



Licenciatura em Gestão em Saúde

A Triagem de Manchester nas Urgências do Hospital Beatriz Ângelo

Projeto Final de Licenciatura



Elaborado por Fernando Miguel Mendonça Dourado

Aluno nº 20111595

Orientador: Professor Doutor Paulo Moreira

Tutores: Exmo. Sr. Manuel Lacerda Cabral e Exmo. Sr. Pedro Geraldes

Barcarena, Abril 2018

Universidade Atlântica

Licenciatura em Gestão em Saúde

A Triagem de Manchester nas Urgências do Hospital Beatriz Ângelo

Projeto Final de Licenciatura

Elaborado por Fernando Miguel Mendonça Dourado

Aluno nº 20111595

Orientador: Professor Doutor Paulo Moreira

Tutores: Exmo. Sr. Manuel Lacerda Cabral e Exmo. Sr. Pedro Geraldes

Barcarena, Abril 2018

DECLARAÇÃO

Nome: Fernando Miguel Mendonça Dourado

Endereço eletrônico: _____ Telefone: _____

Número do Bilhete de Identidade: _____

Título do Trabalho: A Triagem de Manchester nas Urgências do Hospital Beatriz Ângelo

Orientador(es): Professor Doutor Paulo Moreira

Declaro que concedo à Universidade Atlântica uma licença não-exclusiva para arquivar e tornar acessível, o presente trabalho, no todo ou em parte.

Retenho todos os direitos de autor relativos ao presente trabalho, e o direito de o usar futuramente

Assinatura

Universidade Atlântica, Barcarena ___/___/_____

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório

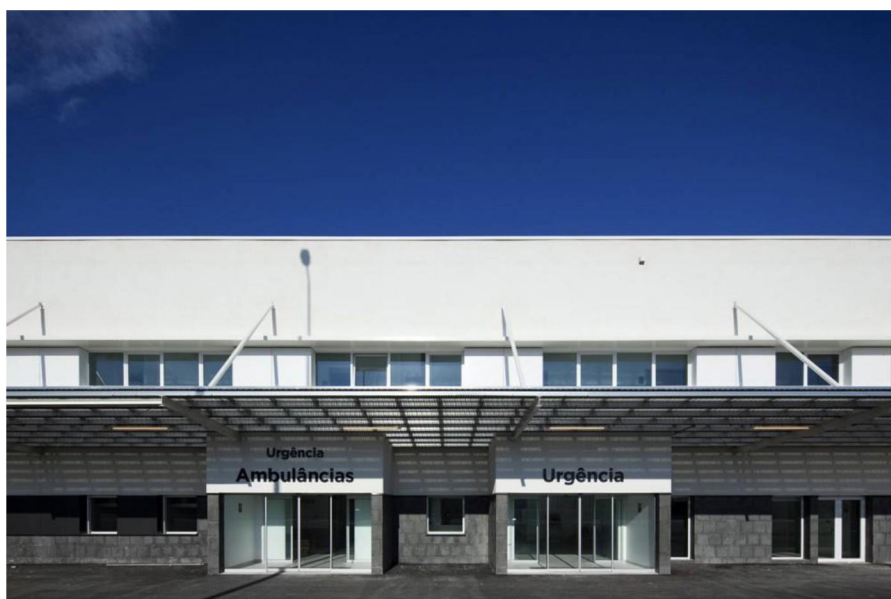
Agradecimentos

Carlos Manuel da Silva Rodrigues

Ana Cristina Mesquita

Manuel Lacerda Cabral

Pedro Geraldes



Resumo

A Triagem de Manchester nas Urgências do Hospital Beatriz Ângelo

A triagem é uma fração fundamental da gestão do risco clínico, quando a carga assistencial supera a disponibilidade dos serviços. O Protocolo da Triagem de Manchester proporciona um sistema verificável que se pode ensinar, de como atribuir a prioridade clínica em contextos de urgência. Não é criado para julgar se os doentes estão, apropriadamente, no local de atendimento adequado, mas para certificar que os que precisam de cuidados urgentes e emergentes os recebem, de forma adequada e rápida. Pode ser utilizado para monitorizar cuidados e para identificar prioridades clínicas – que é determinado por prestações locais e disponibilidade real.

Neste trabalho pretende-se avaliar a qualidade e satisfação de utentes e profissionais do Hospital no que respeita ao Sistema de Triagem e Manchester em todas as tipologias de Serviço de Urgência, sendo elas a Urgência Geral, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstetrícia Ginecológica. A pergunta de partida é: Qual o grau de satisfação e a qualidade no processo de melhoria contínua do Sistema de Triagem de Manchester?

Face aos resultados obtidos verifica-se um nível de insatisfação maior nos profissionais do que nos utentes. Existem fatores que podem explicar esta perceção, como por exemplo o maior conhecimento dos profissionais dos distintos sistemas de triagem, e claro, no Sistema de triagem de Manchester, fazendo com que se precatem das carências atuais e das áreas de melhoria.

Palavras-chave: Triagem, Manchester; Hospital, Urgências

Abstract

The Manchester Triage in the Emergency Room of the Beatriz Ângelo Hospital

Triage is a fundamental fraction of clinical risk management, when the weight of care outweighs the availability of services. The Manchester Triage Protocol provides a verifiable system that can be taught, how to assign clinical priority in emergency settings. It is not designed to judge whether patients are appropriately in the appropriate care setting, but to ensure that those who need urgent and emergent care receive them adequately and quickly. It can be used to monitor care and to identify clinical priorities - which is determined by local deliverables and actual availability.

In this work i intend to evaluate the quality and satisfaction of users and professionals of the Hospital regarding the Triage System and Manchester in all types of Emergency Service, such as General Urgency, Pediatric Urgency and Obstetrical Gynecological Urgency. The starting question is: How satisfied are professionals and users with the quality in the process of continuous improvement of the Manchester Triage System?

In view of the obtained results there is a higher level of dissatisfaction in professionals than in users. There are factors that can explain this perception, such as the greater knowledge of the professionals of the different Triage systems, and of course, in the Manchester Triage System, making them to know the current deficiencies and areas for improvement.

Keywords: Triage, Manchester; Hospital, Emergency Room

Índice

Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico	3
1.1. Definição de Triagem.....	3
1.2. Estratégias de Tomada de Decisões na Triagem	5
1.3. Grupo Português de Triagem (GPT).....	9
1.4. O Sistema de Triagem de Manchester.....	11
1.4.1. Metodologia do Sistema da Triagem de Manchester	16
1.4.1.1. Identificação do Problema.....	17
1.4.1.2. Recolha e Análise de Informações	18
1.4.1.3. Avaliação de todas as alternativas e seleção de uma para implementação	27
1.4.1.4. Implementação da alternativa selecionada	28
1.4.1.5. Monitorização da implementação e avaliação dos resultados	28
1.5. O Sistema de Triagem de Manchester em Portugal	32
2. O Hospital Beatriz Ângelo	33
2.1. Modelo Organizativo.....	36
2.2. Historia	42
2.3. Missão, Visão e Valores.....	43
2.4. Serviços e Valências.....	44
3. Metodologia	47
3.1. Pesquisa Bibliográfica.....	48

3.2.	Análise Documental.....	48
3.3.	Elaboração de Questionários	48
3.4.	Intenção das Questões.....	49
3.5.	Plano de Intervenção.....	50
3.6.	Cronograma	50
4.	Análise de Resultados.....	51
4.1.	Profissionais.....	51
4.1.1.	Análise Linear	51
4.1.2.	Análise Combinada	59
4.2.	Utentes	68
4.2.1.	Análise Linear	68
4.2.2.	Análise Combinada	74
	Conclusão.....	83
	Bibliografia	87
	Anexos	90

Índice de figuras

Figura 1 - Fluxograma de Prioridade Clínica.....	14
Figura 2 - Tempos alvo previstos de atendimento para as 5 cores da Triagem de Manchester	15
Figura 3 - Lista de condições apresentadas pertinentes para a triagem	17
Figura 4 - Fluxograma Risco de Vida	19
Figura 5 - Fluxograma da Dor.....	20
Figura 6 - Fluxograma Hemorragia.....	21
Figura 7 - Fluxograma Grau de estado de consciência	22
Figura 8 - Fluxograma Temperatura	23
Figura 9- Fluxograma Início da queixa/agravamento	25
Figura 10 - Fluxograma geral	27
Figura 11 – Organograma do Hospital Beatriz Ângelo	37
Figura 12 - Curso de Formação em Triagem	52
Figura 13 - Adequação da formação frequentada	52
Figura 14 - Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica	53
Figura 15 - Sequenciação do guião das entrevistas da triagem.....	53
Figura 16 - Adequação do guião das entrevistas que torna possível a sua realização no tempo máximo de três minutos	54
Figura 17 – Fiabilidade do processo de triagem	54

Figura 18 - Grau de satisfação do profissional	55
Figura 19 - Benefício para os utentes, na visão do profissional	55
Figura 20 - Adaptação à realidade do Serviço de Urgência do Hospital	56
Figura 21 - Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço ...	57
Figura 22 - Contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência.....	57
Figura 23 - Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados	58
Figura 24 - Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem	58
Figura 25 - Conhecimentos dos utentes acerca da triagem.....	59
Figura 26 - Curso de Formação em Triagem.....	60
Figura 27 - Adequação da formação frequentada.....	60
Figura 28 - Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica	61
Figura 29 - Sequenciação do guião das entrevistas da triagem	61
Figura 30 - Adequação do guião das entrevistas que torna possível a sua realização no tempo máximo de três minutos	62
Figura 31 - Fiabilidade do processo de triagem.....	62
Figura 32 - Grau de Satisfação dos Profissionais, com o sistema de triagem, por Profissão	63
Figura 33 - Benefício para os utentes na visão do profissional	63

Figura 34 - Benefício para os profissionais.....	64
Figura 35 - Organização do trabalho do profissional.....	64
Figura 36 - Adaptação à realidade do Serviço de Urgência do Hospital.....	65
Figura 37 - Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço....	65
Figura 38 - Contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência.....	66
Figura 39 - Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados.....	66
Figura 40 - Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem.....	67
Figura 41 - Conhecimentos dos utentes acerca da triagem.....	68
Figura 42 - % de utentes por género.....	69
Figura 43 - % de utentes por faixa etária.....	69
Figura 44 - % de utentes por situação profissional.....	70
Figura 45 - % de utentes por motivo.....	70
Figura 46 - % de utentes por quem aconselhou/recomendou.....	71
Figura 47 - % de utentes por prioridade.....	72
Figura 48 - % de utentes esclarecidos.....	72
Figura 49 - Nível de satisfação com tempo de espera de admissão, espera pela triagem e duração da triagem.....	73
Figura 50 - Nível de satisfação com desempenho dos profissionais.....	73
Figura 51 - Nível de satisfação da privacidade, conforto e instalações.....	74

Figura 52 - Proporção da idade dos utentes em cada prioridade	75
Figura 53 - Proporção do nível satisfação de espera pela triagem dos utentes, em cada prioridade.....	75
Figura 54 - Proporção do nível satisfação de duração da triagem dos utentes, em cada prioridade.....	76
Figura 55 - Proporção de utentes esclarecidos, em cada prioridade.....	76
Figura 56 - Proporção do nível satisfação de espera pela triagem dos utentes, por nível de escolaridade	77
Figura 57 - Proporção do nível satisfação do desempenho do enfermeiro, por nível de escolaridade	78
Figura 58 - % de utentes esclarecidos, por faixa etária	78
Figura 59 - Proporção do nível de satisfação de Privacidade, conforto e instalações, por faixa etária.....	79
Figura 60 - Proporção do nível de satisfação de espera de admissão, de triagem e duração de triagem, por faixa etária	80
Figura 61 - Proporção do nível de satisfação do desempenho administrativo, do AAM e do enfermeiro, por prioridade	81

Índice de tabelas

Tabela 1 - Tabela de temperatura (Crianças)	24
Tabela 2 - Tabela de temperatura (Adultos).....	24
Tabela 3 - Início da queixa/agravamento	26
Tabela 4 - Tabela de Prioridades.....	28
Tabela 5 - Passos de Avaliação de Triagem.....	30
Tabela 6 - % de utentes por reincidência	71

Lista de abreviaturas e siglas

AAM - Auxiliares de Ação Médica

DE - Departamento de Emergência

GPT - Grupo Português de Triagem

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MTS - Manchester Triage System

PTM – Protocolo da Triagem de Manchester

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Introdução

O presente trabalho, realizado na âmbito da disciplina de Seminário de Estágio, da Licenciatura de Gestão de Saúde, sendo esta orientada pelo Professor Doutor Paulo Moreira da Universidade Atlântica, situada na Fábrica da Pólvora em Barcarena, tem enfoque na elaboração de um projeto de intervenção para a organização, do qual será apresentada uma metodologia conceptual teórica relevante no processo de desenvolvimento de competências, que incidirá na análise acerca da Triagem de Manchester, que se encontra atualmente implementada no Hospital Beatriz Ângelo (HBA), situado em Loures.

Os conceitos estruturantes desta unidade curricular permitirão o contacto com os princípios teóricos de elaboração de projetos onde se integrará de forma estruturada numa abordagem acerca do diagnóstico da situação organizacional, permitindo um conhecimento sobre uma matriz conceptual, essencial ao trabalho de campo realizado.

Os objetivos deste projeto integram-se no âmbito da Saúde, mais especificamente no âmbito da Urgência Hospitalar, assim como no Sistema de Triagem de Manchester, apresentando-se exclusivamente a esta tipologia de serviço.

O projeto de intervenção pretende propor melhorias favoráveis a todos os stakeholders intervenientes neste projeto, de forma a responder às necessidades evidenciadas emergentes, isto após uma análise dos dados recolhidos e tratados de forma objetiva e racional dando resposta aos desafios dos Serviços de Urgência do Hospital Beatriz Ângelo.

Essas melhorias que pretendemos propor com este projeto, servirão para aumentar diretamente os níveis de qualidade, de eficácia e eficiência por parte da prestação dos serviços do Hospital Beatriz Ângelo, por outro lado, envolver os profissionais de Saúde e divulgar a população interveniente que delega a responsabilidade nos profissionais de Saúde com intuito de partilhar conhecimentos e saberes praticados pelo HBA, a fim de melhorar a prestação dos Serviços.

As Urgências são confrontadas diariamente com um elevado número de doentes que apresentam uma vasta gama de problemas. A sobrecarga de trabalho dos serviços varia de hora para hora e depende do número de doentes que aí se deslocam e do estado que apresentam. É absolutamente basilar que exista um sistema de triagem implementado para

assegurar que estes doentes sejam observados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada. Foram dados passos importantes na última década, para o estabelecimento de um método de Triagem Nacional (Freitas & Marques, 2009).

O Protocolo da Triagem de Manchester (PTM) é utilizado em muitas línguas para triar dezenas de milhões de utentes dos Serviços de Urgência, todos os anos. Enquanto os princípios básicos que estão subjacentes ao PTM (reconhecimento da queixa de apresentação e identificação de um discriminador) são inalteráveis, tornou-se necessário fazer alguns ajustes ao longo dos anos (Freitas & Marques, 2009).

1. Enquadramento Teórico

1.1. Definição de Triagem

Mackway-Jones (1996), afirmou que as Urgências são confrontadas diariamente com um grande número de doentes que apresentam uma vasta gama de problemas. A sobrecarga de trabalho dos serviços varia de hora e depende do número de doentes que aí acorrem e do estado que apresentam. É absolutamente essencial que exista um Sistema de Triagem implementado para assegurar que estes doentes sejam observados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada.

