM, quer associados à gestão das unidades hospitalares, quer relacionadas com o próprio STM ou com os profissionais que aplicam o protocolo. Por outro lado, foram realçados os contributos do STM e apresentadas sugestões de melhoria do sistema.

Este estudo revelou constrangimentos na implementação do STM, mas também, a sua contribuição para a melhoria do atendimento a utentes mais vulneráveis, e como a decisão dos enfermeiros, quanto à prioridade a atribuir, pode influenciar a continuidade de cuidados. Evidencia também, a parca produção científica atualizada, em Portugal, e como tal, a necessidade de mais investigação nesta área.

Espera-se que os resultados desta pesquisa promovam a reflexão proativa entre gestores institucionais, auditores e enfermeiros triadores sobre o STM, para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes, potenciadoras da performance e da valorização do juízo clínico dos enfermeiros de TM, constituindo-se num contributo para os processos de mudança na procura constante da excelência dos cuidados.

Contribuição de autores

Conceptualização: Costa, F. A., Torres, R. S.

Tratamento de dados: Costa, F. A., Torres, R. S., Sousa, C. P.

Redação - rascunho original: Costa, F. A., Torres, R. S., Sousa, C. P.

Redação - revisão e edição: Sousa, C. P., Costa, F. A., Torres, R. S.

Referências bibliográficas

- Acosta, A. M. Duro, C. L., & Lima, M. A. (2012). Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: Revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 181-190. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400023>
- 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
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (5.ª ed.). Edições 70.
- Chabudé, T. G., César, 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. *Ensaios e Ciências Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 23(2), 121-125. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2019v23n2p121-125>
- Costa, F. F., Prudente, G. M., Borba, A. C., Deus, S. D., Castilho, T. C., & Sampaio, R. A. (2021). A Eficácia da aplicação do Pro-

- coloco de Manchester na classificação de risco em Unidades de Pronto Atendimento: Uma revisão sistemática. *Revista de Saúde Multidisciplinar*, 9(1), 78-82.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Triagem de Manchester e referência interna imediata*. <https://nocs.pt/triagem-manchester/>
- Emergency Nurses Association. (2011). *Triagem qualificação* (Position statement). https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/position-statements/triagemqualification-competency.pdf?sfvrsn=a0bbc268_8
- Fortin, M. F., Cotê, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Freitas, M. M. (2014). *Dificuldades percebidas e grau de satisfação dos enfermeiros que fazem triagem de Manchester nos serviços de urgência* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde]. IC-online. <http://hdl.handle.net/10400.8/2286>
- Grupo Português de Triagem. (2012). *Manual de auditorias ao sistema de triagem de Manchester*.
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no serviço de urgência: Manual do formador* (2.ª ed).
- 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/ruerj.2017.7506>
- Marques, S. G. (2014). *Tomada de decisão do enfermeiro triador em situação de emergência: Validação do Triage Decision Making Inventory para a população portuguesa*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=36370&code=410>
- Morins, A. L. (2016). *Validade preditiva do Protocolo de Triagem de Manchester na avaliação da carga de trabalho de enfermagem*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde]. IC-online. <http://hdl.handle.net/10400.8/2885>
- Reay, G., Smith-MacDonald, L., Then, K. L., Hall, M., & Rankin, J. A. (2020). Triage emergency nurse decision-making: Incidental findings from a focus group study *International Emergency Nursing*, 48, 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100791>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Silva, A. P., Santos, B. M., & Brasileiro, M. (2013). Impacto da utilização de métodos de triagem no atendimento em urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*, 4(4), 1-15.
- Souza, C. C., Araújo, F. A., & Chianca, T. C. (2015). Scientific literature on the reliability and validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: A integrative literature review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 144-151. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100019>
- Souza, C.C. (2016). *Análise da confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester para determinar o grau de prioridade de pacientes em serviços de urgência*. [Tese de doutoramento, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem]. Repositório Institucional da UFMG. <http://hdl.handle.net/1843/ANDO-A97JVV>
- Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Moon, M. D., & Zavotsky, K. E. (2018). Triageing the Emergency Department, not the patient: United States Emergency Nurses' experience of the triage process. *Journal of Emergency Nursing*, 44(3), 258-266. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.06.010>