Mackway-Jones (1996), afirmou ainda que foram dados passos importantes para o estabelecimento de um método de Triagem Nacional, que se destina a possibilitar ao pessoal da triagem, o trabalho de elaboração de uma nova norma pela aplicação deste método aos doentes que recorrem aos seus serviços. Os elementos do grupo multidisciplinar do consenso que conceberam esta metodologia, esperam que ela seja usada individualmente por Profissionais de Saúde, com vista a melhorar o processo de triagem e assegurar que as suas decisões relativas à triagem, são tão válidas quanto reprodutíveis.

Braken (2000), afirmou que é o processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão, em todos os doentes que dão entrada no Serviço de Urgência. Um sistema de triagem é uma forma organizada e sistematizada de atribuir uma prioridade para atendimento médico, identificando rapidamente os cidadãos/Utentes cuja doença/lesão requer um atendimento mais urgente.

O objetivo do sistema de triagem do departamento de emergência (DE) é fornecer a melhor assistência clínica àqueles que estão em maior urgência ou necessidade, e garantir que os recursos do departamento sejam aplicados com eficiência para esse fim (FitzGerald & Jelinek, 2010).

Objetivos da Triagem

Os objetivos da triagem, segundo o Grupo Português de Triagem (2018), são:

- Identificar com rapidez o Utentes em situação de doença/lesão emergente/urgente;
- Avaliar precocemente os Utentes dando prioridade aos cuidados que necessitam, de acordo com a gravidade da situação (doença/lesão);
- Prever exames complementares de diagnóstico e terapêutica ao atendimento Médico de acordo com protocolos definidos.
- Encaminhar o Utente para o serviço mais adequado à sua situação (não necessariamente o serviço de Urgência);
- Descongestionar o serviço de Urgência de forma a regular a afluência dos Utentes ao mesmo;
- Diminuição da probabilidade de erro.

Em termos gerais, um método de triagem pode tentar fornecer ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada apenas na identificação de problemas. O Grupo Português de Triagem (Freitas & Marques, 2009) decidiu rapidamente que o objetivo da metodologia de triagem devia ser concebida por forma a atribuir uma prioridade clínica.

Esta decisão baseou-se em três grandes princípios (Freitas & Marques, 2009). O primeiro é que o objetivo da triagem num Serviço de Urgência é facilitar a gestão clínica de doentes e, ao mesmo tempo, facilitar a gestão do Serviço; a melhor forma de isto ser conseguido é através da atribuição exata de uma prioridade clínica. O segundo é que se o tempo da “observação” de triagem visar a obtenção de um diagnóstico exato está condenado ao fracasso. E, finalmente, é evidente que o diagnóstico não está precisamente relacionado à prioridade clínica; a prioridade reflete um número de aspetos de uma condição particular apresentada por um doente; por exemplo, um doente com um diagnóstico final de entorse do tornozelo pode apresentar-se com dor aguda moderada ou sem dor, e a sua prioridade clínica deve refletir esta realidade.

A tomada de decisões é parte integrante e importante da prática clínica e de enfermagem. Uma sólida avaliação clínica de um doente requer tanto raciocínio como intuição, e ambos devem basear-se nos conhecimentos e aptidões profissionais. Muitos profissionais argumentam que as decisões críticas são tomadas apenas com “senso comum” e como “solução de problemas”, e, têm razão, até certo ponto. No entanto, decidir é muito mais do

que isso e requer um certo nível de competência. Parte do seu processo de tomada de decisão dos clínicos consiste em: 1) Interpretar, 2) Discriminar e, 3) Avaliar (Christ, 2009).

Assim, é necessário interpretar, discriminar e avaliar a informação que recolhem acerca dos doentes, e fazer uma avaliação crítica das suas ações posteriores a essa decisão. Sem um quadro de referência em que basear as suas decisões não têm uma estrutura, ficando as opções ao acaso (Christ, 2009). A capacidade de tomar decisões sólidas é essencial para uma prestação de cuidados de boa qualidade aos doentes.

Para esse fim, torna-se evidente que é necessário possuir um quadro referencial objetivo. No Reino Unido a triagem era tradicionalmente uma função da equipa de enfermagem mas, durante uma década, as únicas linhas de orientação adotadas foram as do instrumento de avaliação SOAPE¹ de Blythin que estrutura a entrevista mas não fornecem orientações quanto ao resultado. Desta forma, o resultado do processo de triagem não era baseado numa metodologia sólida – as decisões da triagem, relativas aos doentes, eram potencialmente únicas para cada “triador” fazendo parte inerente do seu próprio processo de tomada de decisões. Estas decisões podem ser fundamentalmente inválidas sem um quadro de referência. Tal problema só pode ser superado com o fornecimento deste quadro de referência (metodologia), para o processo de triagem, e pela conceção de um método que permita aos profissionais obter as competências necessárias para a sua implementação (Christ, 2009).

1.2. Estratégias de Tomada de Decisões na Triagem

Num processo de tomada de decisão recorre-se a um determinado número de estratégias, que se indicam a seguir (Diogo, 2009):

¹ SOAPE - Protocolo padronizado para registro da consulta do paciente: “*Subjective symptoms*” (sintomas subjetivos); “*Objective signs and quantitative assessment*” (sinais objetivos e avaliação quantitativa); “*Action taken that day*” (ação tomada naquele dia (tratamento dado); “*Plan*” (plano de gestão futuro) e, “*Evaluation*” (avaliação da efetividade de tratamentos prévios e revisão reflexiva de progresso do plano de gestão até agora)

- 1) Raciocínio
- 2) Reconhecimento de padrões
- 3) Formulação repetitiva de hipóteses
- 4) Representação mental
- 5) Intuição

1) Raciocínio - Há essencialmente dois tipos de raciocínio envolvidos num pensamento crítico: o indutivo e o dedutivo. O raciocínio indutivo é a capacidade de ter em conta todas as possibilidades, e é especialmente útil aos menos experientes. Envolve um processo moroso de análise de todas as informações recolhidas sobre um doente, para se chegar a uma decisão concreta quanto aos cuidados de que necessita. O raciocínio dedutivo é a seleção da análise de diferentes soluções óbvias através da recolha de informações sobre o doente. Essa estratégia, que permite ao profissional a rápida distinção entre informações importantes e irrelevantes para chegar a uma decisão, é frequentemente ignorada ou não reconhecida, mas faz parte da prática de um perito.

2) Reconhecimento de padrões - Vulgarmente usados pelos profissionais de saúde, reveste-se de particular importância na tomada de decisões rápidas com base num número limitado de informações necessárias à triagem. Este método permite juntar as peças da informação disponível com o objetivo de as analisar. Os clínicos interpretam os padrões dos sinais e sintomas do doente por comparação e relacionamento com outras condições observadas em casos anteriores, alcançando um diagnóstico ou decisão referente ao bem-estar dos doentes. A capacidade de utilização desta capacidade de tomar decisões desenvolve-se com a experiência, e, por vezes, pode parecer intuição. Os profissionais principiantes, extremamente competentes ou simplesmente competentes, podem necessitar de recorrer à solução de problemas para chegar a uma solução, enquanto que os colegas mais experientes podem utilizar o reconhecimento de padrões.

3) Formulação repetitiva de hipóteses - A formulação repetitiva de hipóteses é usada pelos clínicos para testar o raciocínio do diagnóstico. Uma decisão pode ser tomada através da recolha de dados para a confirmação ou eliminação de hipóteses. Este método pode ser indutivo ou dedutivo, dependendo do grau de perícia.

4) Representação mental - A representação mental é um método que consiste em simplificar uma situação para obter um quadro geral, permitindo ao profissional concentrar-se nas informações importantes. Esta estratégia é frequentemente usada em problemas muito complexos ou prementes. O uso de analogias ajuda o clínico a visualizar a situação pela simplificação do problema, permitindo-lhe uma perspetiva diferente. As decisões de triagem têm de ser rápidas e o uso deste método é limitado nesta fase dos cuidados prestados ao doente.

5) Intuição - A intuição, profundamente inserida na perícia, é vista frequentemente como a capacidade de os profissionais resolverem problemas com relativamente poucos dados. A intuição raramente envolve uma análise consciente e é frequentemente expressa como “sentimento interior” ou “forte palpite”. Os profissionais peritos veem as situações de uma forma holística e recorrem à experiência adquirida. Muito do seu conhecimento é baseado na prática e é referido como tácito, quando as decisões eficazes são tomadas através da combinação dos conhecimentos com as teorias da tomada de decisões e o pensamento intuitivo. Muitos peritos não estão conscientes dos processos mentais que usam na avaliação e na gestão de doentes. Embora a intuição continue a ser imensurável, o seu valor para a prática clínica é reconhecido e está bem documentado.

Tomada de Decisões Durante a Triagem

Apesar de todas as teorias, a tomada de decisões consiste simplesmente numa série de passos para chegar a uma conclusão e é composta por três fases: identificação de um problema, determinação das alternativas e seleção da alternativa mais adequada. Foi descrita uma abordagem para a tomada de decisões críticas que utiliza os cinco passos seguintes (Ribeiro, 2007):

- 1) Identificação do problema;
- 2) Colheita e análise de informações relacionadas com a solução;
- 3) Avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação;
- 4) Implementação da alternativa selecionada;
- 5) Monitorização da implementação e avaliação dos resultados.

Esta abordagem inclui um determinado número de teorias e métodos. Quando aplicadas à triagem, as decisões são formadas do seguinte modo (Ribeiro, 2007):

1) Identificação do problema - É feita através da obtenção de informações do próprio doente, das pessoas que lhe prestam cuidados e/ou de qualquer pessoal de saúde pré-hospitalar. Esta fase permite a identificação do fluxograma de apresentação relevante.

2) Recolha e análise de informações relacionadas com a solução - Uma vez identificado o fluxograma, esta fase torna-se mais simples, uma vez que se podem procurar os discriminadores em cada nível. Os fluxogramas facilitam a avaliação rápida através da sugestão de perguntas estruturadas. O reconhecimento de padrões também desempenha um papel importante nesta fase.

3) Avaliação das alternativas e seleção de uma delas para implementação - Os profissionais de saúde recolhem uma quantidade maciça de dados sobre os doentes que observam, são reunidos na sua própria base de dados mental e armazenados em compartimentos para fácil memorização; estes dados são mais eficazes quando estão associados a um quadro de avaliação organizacional. Estes quadros servem de guias de avaliação e são organizados por compartimentos com subtítulos. O fluxograma de apresentação fornece o quadro organizacional para a ordenação do processo do raciocínio durante a triagem. Foi provado que os fluxogramas integram o processo de tomada de decisões no quadro clínico auxiliam a tomada de decisões, através do fornecimento de uma estrutura, e servem também de apoio ao pessoal júnior, no seu processo de aquisição de competência na tomada de decisões.

4) Implementação da alternativa selecionada - A seleção possível limita-se às cinco categorias de triagem existentes e, como foi dito no Capítulo 1, todas elas têm um nome e uma definição específica. Os profissionais da triagem aplicam a categoria que melhor se adapta à urgência da condição apresentada pelo doente. Uma vez atribuída a prioridade, tem início o respetivo percurso.

5) Monitorização da alternativa implementada e avaliação dos resultados - A triagem é dinâmica e deve responder tanto às necessidades dos doentes como às do serviço. O método de triagem delineado neste livro garante que o processo que leva à tomada de decisões é acertado. Consequentemente, o pessoal que executa a triagem estará capacitado para identificar como e quando chegaram ao resultado (categoria). Isto facilita a reavaliação

e posterior confirmação ou alteração de categoria. Outro aspeto tão importante quanto este é que todo o processo pode ser passível de auditoria e introduzido no sistema.

1.3. Grupo Português de Triagem (GPT)

Há muitos anos que a falta de triagem dos doentes constitui uma barreira ao bom funcionamento do Serviço de Urgência. Tornou-se necessário implementar um método de trabalho que seja consistente, que respeite as boas práticas Médicas, que seja fiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo, assim como, sujeita a avaliações auditorias (GPT, 2018).

Segundo Freitas (2009), os objetivos do Sistema permitem a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo recomendado até à observação médica de cada caso, tanto em funcionamento normal como em situações de catástrofe do Serviço de Urgência.

O Protocolo da Triagem de Manchester, foi implementado em 1994 e desde então adotado em vários Hospitais do Reino Unido. Em Portugal, após autorização e credenciação dos autores, dois Hospitais aderiram a este projeto a 18 de Outubro de 2000, sendo eles o Hospital Geral de Santo António e o Hospital Fernando Fonseca que assumiram o investimento suportado para importação do método. Desde essa altura, vários Hospitais Nacionais têm vindo a demonstrar interesse na implementação do Sistema de Triagem de Manchester (GPT, 2018).

Conforme a mesma fonte, o GPT surge com a necessidade de integração dos parceiros interessados na implementação deste Sistema, e para garantir o cumprimento das normas estabelecidas pelos autores, incluindo a formação, a implementação e auditorias.

Descrição do Grupo Português de Triagem

Sediada no Hospital Fernando Fonseca, encarrega-se da totalidade dos custos do secretariado e desenvolve a sua atividade mediante o protocolo, colaborando com o

Ministério da Saúde na promoção, divulgação, formação, implementação, manutenção e auditoria do Sistema na rede Hospitalar de Emergência/Urgência, tendo o Ministério que ser informado de toda a atividade desenvolvida (GPT, 2018).

Os Hospitais interessados na implementação do Sistema de Saúde assinam um Protocolo específico com o GPT (2018). É do Conselho de Administração a responsabilidade pelo cumprimento do Protocolo. Os Hospitais que implementem o Sistema de Triagem designaram o seu representante juntamente com o GPT, passando este a ser considerado Associado do GPT.

Todos os membros, sendo Fundadores, ou Associados do GPT, reunirão no mínimo uma vez por semestre, realizando uma ata com as deliberações da reunião (GPT, 2018). Aquando respeitadas as regras de formação, utilização e auditoria, toda a informação será parte integrante do património da comunidade, sem que haja fins lucrativos, respeitando a regra de que quem gere a despesa é quem a paga.

Missão e Objetivos do Grupo Português de Triagem

Freitas e Marques (2009), definiram os seguintes objetivos:

- Divulgar, formar e auditar o Sistema de Triagem de Prioridades na Urgência;
- Colaborar com o Ministério da Saúde na promoção e concretização da divulgação, formação, implementação, manutenção e auditoria do Sistema de Triagem de Manchester na rede Hospitalar de Emergência/Urgência;
- Garantir que existe controle Médico da formação, implementação e manutenção do Sistema;
- Preparar o conteúdo de todos os materiais de estudo, trabalho, incluindo registos, auditoria, seja a nível operacional na Urgência ou na Logística inerente à implementação e manutenção do Sistema. Desta forma, garante-se a uniformidade de critérios e metodologias a nível nacional. É importante garantir que se trata de um Sistema reprodutível e auditável cujos resultados são passíveis de serem comparados entre instituições nacionais e internacionais;
- Credenciar os Hospitais que cumprem as normas acordadas em Protocolo tipo Hospital - GTP, os únicos autorizados a utilizar o Sistema de Prioridades de Manchester;

- Identificar e preparar Instrutores/formadores credenciados nos Hospitais que implementam o Sistema de Triagem com a finalidade de, através dos respetivos Centros de Formação Hospitalares, dar continuidade à formação e auditoria a nível local;
- Manter um registo nacional de formandos e formadores;
- Colaborar com os Hospitais no sentido de estes serem progressivamente autónomos nos assuntos referentes à formação, manutenção e auditoria do Sistema;
- Efetuar trabalho de consultoria na área da organização de Urgência Hospitalar;
- Manter um arquivo nacional de toda a documentação referente à prossecução dos objetivos consignados na sua missão.

1.4. O Sistema de Triagem de Manchester

Os sistemas de triagem disseminados em todo o mundo são a Australian Triage Scale, a Canadian Department Triage Scale e o Manchester Triage System (MTS). Todas estas são escalas de cinco níveis baseadas no trabalho de Fitzgerald (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011).

Introduzido na década de 90, no Reino Unido, o MTS foi desenvolvido por um grupo de especialistas em atendimento de emergência. Consiste em procedimentos específicos nos quais a queixa principal do paciente é alocada a um dos 52 diagramas de fluxogramas. Cada um desses fluxogramas usa os principais discriminadores para determinar a categoria de triagem (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011).

Divide e prioriza os pacientes nos seguintes subgrupos: emergente, muito urgente, urgente, menos urgente e não urgente. Destes emergentes significa a necessidade de atenção médica imediata, enquanto que muito urgente, urgente, menos urgente e não urgente significa a necessidade de atendimento médico em 10, 60, 120 e em 240 min, respetivamente. Pacientes que não devem ser vistos no departamento de emergência, porque o problema é adequado para resolução numa configuração fora do departamento de emergência, são codificados como branco; e geralmente são encaminhados para o departamento de emergência pelo médico assistente (Fitzgerald, 1989).

Desde a sua implementação, vários estudos (Pinto, Lunet, & Mendes, 2010) comprovaram que o MTS é um instrumento confiável e sensível e amplamente validado, incluindo pacientes pediátricos. A utilidade dos sistemas de triagem supera o objetivo para o qual eles foram construídos; está provado que eles podem ser preditores de utilização de recursos, custo hospitalar, probabilidade de admissão e risco de morte a curto prazo. Uma segunda versão do MTS foi projetada com base nas melhorias da versão original.

Freitas et al, (2009) afirma que o Protocolo foi implementado em 1994, com o objetivo expresso de estabelecer um consenso entre Médicos e Enfermeiros do Serviço de Urgência com vista à criação de normas de triagem. Ficou rapidamente claro que o objetivo do grupo podia ser definido em:

- Desenvolvimento de uma nomenclatura comum;
- Desenvolvimento de definições comuns;
- Desenvolvimento de uma sólida metodologia de triagem;
- Desenvolvimento de um programa de formação;
- Desenvolvimento de um guia de auditoria para a triagem

Metodologia do Sistema de Triagem de Manchester

Geralmente, o método de triagem fornece ao profissional de Saúde, para além de um diagnóstico, uma prioridade clínica, com base apenas na identificação de problemas. Decidido rapidamente pelo GPT, que o objetivo da metodologia de triagem devia ser concebido de forma a atribuir uma prioridade clínica. Esta decisão baseou-se em três princípios fundamentais. O primeiro é que o objetivo da triagem num Serviço de Urgência é facilitar a gestão clínica de doentes, e também facilitar a gestão do Serviço, a melhor forma de conseguir é através da atribuição exata de uma prioridade clínica. O segundo é que se o tempo da observação de triagem visar a obtenção de um diagnóstico exato está condenado ao fracasso. Por último, é evidente que o diagnóstico não está precisamente relacionado à prioridade clínica, a prioridade reflete um número de aspetos de uma condição particular apresentada por um doente.

Isto requer que o Profissional de Saúde identifique a queixa inicial, e que procure posteriormente sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, chamados de

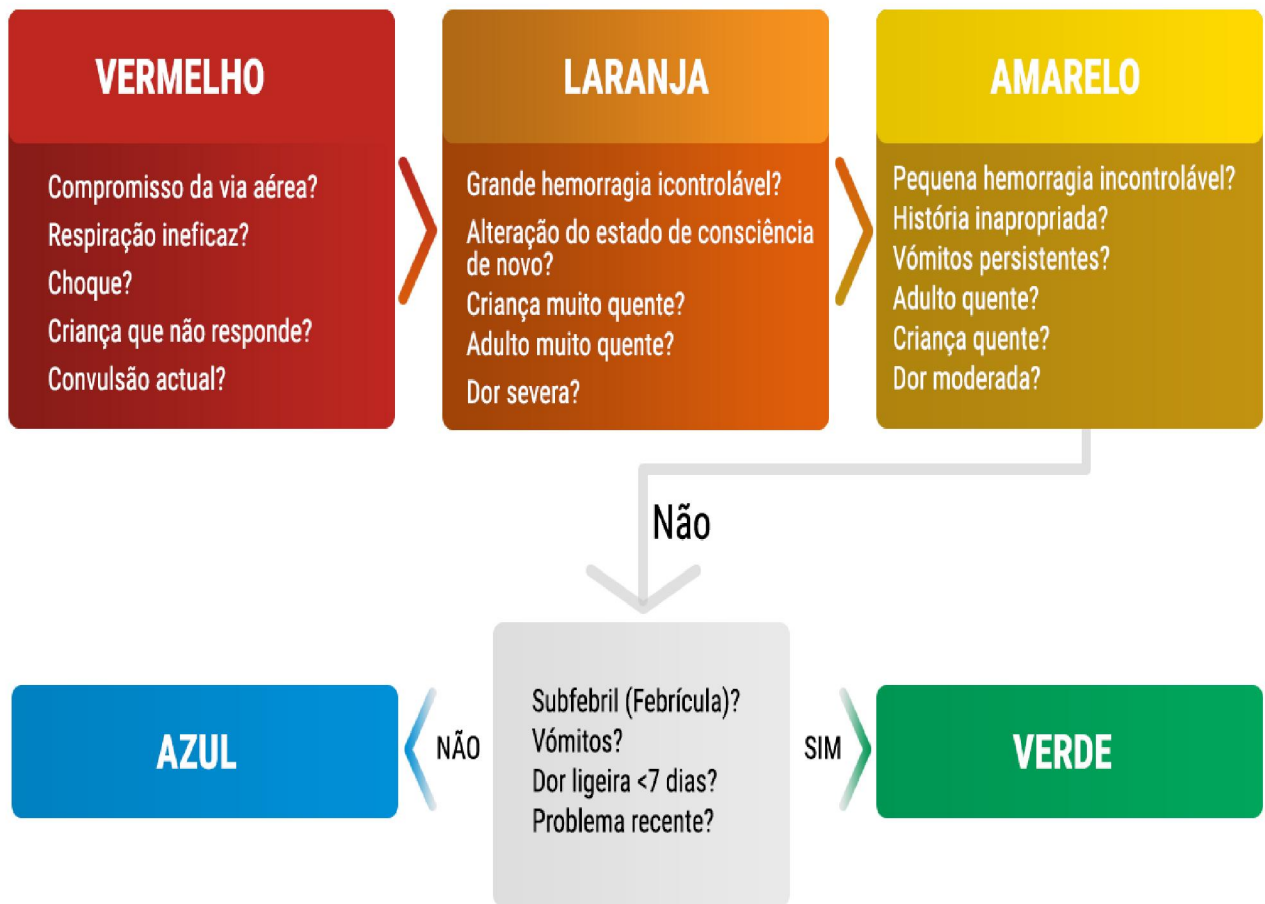
discriminadores e estão apresentados em forma de fluxogramas, estes indicam níveis de prioridade clínica.

Assim, A primeira parte do método de triagem requer que o profissional selecione o fluxograma que seja o mais específico possível em relação à queixa apresentada. Depois percorre os discriminadores do fluxograma, escolhendo o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar (GPT, 2018).

A conceção rigorosa garante que os fluxogramas têm informação cruzada entre si, uma vez que um determinado número de queixas de apresentação pode conduzir a mais do que um fluxograma, não permitindo nunca a atribuição de uma prioridade clínica inferior para a mesma queixa (GPT, 2018).

A escolha do fluxograma de apresentação é, em grande medida, ditada pela queixa de apresentação do doente; é necessário em seguida proceder à recolha e análise de informações que permitam a determinação da prioridade clínica. O fluxograma estrutura este processo, mostrando discriminadores-chave (perguntas) em cada nível de prioridade – a avaliação é feita a partir da prioridade clínica mais elevada. Os discriminadores são deliberadamente colocados na forma de perguntas para facilitar o processo (GPT, 2018).

Figura 1 - Fluxograma de Prioridade Clínica

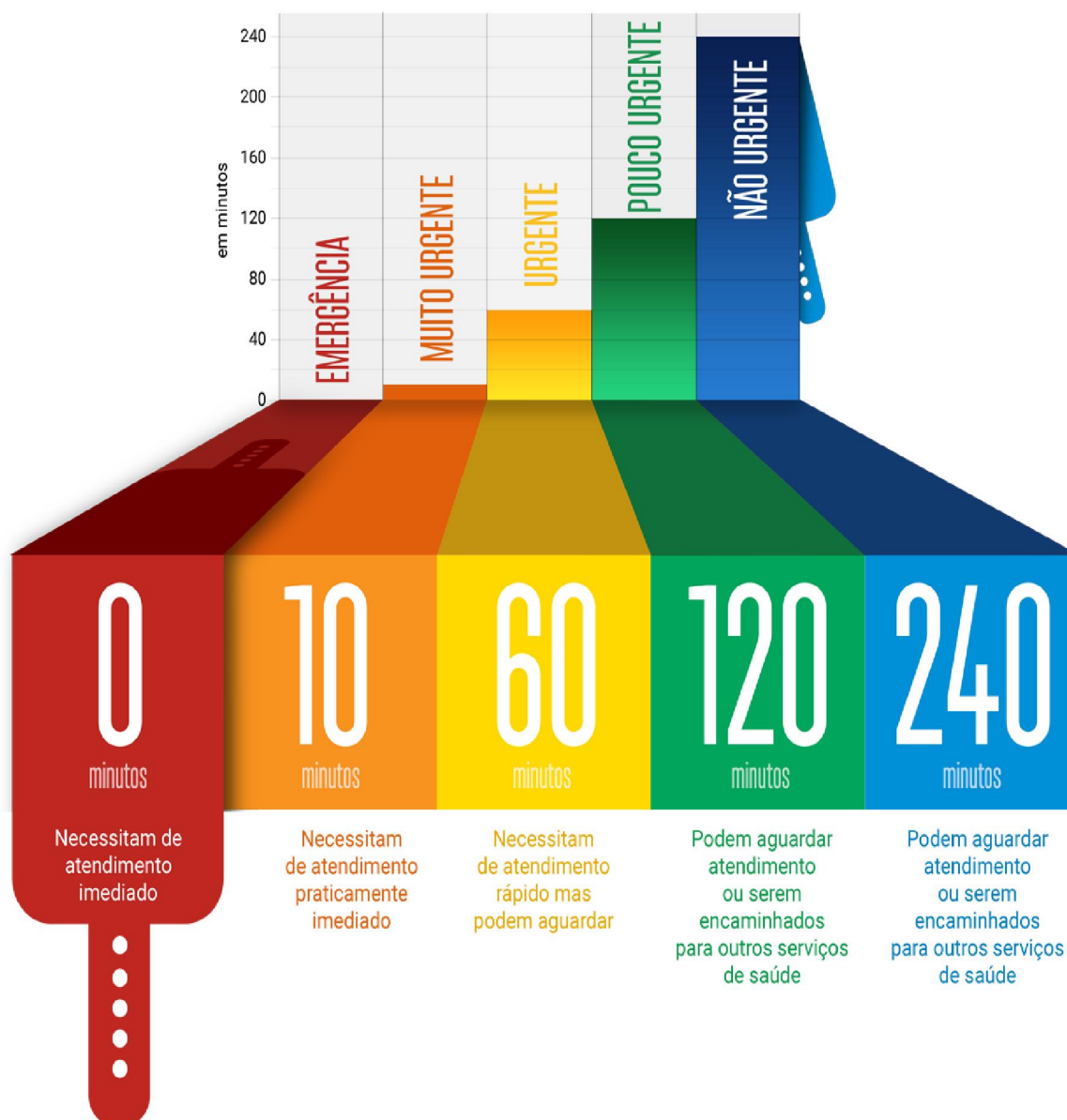


Fonte: (GPT, 2018)

Os discriminadores permitem a inclusão dos doentes numa das cinco prioridades clínicas, e podem ser gerais ou específicos (GPT, 2018):

- Os discriminadores gerais aplicam-se a todos os doentes, independentemente da queixa inicial que apresentam e, conseqüentemente, surgem repetidas vezes ao longo dos fluxogramas; em todos os casos, os mesmos discriminadores gerais remetem o profissional da triagem para a mesma prioridade clínica.
- Os discriminadores específicos aplicam-se apenas a algumas situações clínicas. Desta forma, por exemplo, dor aguda é um discriminador geral, dor pré-cordial e dor pleurítica são discriminadores específicos. Os discriminadores gerais surgem em muito mais fluxogramas que os específicos.

Figura 2 - Tempos alvo previstos de atendimento para as 5 cores da Triagem de Manchester



Fonte: (GPT, 2018)

O evento de triagem é um encontro rápido e focado, no qual é recolhida informação utilizada para atribuir uma prioridade clínica (GPT, 2018). É importante que a avaliação do doente seja sistemática e que todos os elementos dessa avaliação sejam reunidos para dar uma imagem completa da situação clínica do doente. Por esta razão, o profissional de triagem deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, pelo menos seis meses, e capacidade para comunicar eficazmente com os doentes e as suas famílias.

Seguindo este processo sistemático, facilitado pela metodologia de triagem, a análise do doente pode ser executada rapidamente e com segurança, para se atribuir uma prioridade clínica apropriada a guiar a tomada de decisão (GPT, 2018). A introdução da metodologia de auditoria interna e externa é fundamental para que exista reprodutibilidade entre os profissionais individualmente e os serviços onde se encontra implementado o PTM.

Objetivos do Sistema de Triagem de Manchester

Freitas (2009), afirmou que o STM tem como objetivo único dar prioridade aos doentes consoante a gravidade clínica com que se apresentam no serviço.

- Um sistema de triagem de prioridades baseado em critérios clínicos, com programa de formação, acompanhamento e controlo Médico.
- A criação de um circuito de encaminhamento dos doentes de forma a garantir um nível de atendimento mais célebre, clinicamente adequado, atendendo às necessidades do Utente, e dos vários aspetos funcionais e conjunturais do hospital.
- Saber identificar e caracterizar o perfil e a necessidade dos Utentes que recorrem ao Serviço de Urgência, em cada instituição individualmente e num contexto a nível nacional.

1.4.1. Metodologia do Sistema da Triagem de Manchester

O sistema seleciona os doentes com maior prioridade e funciona sem fazer quaisquer presunções sobre o diagnóstico: este modo de funcionamento é deliberado e reconhece que os serviços de urgência são, em grande medida, orientados pelos sinais e sintomas apresentados pelos doentes. Como já foi referido, as decisões tomadas na triagem seguem cinco passos (Freitas & Marques, 2009):

- 1) Identificação do problema
- 2) Recolha e análise das informações relacionadas com a solução
- 3) Avaliação de todas as alternativas e seleção de uma para implementação
- 4) Implementação da alternativa selecionada
- 5) Monitorização da implementação e avaliação dos resultados

1.4.1.1. Identificação do Problema

A prática clínica gira à volta do conceito da queixa apresentada - o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde que motiva o doente a procurar o serviço de urgência. Apresentamos uma lista de condições apresentadas pertinentes para a triagem (Freitas & Marques, 2009). O sistema de Triagem de Manchester, não tem como função estabelecer diagnósticos. Após a queixa inicial apresentada pelo Utente, deve ser seguido o fluxograma de gestão, onde se enquadram todas as situações previsíveis, num total de 52 parâmetros:

Figura 3 - Lista de condições apresentadas pertinentes para a triagem

Agressão	Dor abdominal	Lesão torácico-abdominal
Alergia	Dor abdominal na criança	Mordeduras e picadas
Asma	Dor cervical	Pais preocupados
Auto-agressão	Dor de garganta	Palpitações
Bebé que chora	Dor lombar	Problemas estomatológicos
Cefaleia	Dor testicular	Problemas faciais
Comportamento estranho	Dor torácica	Problemas nos membros
Convulsões	Embriaguez aparente	Problemas oftalmológicos
Corpo estranho	Erupções cutâneas	Problemas nos ouvidos
Criança com dificuldade de locomoção	Estado de inconsciência/síncope	Problemas urinários
Criança irritável	Exposição a químicos	Quedas
Criança que não se sente bem	Feridas	Queimaduras profundas e superficiais
Diabetes	Grande traumatismo	Sobredosagem ou envenenamento
Diarreia e/ou vômitos	Gravidez	T.C.E.
Dispneia	Hemorragia GI	
Dispneia na criança	Hemorragia vaginal	Catástrofe – avaliação primária
Doença mental	Indisposição no adulto	Catástrofe – avaliação secundária
Doenças sexualmente transmissíveis	Infecções locais e abscessos	

Fonte: (Freitas & Marques, 2009)

Estas situações enquadram-se nas categorias doença médica, trauma/lesão, crianças, comportamento anormal e grandes incidentes (Freitas & Marques, 2009). A primeira parte do método de triagem requer que o profissional selecione uma condição apropriada da lista apresentada. Ao selecionar esta condição adequada o profissional é levado para um fluxograma de apresentação que identifica os discriminadores e que permite a determinação da prioridade clínica.

1.4.1.2. Recolha e Análise de Informações

Depois da seleção anterior, é necessário proceder à recolha e análise de informações que permitam a determinação da prioridade real. O fluxograma estrutura este processo mostrando discriminadores-chave (perguntas) em cada nível de prioridade – a avaliação é feita encontrando o grau mais elevado de resposta positiva (ou que não se consegue negar) para a pergunta discriminadora. Os discriminadores são deliberadamente colocados na forma de perguntas para facilitar o processo (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011).

Os Discriminadores

Discriminadores, como o nome indica, são fatores que à discriminação dos doentes, permitem a sua inclusão numa das cinco prioridades clínicas e podem ser gerais ou específicos. Os primeiros aplicam-se a todos os doentes, independentemente da condição que apresentam e, conseqüentemente, surgem repetidas vezes ao longo dos fluxogramas; em todos os casos, os mesmos discriminadores gerais remetem o profissional da triagem para a mesma prioridade clínica (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011). 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. Desta forma, por exemplo, dor aguda é um discriminador geral, dor pré-cordial e dor pleurítica são discriminadores específicos.

Os discriminadores gerais surgem em muito mais fluxogramas que os específicos. Todos os discriminadores usados são definidos no dicionário (glossário) de discriminadores em lista própria; as definições dos discriminadores específicos usados em fluxogramas individuais são repetidos nas notas que acompanham o fluxograma para permitir uma fácil referência.

Os discriminadores gerais são uma característica recorrente dos fluxogramas, e é essencial que sejam bem entendidos para uma boa compreensão do método de triagem. Serão abordados os seis discriminadores gerais (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011):

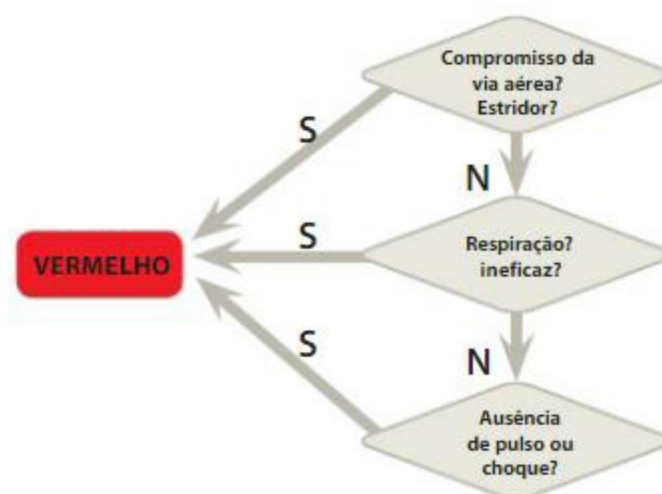
- a) Risco de vida
- b) Dor
- c) Hemorragia
- d) Grau de estado de consciência

- e) Temperatura
- f) Início das queixas

a) Risco de vida

Para um enfermeiro ou médico do serviço de urgência os discriminadores relacionados com o risco de vida de todos. Em termos gerais, este discriminador reconhece que qualquer paragem ou ameaça das funções vitais (ABC: via aérea, ventilação, circulação) coloca o doente no primeiro grupo de prioridades. Os doentes que não são capazes de manter permeável a sua via aérea, por qualquer período de tempo, têm comprometida a via aérea. Além disso, os doentes com estridor apresentam grave compromisso respiratório – pode ser um ruído na inspiração, na expiração ou em ambas. O estridor é mais audível quando se respira de boca aberta (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011).

Figura 4 - Fluxograma Risco de Vida



Fonte: (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011)

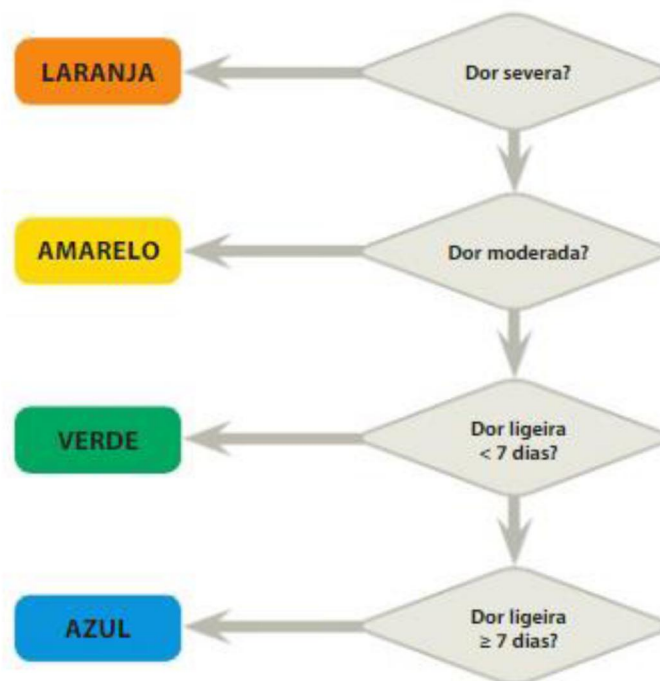
A apneia é definida como ausência de respiração ou esforço para respirar, avaliada por observação direta e auscultação durante 10 segundos. Respiração ineficaz é um conceito mais difícil – mas, em termos gerais, os doentes que não conseguem respirar por forma a manter uma oxigenação adequada apresentam respiração ineficaz. Pode verificar-se um aumento de esforço respiratório, sinais de utilização de músculos acessórios ou exaustão. A ausência de pulso só é diagnosticada com palpação de um pulso central durante 5

segundos ou com a ausência evidente de sinais de circulação. O choque pode ser difícil de detetar – os sinais clássicos incluem: sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011).

b) Dor

Na perspectiva dos doentes a dor é um fator importante para a determinação da prioridade. O uso da dor como discriminador geral ao longo dos fluxogramas de apresentação reconhece este facto e torna implícito que todas as avaliações de triagem devem incluir uma avaliação da dor. Em termos gerais, o discriminador “dor severa” pretende representar uma dor intolerável – significativa e insuportável –, muitas vezes descrita como a pior de sempre, enquanto que “dor moderada” refere-se a uma dor intensa, significativa mas suportável (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011).

Figura 5 - Fluxograma da Dor



Fonte: (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011)

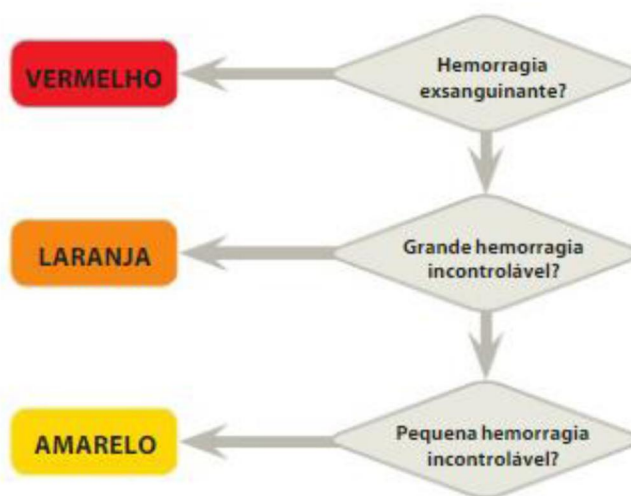
Qualquer doente com um grau de dor inferior ao atrás descrito tem uma dor ligeira que, se inferior a 7 dias e salvo se existirem outros discriminadores que sugiram uma priorização mais elevada, no mínimo implica a prioridade pouco urgente (verde). Na prioridade não

urgente (azul) serão colocados, por exclusão, os doentes de dor ligeira há mais de 7 dias, inclusive. O discriminador geral dor descreve apenas a intensidade ou gravidade da dor. Outras características da dor, tais como a localização, irradiação e a periodicidade, podem figurar como discriminadores específicos noutros fluxogramas de apresentação particulares (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011).

c) Hemorragia

A Hemorragia apresenta-se de várias formas – especialmente, mas não exclusivamente, a que envolve traumatismo (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011). Os discriminadores de hemorragia são exsanguinante, grande hemorragia incontrolável ou pequena hemorragia incontrolável.

Figura 6 - Fluxograma Hemorragia



Fonte: (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011)

A tentativa de controlar com sucesso a hemorragia por compressão, determina a gravidade da mesma. De um modo geral, uma hemorragia contínua tem uma maior prioridade clínica. Embora, certamente, na prática possa ser difícil decidir em que categoria se enquadra uma hemorragia, as definições dos discriminadores estão concebidas para facilitar ao profissional a sua decisão. Verifica-se uma hemorragia exsanguinante quando a morte ocorrerá rapidamente a menos que esta seja parada. Uma hemorragia que não é controlada pela aplicação de uma pressão direta constante, e que continua a sangrar abundantemente

ou ensopa rapidamente pensos grandes é descrita como grande hemorragia incontrolável, enquanto que uma hemorragia que continua a sangrar ligeiramente ou intermitentemente é descrita como pequena hemorragia incontrolável (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011). Qualquer hemorragia, por muito pequena que seja, e salvo se existirem outros discriminadores que conduzam a uma maior prioridade clínica – deve merecer, no mínimo, a prioridade urgente.

d) Grau de estado de consciência

O grau de estado de consciência é tido em conta separadamente para adultos e crianças. Nos adultos, apenas os doentes em estado de mal epiléptico são sempre colocados na categoria de intervenção “emergente”, enquanto que todas as crianças que não respondem são colocadas neste grau de prioridade (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011). Os doentes adultos com um grau de consciência alterado em relação ao estado prévio ou em que não se consiga negar alteração recente (segundo a Escala de Coma de Glasgow – por exemplo, que apenas respondam à voz ou a dor, ou que não respondem) são incluídos na categoria de “muito urgente”. São igualmente muito urgentes as crianças que apenas respondam à voz ou à dor. Todos os doentes com história de perda de consciência devem ser colocados na categoria de urgente.

Figura 7 - Fluxograma Grau de estado de consciência



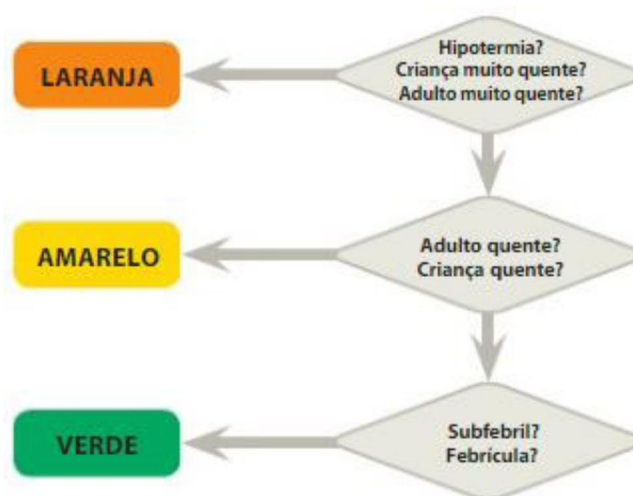
Fonte: (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011)

O facto de todos os doentes com alteração do estado de consciência de novo serem colocados na prioridade muito urgente pode ser conflituoso com a prática atual: isto é especialmente verdade para a prioridade clínica dada aos doentes etilizados ou sob a influência de drogas (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011). Acerca disto, há duas coisas a esclarecer. Em primeiro lugar, a etiologia das alterações do estado de consciência é irrelevante para a determinação do risco do doente – um estado de consciência alterado devido a drogas ou álcool tem a mesma importância clínica que se for provocado por outras causas. Em segundo lugar, a maior parte dos doentes embriagados não tem alterações de estado de consciência. Os pontos específicos para a atribuição de uma prioridade clínica a estes doentes aparentemente embriagados são tratados no fluxograma de apresentação que tem essa denominação.

e) Temperatura

A temperatura é usada como um discriminador geral. Pode ser difícil conseguir uma medição precisa durante o processo de triagem, embora os modernos termómetros de leitura rápida no tímpano possam tornar isto possível; uma abordagem alternativa menos desejável é a impressão clínica da temperatura da pele seguida de uma avaliação exata, logo que possível (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011).

Figura 8 - Fluxograma Temperatura



Fonte: (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011)

Se a pele está muito quente ao tato diz-se que o doente está muito quente – isto corresponde a uma temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$ – temperatura timpânica (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011). Da mesma forma, se a pele estiver quente ao tato, diz-se que o doente está quente, o que corresponde a uma temperatura $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ e $< 40,9^{\circ}\text{C}$ – temperatura timpânica. Um doente com a pele ligeiramente quente corresponde ao discriminador Febrícula/Subfebril e corresponde a uma temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ e $> 38,4^{\circ}\text{C}$ – temperatura timpânica. Para melhor objetivar a situação, a triagem deve dispor de meios de medição rápida da temperatura.

Tabela 1 - Tabela de temperatura (Crianças)

TEMPERATURATIMPÂNICA	
Febrícula/Subfebril	37,5 – 38,4 °C
Quente	38,5 – 39,8 °C
Muito Quente	= ou > a 39,9 °C

Fonte: (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011)

Tabela 2 - Tabela de temperatura (Adultos)

TEMPERATURATIMPÂNICA	
Febrícula/Subfebril	37,5 – 38,4 °C
Quente	38,5 – 40,9 °C
Muito Quente	= ou > 41,0 °C

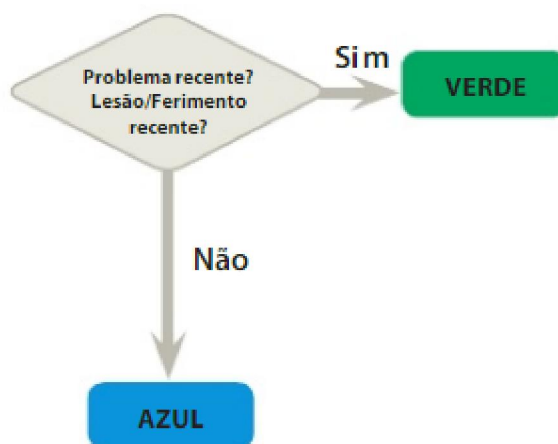
Fonte: (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011)

Os doentes com a pele fria podem denominar-se clinicamente como frios – este discriminador corresponde a uma temperatura $< 35^{\circ}\text{C}$. Um adulto e criança muito quente deverão ser sempre postos na categoria de muito urgente, correspondendo respectivamente a uma temperatura timpânica de maior ou igual a 41°C ou maior ou igual a $39,9^{\circ}\text{C}$. O adulto e a criança quente deverão ser colocados na categoria de urgente, correspondendo uma temperatura timpânica de maior ou igual a $38,5^{\circ}\text{C}$. Os doentes com temperatura timpânica $< 35^{\circ}\text{C}$ (independentemente da idade) devem ser sempre colocados na prioridade muito urgente. Os serviços de urgência devem ter protocolos terapêuticos escritos para permitir a administração de antipiréticos (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011). Deve ser registada sempre a hora de administração de antipiréticos quer tenha sido efetuada no domicílio ou no serviço de urgência

f) Início das queixas

O uso do tempo decorrente desde o aparecimento da lesão/ferimento ou doença como discriminador pode ser considerado controverso, especialmente se a razão de ser não for bem entendida. É determinado o tempo de instalação do problema (“acuteness”) como forma de enquadrar temporalmente o aparecimento da situação. Um ferimento ou doença (problema) recente define-se como tendo aparecido (ou se tenha agravado) nos 7 dias anteriores (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011). O tempo relativamente longo de existência do problema, sem agravamento e sinais de risco, indica que o doente pode ser incluído na prioridade não urgente sem risco clínico. O método de triagem está concebido de forma a que, se houver outros discriminadores gerais ou específicos importantes para a condição apresentada, o grau de prioridade suba.

Figura 9- Fluxograma Início da queixa/agravamento



Fonte: (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011)

Deste modo divide-se em quatro grupos a relação temporal de início da queixa/agravamento: Repentino, súbito, agudo, recente, ou não recente (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011). O uso deste discriminador não se destina a “punir” os doentes por acorrerem “indevidamente” ao serviço, nem se destina a assegurar que os doentes que sofrem de ferimentos/lesões ou doenças há muito tempo tenham longos tempos de espera.

Tabela 3 - Início da queixa/agravamento

repentino	minutos/segundos
súbito	≤ 12 horas
agudo	≤ 24 horas
recente	< a 7 dias
não recente	≥ a 7 dias

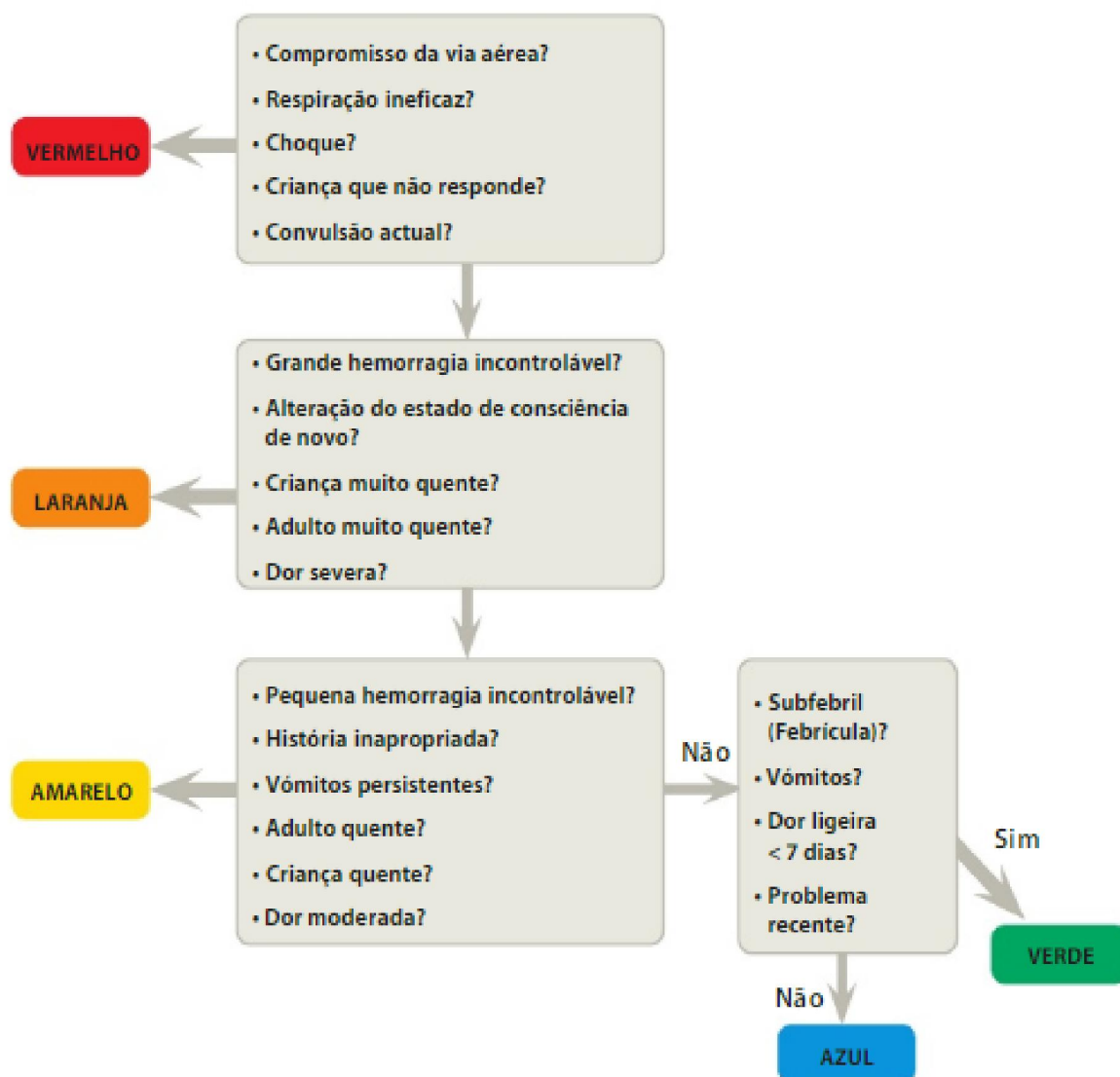
Fonte: (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011)

O tempo de espera para doentes com problemas estáveis, que não tenham aparecido recentemente, dependerá da gravidade, do número de casos no serviço e dos recursos disponíveis (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011).

Fluxograma geral

Muitos doentes poderão ser colocados nas respetivas categorias através dos discriminadores gerais e de alguns específicos mais comuns, independentemente da condição apresentada. De seguida apresenta-se um fluxograma com o resumo dos discriminadores gerais (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011).

Figura 10 - Fluxograma geral



Fonte: (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011)

1.4.1.3. Avaliação de todas as alternativas e seleção de uma para implementação

A escolha de um fluxograma de apresentação leva à seleção de um determinado número de discriminadores gerais e específicos que poderão ser então aferidos face à condição apresentada pelo doente (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011). A capacidade de implementação do método de triagem aqui apresentado baseia-se na avaliação desta aferição. Os profissionais têm de decidir se os critérios para a presença de certos

discriminadores se verificam, assim como qual dos discriminadores presentes tem maior prioridade clínica.

Este passo é basicamente um passo de procedimento. O resultado inevitável da recolha, análise e discussão de informações referidas acima é a decisão de que um determinado discriminador (geral ou específico) é o positivo. Este passo leva à atribuição de uma das prioridades mostradas na seguinte tabela:

Tabela 4 - Tabela de Prioridades

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011)

1.4.1.4. Implementação da alternativa selecionada

A implementação envolve o registo da prioridade atribuída. O método de triagem delineado neste livro demonstra que a documentação é muito simples e precisa. É necessário registar o fluxograma de apresentação que está a ser aplicado, qual é o discriminador que define a categoria e qual a categoria que foi selecionada (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011). Esta abordagem simples da documentação permite não só uma auditoria simples como também significa que as razões que levaram à decisão são bastante evidentes.

1.4.1.5. Monitorização da implementação e avaliação dos resultados

A prioridade clínica pode mudar e, por isso, a triagem tem de ser dinâmica. O método de triagem descrito neste livro pode ser aplicado rapidamente e com confiança por pessoal treinado – torna-se, portanto, útil como instrumento para múltiplas reavaliações da prioridade clínica durante a espera do doente (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011).

Toda a observação secundária de enfermagem pode servir como uma reavaliação de triagem, e quaisquer alterações na prioridade clínica podem ser rapidamente notificadas e retificadas.

A visão do evento de triagem é um encontro rápido e focado, no qual é recolhida informação e aplicada para atribuir uma prioridade. Este tipo de avaliação é uma capacidade em si própria. A seguinte estrutura pode ser utilizada para ensinar o processo aos triadores, assegurando que as decisões são baseadas em dados relevantes e adequados ao doente.

É importante que a avaliação de um doente seja sistemática, e que todos os elementos dessa avaliação sejam reunidos para dar uma imagem completa dos problemas do doente. Por esta razão, o profissional de triagem deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, e capacidades interpessoais para comunicar eficazmente com os doentes e as suas famílias. A abordagem a esta avaliação deve ter o seguinte formato

Tabela 5 - Passos de Avaliação de Triagem

PASSOS DA AVALIAÇÃO	ACTIVIDADE DE TRIAGEM
Cumprimentar o paciente	A avaliação começa com a visão dos doentes, olhe para eles quando se aproximam da área de triagem, e capte quaisquer sinais visuais que podem incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Nível de mobilidade • Ferimento óbvio • Idade do doente
Coheita sumária de dados	Perguntar aos doentes o que os levou ao serviço de urgência. Esta informação é curta, concisa e informa-o sobre o ferimento/doença/problema relacionado com a saúde dos doentes.
A apresentação da queixa	Doentes que apresentam queixas podem ser relacionados com a história subjectiva que fornecem. Isto leva o triador a escolher o fluxograma de apresentação mais apropriado.
As questões focalizadas (entrevista)	É aqui que o conhecimento e capacidades do profissional de triagem são mais evidentes. Aplicação de conhecimentos anatómicos, reconhecimento de padrão de queixas apresentadas, e a capacidade de reagir eficazmente a situações de vida ou morte, são todas do domínio do profissional de triagem. Questões focalizadas podem ser usadas para obter mais detalhes se necessário, ex. duração do problema, mecanismo de lesão, medicação actual, etc. O formato destas questões será dirigido pelos discriminadores no fluxograma de apresentação escolhido.
Exame físico e análise dos parâmetros físicos	Se apropriado, segundo o indicado pelo fluxograma escolhido. Localização das lesões actuais. Registo de observações base, pulso, temperatura, ou informação mais detalhada, ex. obtida pela oximetria do pulso ou avaliação sumária da acuidade visual.
Avaliação da dor	Uma parte integral do PTM, tanto os valores da dor subjectiva (doente) como objectiva (profissional de triagem) são dignos de registo, com documentos de base racional, para diferenciar os valores.
Prioridade/plano de cuidados	Prioridade atribuída utilizando o discriminador aplicável ao doente. Descrição sucinta, de qualquer outro cuidado identificado como resultado da avaliação de triagem.
Documentos	O registo desta informação deve ser feito num formato pré-acordado e mais uma vez claro, conciso e relevante da queixa apresentada. Quando um sistema de triagem computadorizado é utilizado o profissional de triagem deve certificar-se que o foco da atenção é sempre o doente e não o ecrã do computador/teclado. Se relevante, incluir um registo de qualquer: <ul style="list-style-type: none"> • Alergia • Medicação • História passada relevante • Medidas de primeiros socorros aplicadas na triagem • Observações Assinatura legível/identificação objectiva
Nova avaliação (se aplicável)	Registar a necessidade de nova avaliação, em particular quando foi administrado fármaco na triagem.

Fonte: (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011)

Ao seguir este processo sistemático, facilitado pela metodologia de triagem, a análise do doente pode ser executada rapidamente e com confiança, para alcançar uma prioridade

clínica apropriada, de forma a guiar a tomada de decisão (Farrohknia, Castrén, & Ehrenberg, 2011). A introdução, com sucesso, de um método de verificação resoluto é essencial para o futuro de qualquer metodologia padrão, uma vez que se deve mostrar que existe reprodutibilidade entre os profissionais individuais e os departamentos.

Vantagens e Desvantagens do Sistema de Triagem de Manchester

Com a aplicação do Sistema de Triagem de Manchester, os doentes encontram-se ordenados por prioridades, o que trás vantagens aos profissionais de Saúde, dando-lhes uma imagem do número de doentes que se encontram no Serviço e também da sua gravidade, possibilitando efetuar uma gestão das tarefas de forma mais correta e responsável (Martins, Cunha, & Freitas, 2009).

A Triagem deixa de ser efetuada pelo porteiro do serviço do Urgência, que habitualmente encaminhava os doentes sem qualquer critério objetivo. O facto do Sistema de Triagem de Manchester ter por base prioridades clínicas, implica que as situações críticas não esperem.

Para a sua aplicação, não são necessários grandes recursos financeiros, é uma boa ferramenta na deteção dos doentes críticos, garantindo a uniformidade de critérios. Por outro lado, o espaço físico dos serviços de Urgências deve estar pronto e adaptado aos circuitos de triagem, podendo vir a ser necessário a realização de alterações estruturais (Martins, Cunha, & Freitas, 2009).

A aplicação deste sistema exige dos profissionais de Saúde uma formação adequada para efetuar a triagem, obrigando a aplicação do protocolo correspondente à situação do doente. As decisões incorretas podem levar a atrasos, ao aumento de custos e até poderá, em alguns casos ser fatal. Apesar do Sistema de Triagem de Manchester ser considerado uma mais valia no Serviço de Urgência, deve ser valorizada a avaliação clínica, para melhor esclarecimento diagnóstico (Martins, Cunha, & Freitas, 2009).

1.5. O Sistema de Triagem de Manchester em Portugal

O MTS é atualmente utilizado em toda a Europa, embora não exista uma revisão sistemática da utilização. O grupo de triagem MTS é usado na Noruega, Suécia, Holanda, Alemanha, Áustria, Espanha, Eslovênia, Reino Unido e Portugal (Martins, Cunha, & Freitas, 2009).

Em Portugal, todos os hospitais do Sistema Nacional de Saúde implementaram o MTS; no Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca (HFF) é utilizado desde 2000, através de um protocolo informatizado. Em julho de 2011, a segunda versão do MTS foi implementada no HFF para todos os pacientes internados no ED (adultos gerais, ginecologia e obstetria, casos pediátricos e serviços de emergência básicos) (Martins, Cunha, & Freitas, 2009).

Tal facto, associado ao recém-implantado registo eletrónico de saúde de todos os pacientes da instituição, proporcionou a oportunidade de reunir informações qualitativas e quantitativas sobre os resultados imediatos do tratamento dos pacientes. Tais capacidades de mineração de dados eram quase impossíveis usando o registo de saúde eletrónico anterior (Martins, Cunha, & Freitas, 2009).

O STM foi implementado em Portugal com início do ano 2000 onde foi posto em prática no Hospital Fernando da Fonseca. Após a revisão sistemática e permanente dos fluxogramas e a consolidação da metodologia, outras Instituições demonstraram interesse na implementação da mesma filosofia de organização (GPT, 2018).

Uma vez que a implementação noutras instituições ultrapassava as competências restritas do acordo bilateral atrás referido, foi celebrado, com o Ministério da Saúde, em Maio de 2001, um acordo que permitia às instituições hospitalares, que, voluntariamente, desejassem implementar o PTM, o fizessem, integrando o Grupo Português de Triagem (GPT, 2018).

Para tal, teriam de assinar um protocolo e uma declaração de princípios, onde aceitavam, tacitamente, as regras para a sua implementação, não existindo qualquer pagamento por adesão (GPT, 2018). Existia, sim, um código rígido de conduta, de modo a garantir a fiabilidade e a reprodutibilidade do sistema, permitindo ao GPT, nomeadamente, o acesso às bases de dados das Instituições.

Todas as Instituições eram parceiras de pleno direito no GPT, criando-se, espontaneamente, um fórum de discussão e de melhoria contínua do sistema. As adesões continuaram a aumentar, atingindo cerca de 75 serviços de urgência em funcionamento (tanto no domínio público como no privado), e com perspectivas de crescimento a toda a rede de urgência. Portugal tem mais de 4500 profissionais de saúde creditados para efetuarem a triagem de doentes e cerca de 200 creditados como instrutores e auditores (GPT, 2018).

2. O Hospital Beatriz Ângelo

O Hospital Beatriz Ângelo é um hospital público, integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e gerido em regime de Parceria Público-Privada pela Sociedade Gestora do Hospital de Loures (SGHL), do Grupo Espírito Santo Saúde. Esta unidade hospitalar, localizada em Loures, abriu portas em janeiro de 2012 (Hospital Beatriz Ângelo, 2009).

O contrato estabelecido prevê a conceção, projeto, construção, financiamento, conservação e manutenção do hospital pela HL - Sociedade Gestora do Edifício, SA e a gestão do estabelecimento hospitalar e prestação de cuidados de saúde pela SGHL - Sociedade Gestora do Hospital de Loures, SA. Este hospital constituiu um marco fundamental para a requalificação da oferta em cuidados de saúde na região de Lisboa e Vale do Tejo (HBA, 2018). Localizado na Quinta da Caldeira, em Loures, é uma unidade hospitalar completamente nova, destinada a colmatar uma necessidade desde há muito reconhecida na oferta de cuidados hospitalares às populações da região.

O Hospital Beatriz Ângelo tem uma área de influência que abrange cerca de 278 mil pessoas, distribuídas pelos concelhos de Loures (freguesias de Loures, Camarate, Bucelas, Unhos, Apelação, Sto. António dos Cavaleiros, Sto. Antão do Tojal, São Julião do Tojal, Fanhões, Lousa e Frielas), Mafra (freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estêvão das Galés e Venda do Pinheiro), Odivelas e Sobral de Monte Agraço. Com mais de 1.200 colaboradores, sobretudo médicos e enfermeiros, o Hospital Beatriz Ângelo realiza anualmente cerca de 250 mil consultas externas de especialidade, 13 mil cirurgias, 2,2 mil partos e 185 mil atendimentos de urgência. Tem 424 camas de internamento e Urgência Geral Médico-Cirúrgica, Pediátrica e de Ginecologia-Obstetrícia, consulta externa (44 gabinetes), bloco operatório (oito salas, sendo duas dedicadas a cirurgia ambulatória),

maternidade (6 salas) e Hospital de Dia (64 postos de tratamento). Toda esta estrutura permite desenvolver atividade em múltiplas especialidades médicas ou cirúrgicas (HBA, 2018).

No âmbito da Parceria Público-Privada, o Hospital Beatriz Ângelo foi objeto de dois contratos com o Ministério da Saúde. Um determina que a construção do hospital foi da responsabilidade da HL - Sociedade Gestora do Edifício, SA, que tem ainda de garantir a manutenção do edifício por um período de 30 anos. O outro contrato diz respeito à gestão clínica do Hospital, atribuindo a sua responsabilidade à SGHL - Sociedade Gestora do Hospital de Loures, SA, por um período de dez anos. O nome do Hospital homenageia a primeira mulher que votou em Portugal e a primeira médica a operar no Hospital de São José, de Lisboa (Hospital Beatriz Ângelo, 2009).

Os principais concorrentes incluem a José de Mello Saúde (JMS), com uma participação de 5,1% no mercado privado de Saúde, mas, na verdade, assegura mais camas e gera mais receitas, incluindo Hospitais Públicos sob gestão com 451 milhões contra 341 milhões no ano 2012, e HPP Saúde (HPP) com uma quota de 2,3% no segmento Privado, com seis Hospitais e uma PPP (BPI Equity Research, 2014).

O Hospital Beatriz Ângelo é uma Parceria Público Privada (PPP), o acordo foi celebrado pela Entidade Pública Contratante: O Estado Português, representado pelo Ministério da Saúde (MS) através da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e as Entidades Gestoras: a Sociedade Gestora do Hospital de Loures (SGHL), detida pela Espírito Santo Saúde, e a Sociedade Gestora do Edifício (HL). O Hospital cumpre com o regulamento da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), sendo este regido pelo Decreto-Lei nº. 127/2009, de 27 de Maio (Hospital Beatriz Ângelo, 2009).

Cabe à Sociedade Gestora do Estabelecimento (SGHL), a realização de prestações de Saúde promotoras, preventivas ou terapêuticas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), através do Estabelecimento Hospitalar, estando este integrado na Rede de Prestação de Cuidados de Saúde (Hospital Beatriz Ângelo, 2009). E à Sociedade Gestora do Edifício (HL), a gestão do Edifício Hospitalar, compreendendo esta as atividades de conceção, projeto, construção, financiamento, conservação e manutenção do Hospital. As Entidades Gestoras regem-se pelos seus estatutos, e são responsáveis pela obtenção dos fundos necessários para desenvolvimento das atividades integradas no Contrato, de forma a

cumprir as obrigações por si assumidas. O projeto para o hospital foi desenvolvido por um consórcio privado: o Consis Loures, liderado pelo Grupo Espírito Santo Saúde (ESS), e que envolveu também a Mota-Engil, a Opway, o Banco Espírito Santo e a Dalkia.

A Espírito Santo Saúde (ESS), é responsável pela definição e implementação da estratégia de desenvolvimento do grupo nas áreas de prestação de cuidados de saúde e de oferta residencial vocacionada para a população sénior (Hospital Beatriz Ângelo, 2009). O grupo empresarial a que a Espírito Santo Saúde está ligada e a sua tradição de qualidade, permite atrair e reter alguns dos melhores profissionais de Saúde e assegurar um investimento contínuo nas tecnologias mais avançadas para a prática de uma medicina de vanguarda, garantindo simultaneamente o respeito absoluto pela individualidade do doente e a qualidade humana dos cuidados prestados.

As principais orientações estratégicas definidas pela Espírito Santo Saúde incluem (HBA, 2018):

- A criação de uma rede integrada de prestação de cuidados de Saúde que incorpora unidades hospitalares, clínicas ambulatoriais e hospitais residenciais.
- O estabelecimento de parcerias com o sector público no âmbito do Programa de Parcerias Público Privadas (PPP).
- O desenvolvimento de residências especialmente vocacionadas para a terceira idade - residências sénior com serviços.

Desde 2000, ano da sua fundação, a Espírito Santo Saúde constituiu uma rede integrada, que inclui unidades hospitalares, clínicas ambulatoriais e hospitais residenciais, além de uma oferta de residências sénior (HBA, 2018):

Unidades do Grupo Espírito Santo Saúde:

- Clipóvoa - Hospital Privado;
- Clipóvoa - Clínica de Cerveira;
- Clipóvoa - Clínica de Amarante;
- Clipóvoa - Clínica do Porto;
- Hospital da Arrábida;
- Cliria - Hospital Privado;

- Cliria - Centro Médico de Águeda;
- Cliria - Clínica de Oiã;
- Hospital do Mar;
- Hospital da Luz;
- Hospital da Luz - Centro Clínico da Amadora;
- Hospital da Luz - Clínica de Oeiras;
- Irio - Instituto de Radioterapia;
- Hospital de Santiago;
- Hospital da Misericórdia de Évora;

Parcerias Público Privadas:

- Hospital Beatriz Ângelo.

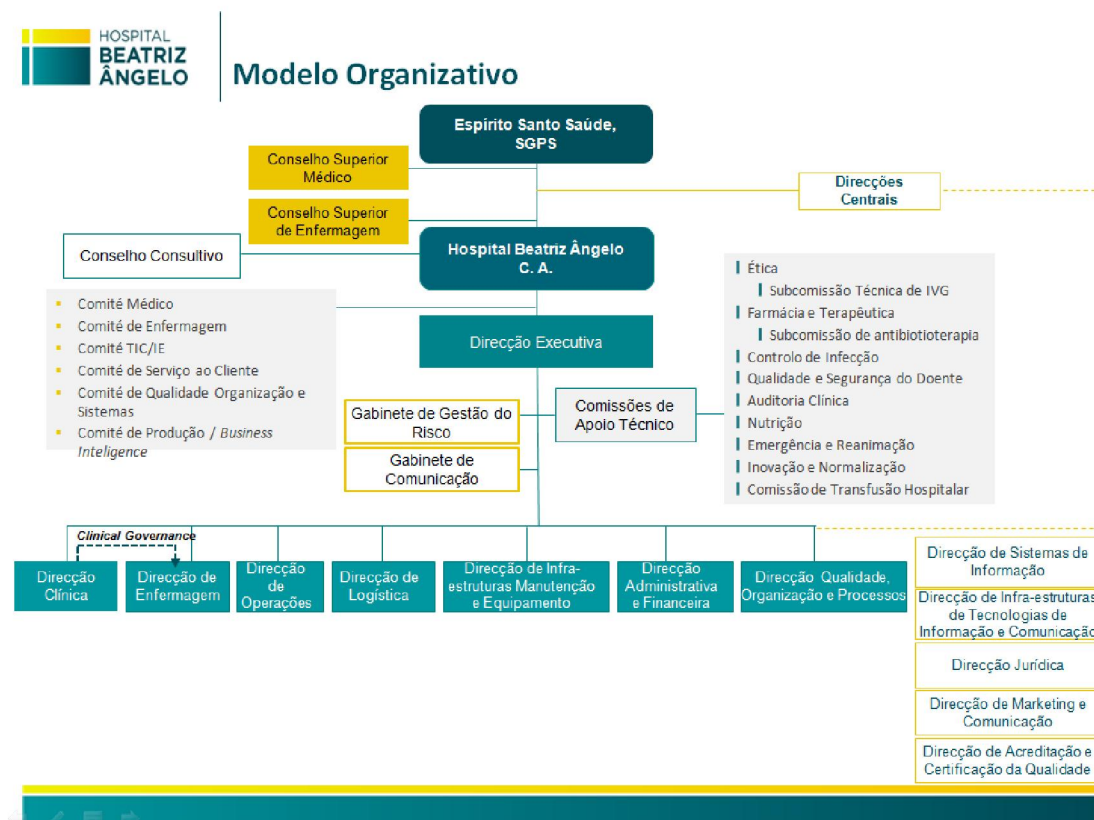
Residências Sénior:

- Casas da Cidade - Residências Sénior;
- Clube de Repouso Casa dos Leões.

2.1. Modelo Organizativo

Organigrama

Figura 11 – Organigrama do Hospital Beatriz Ângelo



Fonte: HBA 2018

Equipas de Gestão:

- Concelho de Administração;
- Direcção Executiva;
- Direcção de Operações;
- Direcção Clínica;
- Direcção de Enfermagem;
- Direcção Administrativa e Financeira;
- Direcção de Logística;
- Direcção de Infraestruturas e Equipamento;
- Direcção de Sistemas de Informação.

Direcções Centrais de Apoio da Espírito Santo Saúde

- Direção de Acreditação e Certificação de Qualidade;
- Direção de Infraestruturas de Tecnologias de Informação e Comunicação;
- Direção Jurídica;
- Direção de Marketing e Comunicação;
- Direção de Organização e Processos.

Comissões de Apoio Técnico

- Comissão de Auditoria Clínica;
- Comissão de Credenciação e Avaliação Médica;
- Comissão de Controlo de Infeção;
- Comissão de Coordenação com os Cuidados Primários e Continuados;
- Comissão de Coordenação e Referenciação Hospitalar;
- Comissão de Coordenação Oncológica;
- Comissão de Emergência e Reanimação;
- Comissão de Ensino e Formação Médica Contínua;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Inovação e Normalização;
- Comissão de Investigação Clínica;
- Comissão de Nutrição;
- Comissão de Qualidade e Segurança do Doente;
- Comissão de Ética:

Esta última comissão é um órgão de apoio técnico do Conselho de Administração e da Direção Executiva do Hospital Beatriz Ângelo. Tem como missão zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas e na prestação de cuidados de Saúde no HBA, por forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas, procedendo à análise e reflexão sobre temas da prática clínica que envolvam questões éticas (HBA, 2018). Esta comissão é responsável pela elaboração de pareceres sobre questões de prestação de cuidados ou outras atividades desenvolvidas pelo HBA e pela monitorização do cumprimento, pelos profissionais e estruturas do Hospital, do Código de Ética, atuando fundamentalmente na análise de situações concretas envolvendo questões éticas, na

aprovação de recomendações genéricas e monitorização da sua adesão, na elaboração de programas de formação, na aprovação e monitorização da investigação clínica.

Comissão de Transfusão Hospitalar

É um órgão de apoio técnico permanente do Concelho de Administração e da Direção Executiva do Hospital Beatriz Ângelo. Tem como missão avaliar a qualidade dos atos transfusionais realizados no Hospital Beatriz Ângelo, bem como monitorizar e atualizar os procedimentos relativos a estes atos, com vista a garantir a qualidade dos cuidados que envolvam a administração de sangue humano, seus componentes e hemoderivados e a segurança dos doentes a eles sujeitos (HBA, 2018). São ainda funções desta Comissão Transfusional:

- Hemovigilância;
- Formação de Médicos e Enfermeiros na área da Medicina Transfusional e de alternativas transfusionais;
- Apoio e contribuição para a realização de trabalhos na área da Medicina Transfusional e de alternativas transfusionais;
- Coordenação de auditoria interna aos procedimentos transfusionais;
- Cooperação com outras instituições nacionais e internacionais;
- Promoção de alternativas transfusionais na comunidade Médica.

Acreditação Joint Commission International

O Hospital Beatriz Ângelo possui um processo de acreditação com a Joint Commission International (JCI), que tem como objetivo garantir a conformidade da instituição com um conjunto de padrões nacionais e internacionais que visam garantir a qualidade dos cuidados e a melhoria contínua da organização (Hospital Beatriz Ângelo, 2009). Para além de permitir assegurar efetivamente o alinhamento com as diretrizes estratégicas expressas na missão e valores do HBA, esta acreditação é uma obrigação a que o HBA está vinculado por via do contrato feito com o Estado para a Parceria Público Privada (PPP).

Norma de Gestão da Qualidade - ISO 9001

O Hospital Beatriz Ângelo obedece obrigatoriamente a esta norma que constitui uma referência internacional para a Certificação de Sistemas de Gestão da Qualidade, reconhece

o esforço da organização em assegurar a conformidade dos seus produtos e/ou serviços, a satisfação dos seus clientes e a melhoria contínua, permitindo (HBA, 2018):

- Satisfazer as expectativas dos Utentes, assegurando a fidelização, competitividade e o desenvolvimento sustentável;
- Assegurar, inequívoco e transparentemente aos stakeholders, um Sistema de Gestão da Qualidade adequado, que potencie a dinâmica da melhoria contínua;
- Proporcionar uma maior notoriedade e a melhoria da imagem perante o mercado;
- Evidenciar a adoção das mais atuais ferramentas de gestão;
- O acesso a mercados e clientes cada vez mais exigentes;
- Uma confiança acrescida nos processos de conceção, planeamento, produção do produto e/ou fornecimento de serviço.

Norma de Gestão Ambiental - ISO 14001

O Hospital Beatriz Ângelo é obrigado a obedecer a proteção ambiental e a prevenção da poluição, sendo estas preocupações atuais para qualquer organização. A intensificação da discussão pública destas matérias, bem como do abrigo legal nacional e comunitário aplicável à Gestão Ambiental, reforça a necessidade da implementação de Sistemas de Gestão Ambiental (HBA, 2018). A integração das questões ambientais nos sistemas de gestão das organizações desempenha um papel inquestionável na satisfação das mais variadas necessidades socioeconómicas, ao assegurar a otimização na utilização dos recursos naturais, a proteção do meio ambiente e a redução da poluição, pela gestão do impacto das suas atividades. A certificação de sistemas de gestão ambiental constitui uma ferramenta essencial para as organizações que pretendem alcançar uma confiança por parte dos stakeholders através da demonstração do compromisso voluntário com a melhoria contínua do seu desempenho ambiental.

Política Ambiental

O Hospital Beatriz Ângelo reconhece a importância de contribuir para o desenvolvimento de um ambiente saudável, assumindo o compromisso de (HBA, 2018):

- Implementar elevados standards ambientais nas atividades de prestação de cuidados de Saúde;

- Melhorar continuamente o desempenho do Sistema de Gestão Ambiental, por forma a atingir os objetivos e as metas ambientais estabelecidas, tendo em conta os aspetos ambientais significativos;
- Prevenir a poluição;
- Assegurar o cumprimento dos requisitos legais e outros voluntariamente assumidos;
- Promover ações de formação e programas de sensibilização para os colaboradores, incluindo os subcontratados que se encontram nas instalações do Hospital, de modo a garantir que estão informados e que se orientam pelos mesmos princípios de gestão ambiental do Hospital;
- Influenciar os fornecedores para a importância do cumprimento das boas práticas ambientais, efetuando em simultâneo a seleção dos fornecedores que se consideram "amigos do ambiente";
- Sensibilizar os doentes, familiares e visitantes para adotarem as boas práticas ambientais, nomeadamente a correta separação de resíduos e o consumo racional de água e energia.

Todas as pessoas envolvidas, direta ou indiretamente nas atividades do Hospital Beatriz Ângelo, devem ser responsáveis perante o ambiente.

As equipas de urgência são constituídas por um número variável de Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Ação Médica, Técnicos de Saúde, Administrativos, entre outros disponíveis para atender e ajudar os doentes e seus acompanhantes. A dotação de elementos médicos e de enfermagem é determinado pela procura média e determinada para a hora do dia, pelo dia da semana e pelo mês (HBA, 2018). Não obstante existem mecanismos de reforço rápido que permitem às equipas a possibilidade de ajustarem o número de profissionais para dar resposta a variações imprevistas da procura.

De acordo com a legislação aplicável, e com o contrato de gestão, enquanto Urgência Médico Cirúrgica, a equipa Médica inclui, em presença física permanente médicos de Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia. Estes elementos pertencem a equipas dedicadas e externas com diferenciação na abordagem de doentes não urgentes, urgentes e emergentes assim como emergência pré-hospitalar. Além destes, tem o apoio dos Médicos de diversas

especialidades existentes no Hospital, entra as 8h00 e as 20h00, nos dias úteis (Hospital Beatriz Ângelo, 2009).

2.2. Historia

Beatriz Ângelo foi a primeira mulher portuguesa a votar, numa época em que o direito de voto era concedido aos cidadãos portugueses, maiores de 21 anos, sabendo ler e escrever e chefes de família, a sua persistência, a ambiguidade da lei e o facto de trabalhar, ser viúva e ter a seu cargo uma filha, permitiu-se lutar pela defesa do direito de voto, acabando por votar em Lisboa, a 28 de Maio de 1911, para eleição dos deputados da Assembleia Constituinte, o qual foi largamente noticiado em Portugal e felicitado em diversos países do mundo pelas associações feministas. Em 1913, a lei eleitoral portuguesa foi alterada, consagrando o direito de voto a cidadãos portugueses masculinos. Beatriz Ângelo foi sem dúvida uma mulher marcante na história portuguesa, com um percurso interrompido pela sua morte prematura aos 33 anos, a 3 de Outubro de 1911 (HBA, 2018).

A adoção do nome Beatriz Ângelo para o Hospital, pretende homenagear pela primeira vez uma mulher Médica, que teve também uma intensa e marcante intervenção política e social na sua época, apesar da sua morte prematura (HBA, 2018). Por outro lado o nome de Beatriz Ângelo possui um simbolismo particular em Loures. A causa republicana teve uma expressão relevante nesta cidade, chegando mesmo a implantação da república a ser proclamada no dia 4 de Outubro de 1910, véspera do sucedido em Lisboa e resto do país.

O símbolo adotado no logótipo do Hospital Beatriz Ângelo representa um farol. Um farol tem associado um simbolismo importante, pela sua função principal de orientação e pela utilização de luz para esse efeito. Traduz assim uma presença forte, esclarecedora e reconfortante. Além de indicar o caminho, a luz traduz ideais, conhecimento e inovação (HBA, 2018).

A adjudicação do projeto do novo hospital em Loures foi publicada no Despacho nº. 20975 do Diário da república, 2ª. série, Nº. 182 de 18 de Setembro de 2009. No dia 31 de Dezembro de 2009 foi assinado o contrato de gestão do Hospital Beatriz Ângelo, pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), em representação do estado Português, pela Sociedade Gestora do Hospital de Loures (SGHL) e pela Sociedade Gestora

do Edifício (HL) (HBA, 2018). A Luz Saúde foi criada em 2000 com o nome de Espírito Santo Saúde.

Entre 2000 e 2014, a Espírito Santo Saúde - SGPS, SA, Sociedade Aberta, foi responsável pela definição e implementação da estratégia de desenvolvimento do Grupo Espírito Santo nas áreas de prestação de cuidados de saúde e de oferta residencial vocacionada para a população sénior (HBA, 2018). Em fevereiro de 2014, a Espírito Santo Saúde tornou-se a primeira empresa privada do setor da Saúde cotada em bolsa. Foram colocadas e transacionadas no mercado bolsista 49% de ações da ESS.

Em outubro de 2014, a seguradora portuguesa Fidelidade anunciou a aquisição de 96% das ações da Espírito Santo Saúde, passando assim a ser o novo acionista maioritário da Espírito Santo Saúde. Na ocasião foi anunciado o novo nome da empresa: Luz Saúde (HBA, 2018). Desde 2000, a empresa constituiu uma rede integrada, que inclui unidades hospitalares, clínicas ambulatoriais e hospitais residenciais, além de uma oferta de residências sénior.

2.3. Missão, Visão e Valores

Missão

A missão é prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, no respeito absoluto pela individualidade e necessidades dos Utentes, e baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência, e ainda contribuir para o desenvolvimento da investigação e para a formação de profissionais na sua área de atividade (HBA, 2018).

Visão

A visão do Hospital Beatriz Ângelo é ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma medicina de elevada qualidade e pela excelência na coordenação e integração com os vários níveis de cuidados (HBA, 2018).

Valores

A cultura dos colaboradores do Hospital Beatriz Ângelo baseia-se em oito valores fundamentais (HBA, 2018):

- Procura incansável de resultados - Estamos determinados a atingir resultados ambiciosos e mensuráveis na concretização da nossa missão. Assim, continuamos a perseguir com empenhamento os nossos objetivos finais, mesmo que encontremos dificuldades e constrangimentos ao longo do percurso.
- Rigor intelectual - Obrigamo-nos a ser críticos em relação a tudo o que fazemos, abordando cada assunto e decisão com rigor e de forma racional, procurando sempre a melhor ideia ou solução.
- Aprendizagem constante - Refletimos e aprendemos com a nossa experiência, por forma a melhorarmos o nosso desempenho futuro.
- Responsabilidade pessoal - Damos o melhor de nós próprios e assumimos a responsabilidade por atingir os melhores resultados possíveis na nossa área de atuação.
- Respeito e humildade - Respeitamos os outros e as suas ideias e contamos com o seu contributo. Assumimos as limitações da nossa experiência e valorizamos outras perspetivas.
- Atitude positiva - Somos ambiciosos nos objetivos, acolhemos novas ideias com entusiasmo e temos orgulho nos resultados.
- Integridade - Somos honestos, leais e sérios em tudo o que fazemos, tendo sempre presente os valores e expectativas dos nossos acionistas e, acima de tudo, dos doentes e suas famílias.
- Espírito de equipa - Acreditamos que o esforço coletivo é a melhor forma de alcançar os nossos objetivos e potenciar o impacto da nossa ação na comunidade.

2.4. Serviços e Valências

De acordo com o contrato de gestão, o perfil assistencial do Hospital Beatriz Ângelo abrange Anatomia Patológica; Anestesiologia; Angiologia e Cirurgia Vascular; Cardiologia; Cirurgia Geral; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Dermatovenerologia; Endocrinologia; Gastroenterologia; Ginecologia-Obstetrícia; Imunoalergologia; Imunohemoterapia; Infeciologia; Medicina Física e de Reabilitação; Medicina Intensiva; Medicina Interna; Medicina Nuclear; Nefrologia; Neonatologia; Neurologia; Neurorradiologia; Oftalmologia; Oncologia Médica; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Patologia Clínica; Pediatria; Pneumologia; Psicologia; Psiquiatria; Psiquiatria de Infância e Adolescência; Radiologia; Reumatologia; Urgência Geral e Urologia (HBA, 2018).

Área de Intervenção

A área a intervir será no Serviço de Urgência, onde se encontram três tipologias específicas, sendo elas (HBA, 2018):

- O Serviço de Urgência Geral (SUG)
- O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)
- O Serviço de Urgência Obstetrícia Ginecológica (SUOG)

O Serviço de Urgência Geral (SUG)

É destinado a todas os Utentes com idade igual ou superior a 18 anos, exceto grávidas. Está integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares e é definido como uma Urgência Médico-Cirúrgica, esta funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano, para as áreas de Medicina, Cirurgia-Geral e Ortopedia.

O SUG dispõe também de uma Viatura Médica de Emergência de Reanimação (VMER), integrada na Emergência Médica Pré-Hospitalar, a qual possibilita o início da abordagem dos doentes antes da sua chegada ao Hospital.

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

Tem como objetivo a prestação de cuidados Médico-Cirúrgicos urgentes ou emergentes às crianças e jovens com idade inferior a 18 anos da área de influência do hospital. Também funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana.

O SUP está integrada no Departamento de Pediatria e dispõe de:

- Sala de espera própria;
- Sala de triagem;
- Gabinetes de observação;
- Sala de aerossóis;
- Sala de tratamentos;
- Sala de reanimação;
- Sala de observação;
- Unidade de cuidados intermédios;

- Sala de reuniões/entrevistas aos pais, em situações particulares.

Na sala de observação (SO), admite-se crianças e adolescentes que necessitem e permanecer em observação por decisão Médica.

Na Unidade de Cuidados Intermédios, são internadas as crianças e adolescentes, que exijam um tempo de internamento previsível entre as 12 horas e as 36 horas e/ou apresentem patologia que requeira uma monitorização Médica ou de Enfermagem.

A admissão de doentes faz-se no balcão à entrada da Urgência, com exceção dos doentes emergentes, que entram diretamente para a sala de reanimação, e dos doentes acamados, cuja admissão é realizada pela zona de acamados.

O Serviço de Urgência Obstetrícia Ginecológica (SUOG)

É destinado única e exclusivamente a grávidas de todas as idades, prestando cuidados Médico-Cirúrgicos, tendo a particularidade de se situar junto às seguintes áreas:

- Bloco de Partos;
- Neonatologia;
- Internamento de Ginecologia Obstetrícia

Área de Influência

O Hospital Beatriz Ângelo serve uma população de 278.000 habitantes, residentes no concelho de Loures, freguesias de Loures, Camarate, Bucelas, Unhos, Apelação, Santo António dos Cavaleiros, Santo Antão do Tojal, São Julião do Tojal, Fanhões, Lousa e Frielas com exceção das freguesias de Bobadela, Moscavide, Portela, Prior Velho, Santa Iria da Azóia e São João da Talha, o concelho de Mafra, freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estêvão das Galés e Venda do Pinheiro e ainda o concelho de Odivelas e o de Sobral de Monte Agraço (HBA, 2018).

Utentes/Clientes

O Hospital Beatriz Ângelo enquadra-se no Serviço Nacional de Saúde regendo-se pelas mesmas regras e princípios, sendo portanto, de acesso universal. é tomada especial atenção a fatores que possam condicionar a acessibilidade como deficiências físicas (motoras, surdez, mudos, cegueira), problemas psicológicos, idade e linguagem e atender às questões

de parâmetros legais (abusos, agressividade, violência e psiquiatria) assim como fatores de transferências de outras entidades que colocam desafios específicos aos serviços (HBA, 2018).

3. Metodologia

Objetivos Gerais e Específicos

Os objetivos do presente trabalho estão concentrados no âmbito da Saúde, mais especificamente na Urgência Hospitalar do Hospital Beatriz Ângelo e pretende-se avaliar a qualidade e satisfação de utentes e profissionais do Hospital no que respeita ao Sistema de Triagem e Manchester em todas as tipologias de Serviço de Urgência, sendo elas a Urgência Geral, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstetrícia Ginecológica.

Após a análise dos resultados dos inquéritos de satisfação ao Sistema de Triagem de Manchester, serão identificadas falhas e oportunidades de melhoria. Estas vão ser consideradas na elaboração de propostas que visem melhorar o grau de satisfação e o conhecimento deste sistema na população, envolver os profissionais de saúde dos respetivos serviços e dos profissionais que articulam com os serviços e melhorar de uma forma geral o nível de cuidados prestados através de uma triagem mais eficiente e adequada.

Definição da Questão de Partida

A questão de partida, consiste na definição do problema, ou seja, numa questão que assente nos pontos mais críticos, e que vise a implementação de modificações ou alterações baseadas na melhoria contínua tendo por base a gestão da mudança e desenvolvimento organizacional, e com objetivo de obtenção de resultados positivos em relação às metodologias, as normas e aos processos praticados anteriormente, assim como, aumentando os níveis de qualidade, eficácia e eficiência registados anteriormente pelo Hospital Beatriz Ângelo, dando ao aluno estagiário a prossecução dos desafios enfrentados pela organização.

Questão

Qual o grau de satisfação e a qualidade no processo de melhoria contínua do Sistema de Triagem de Manchester?

3.1. Pesquisa Bibliográfica

A pesquisa bibliográfica foi efetuada por fontes fidedignas: em sites na internet de entidades oficiais e em páginas intranet do Hospital Beatriz Ângelo, em livros publicados com referências de autores, documentos oficiais fornecidos pelo Hospital e pelo Grupo Português de Triagem.

3.2. Análise Documental

Toda a informação analisada, recolhida e tratada integra-se no âmbito do Hospital Beatriz Ângelo com foco na Urgência Hospitalar para onde será desenhado o projeto, dando relevância às três tipologias de serviço, sendo elas o Serviço de Urgência Geral (SUG), o Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e o Serviço de Urgência Obstetrícia Ginecológica (SUOG), serviços estes onde se encontra implementado o Sistema de Triagem de Manchester, com exceção do SUOG que apesar de utilizar este Sistema, este ainda não se encontra adaptado para tal fim.

3.3. Elaboração de Questionários

Serão realizados dois tipos de questionários. Uns direcionados para os profissionais de Saúde e outros realizados para os Utentes, em que ambos irão iniciar com questões gerais como: sexo e idade.

Os questionários realizados aos profissionais de Saúde serão relacionados com a sua profissão: Médico/a ou Enfermeiro/a, tempo de serviço e a sua área de especialidade, se obteve formação acerca da Triagem de Manchester e se está no serviço desde a implementação deste sistema, no caso de ser Médico/a, se este é vinculado ao Hospital, por

outro lado, iremos questionar acerca do seu grau de satisfação para com este sistema em parâmetros como: adequação da formação, segurança da triagem, sequenciação e adequação do guião das entrevistas, benefícios, organização, trabalho de equipa, respeito pela prioridade, adaptação a realidade, contribuições, aceitação e conhecimento por parte dos utentes e adequação ao espaço.

Os questionários realizados aos utentes serão relacionados com nível de formação, profissão, motivo da Urgência e com que frequência utiliza os serviços, se conhece o sistema de Triagem de Manchester ou se lhe foi esclarecido o funcionamento deste, quantas vezes foi submetido a este sistema e qual a prioridade que foi atribuída e ainda o seu grau de satisfação em relação aos tempos de espera deste sistema, assim como o desempenho dos profissionais envolvidos e ainda questões de satisfação pessoal como: privacidade, conforto e instalações.

Os questionários serão validados se a pessoa em questão realizar no mínimo 75% das respostas do questionário em causa, para posteriormente serem submetidos a análise com o intuito de implementar modificações, mudanças, melhorias e inovações capazes de dar resposta às necessidades encontradas ao longo do projeto de estudo.

3.4. Intenção das Questões

A intenção destes questionários efetuados tem como objetivo apurar o grau de satisfação dos utentes e dos profissionais de Saúde, assim como a qualidade percebida. Após a análise e interpretação dos questionários, pretende-se melhorar o Sistema com inovação através de ideias e conceitos que se irão propor.

Essas melhorias pretendem rentabilizar os recursos disponíveis, maximizando os níveis de eficácia e eficiência já praticados pelo HBA, garantindo uma crescente satisfação em qualidade nos serviços prestados.

3.5. Plano de Intervenção

O conceito do projeto desenvolve um plano de intervenção na área das urgências, mais propriamente no âmbito da triagem à afluência de utentes ao serviço de Urgência Hospitalar, conhecida atualmente como Sistema de Triagem de Manchester. A análise a metodologias, a normas e a processos efetuada presencialmente por meio de questionários com os profissionais de saúde e com os utentes consumidores destes cuidados de saúde, servirá para uma recolha exaustiva de dados, que após o seu tratamento e análise, disponibilizará uma base fidedigna para a implementação de modificações estruturais, visando melhorias num processo de melhoria contínua, aumentando os níveis de qualidade, de eficácia e de eficiência já praticados pelo Hospital Beatriz Ângelo.

3.6. Cronograma

Caracterização Calendarizada e Organizada em Tarefas e por Datas:

26 Maio / 30 Maio	2 Junho / 6 Junho	9 Junho / 13 Junho	16 Junho / 20 Junho	23 Junho / 27 Junho
Leitura de documentos oficiais do HBA.	<i>Picking</i> de referências bibliográficas, de sites e de páginas.	Análise documental e observação participante no HBA	Elaboração e revisão do projeto de intervenção no HBA	Apresentação e entrega do projeto de estágio curricular
30 Junho / 4 Julho	7 Julho / 11 Julho	14 Julho / 18 Julho	21 Julho / 25 Julho	28 Julho / 1 Agosto
Elaboração e análise dos questionários	Realização de entrevistas com os profissionais de Saúde	Interação com o Grupo Português de Triagem	Aprofundar conhecimentos na matéria em estudo	Relacionar e envolver todos os <i>stakeholders</i>
4 Agosto / 8 Agosto	11 Agosto / 15 Agosto	18 Agosto / 22 Agosto	25 Agosto / 29 Agosto	1 Setembro
Elaboração do relatório de estágio curricular	Revisão do relatório de estágio curricular	Reunião com os Tutores do projeto para troca de informação	Revisão do relatório de estágio curricular	Apresentação e entrega do relatório de estágio curricular

4. Análise de Resultados

Neste capítulo, procura-se apresentar os resultados obtidos, procedendo igualmente à sua análise. Apesar do Grupo Português de Triagem recomendar que para uma resposta ser válida o inquirido deve responder pelo menos 75% das questões, para efeitos práticos e úteis deste trabalho, optou-se por considerar todas as repostas dadas.

Este capítulo divide-se em 2 subcapítulos, considerando os dois grupos alvo dos inquéritos: os profissionais de saúde e os utentes. Dentro de cada um destes dois subcapítulos, de forma a estrutura-los de forma igualitária, num primeiro ponto são analisados os dados simples, ou seja, os resultantes diretamente das respostas do inquérito, e, num segundo ponto, uma análise combinada de mais que uma variável (respostas). Com este segundo ponto procura-se identificar potenciais padrões de reposta, por exemplo, será que as pessoas com maior grau de escolaridade estão mais satisfeitas que os que têm menor grau de escolaridade? Esta e outras combinações de variáveis serão feitas nos segundos subpontos de cada um dos subcapítulos “Profissionais” e “Utentes”. Apenas são apresentadas as relações/combinções que identificam algum padrão ou diferenciação nas respostas.

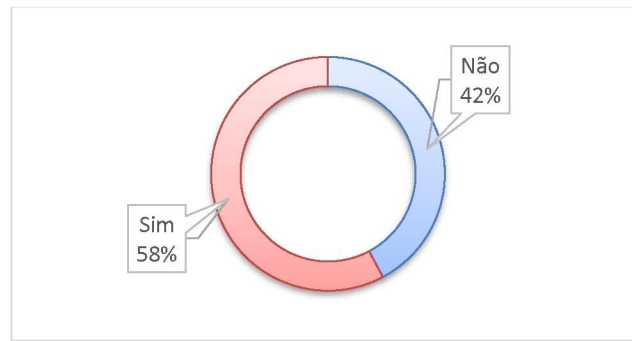
4.1. Profissionais

Neste subcapítulo procede-se à análise de resultados do inquérito realizado a médicos e enfermeiros, num total de 151 respostas obtidas.

4.1.1. Análise Linear

Pretendeu-se compreender se os profissionais tinham sido formados em triagem.

Figura 12 - Curso de Formação em Triagem

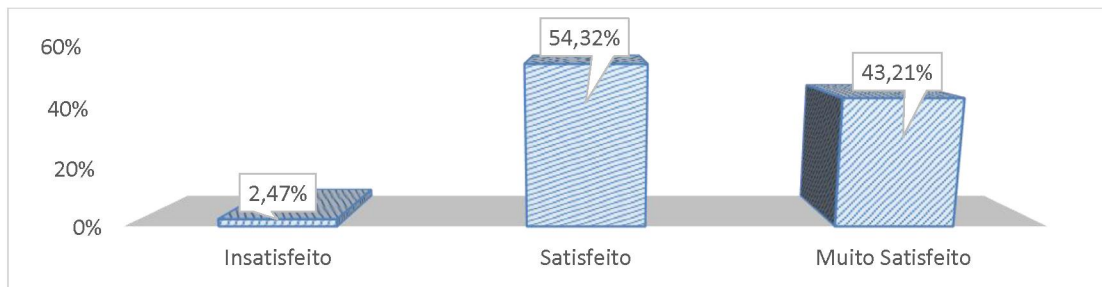


Fonte: Elaboração Própria

Verifica-se que apenas 58% teve um curso de triagem, um valor claramente insuficiente para uma uniformização de critérios e procedimentos de triagem, encaminhamento e tratamento mais eficaz.

Para os profissionais que tiveram formação, é relevante conhecer o seu grau de satisfação.

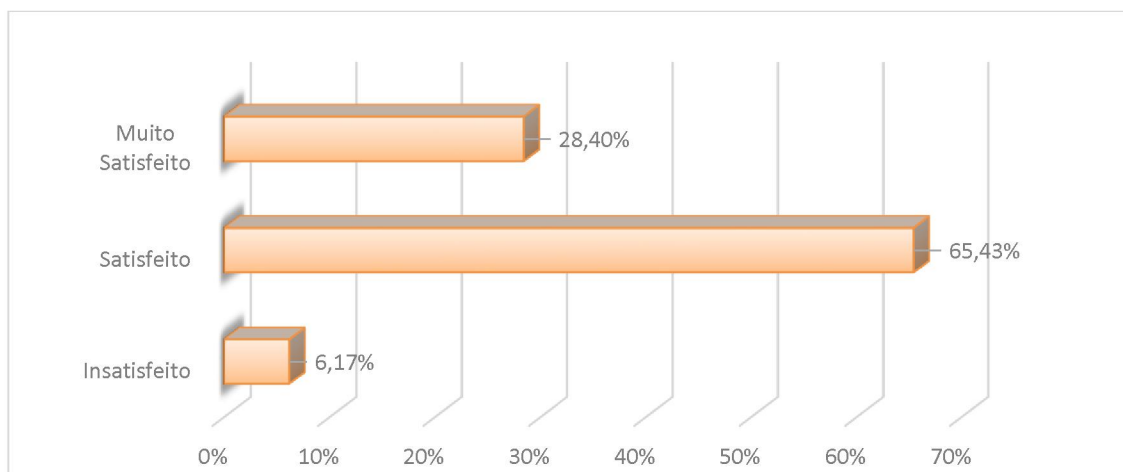
Figura 13 - Adequação da formação frequentada



Fonte: Elaboração Própria

Nota-se que 54% dos formandos ficaram satisfeitos com a formação. Aproximadamente 2,5% consideraram insatisfeito, essa mesma formação. Cerca de 43% dos profissionais ficaram muito satisfeitos com a formação. Face a estes resultados apresenta-se uma oportunidade de melhoria no conteúdo das formações, adaptando-as e indo mais ao encontro das necessidades dos profissionais.

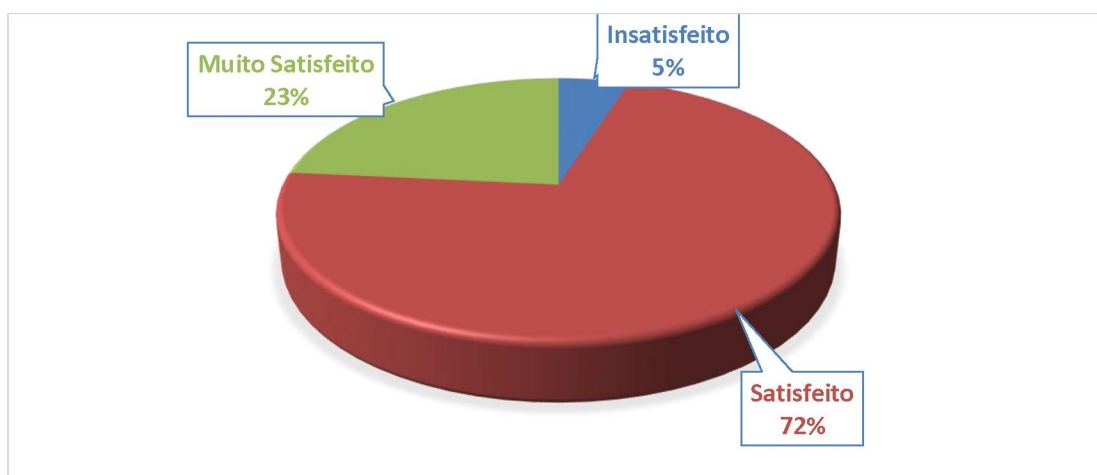
Figura 14 - Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica



Fonte: Elaboração Própria

Na comparação entre a componente teórica e a própria aplicação da triagem em si, 6% dos profissionais mostram-se insatisfeitos, e apenas 28% muito satisfeitos, pelo que poderia ser uma área de estudo, o formato de implementação do sistema de triagem, segundo os pressupostos teóricos.

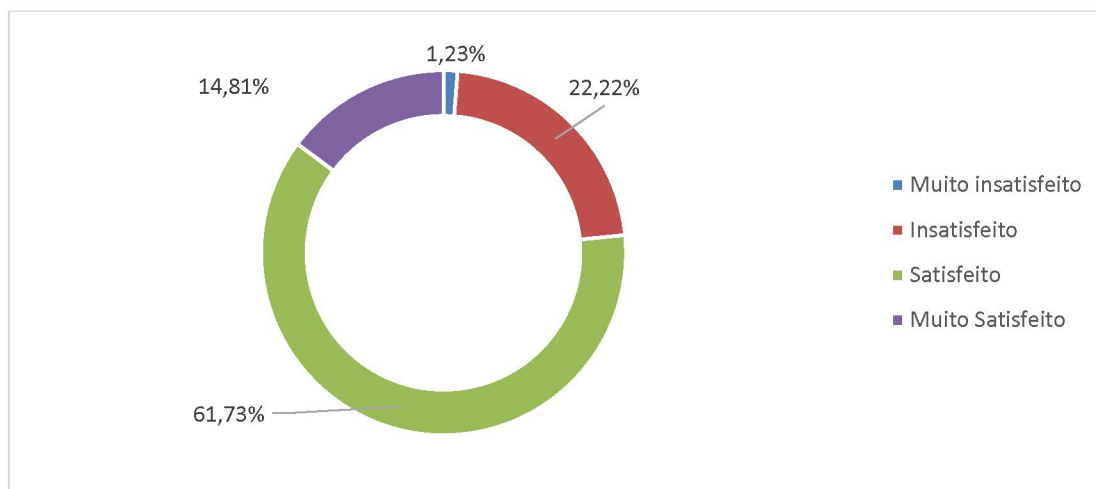
Figura 15 - Sequenciação do guião das entrevistas da triagem



Fonte: Elaboração Própria

Atendendo às respostas obtidas, nota-se que o guião das entrevistas do inquérito é muito satisfatório em apenas 23% para os profissionais, existindo ainda 5% de insatisfeitos. Sugere-se assim uma possível revisão do guião, envolvendo os profissionais na sua elaboração.

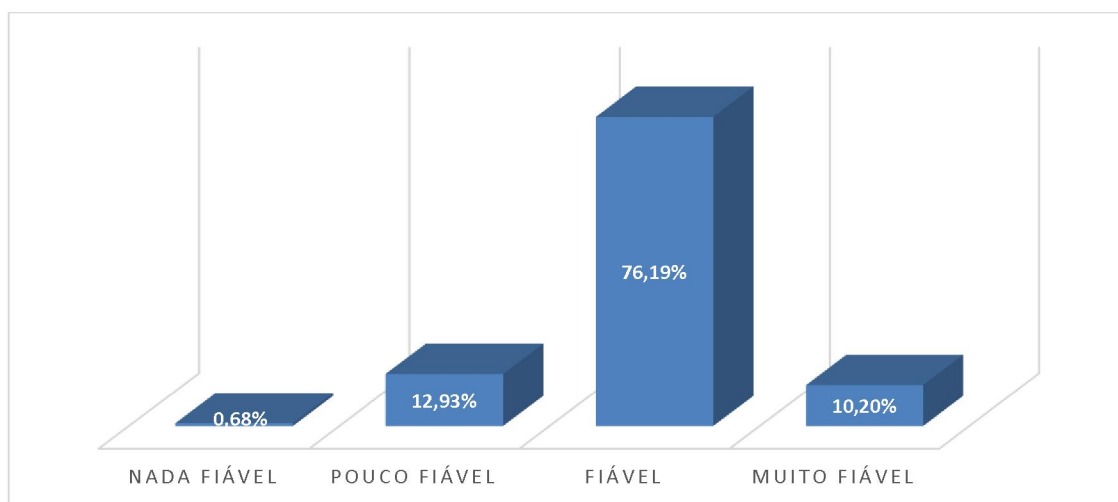
Figura 16 - Adequação do guião das entrevistas que torna possível a sua realização no tempo máximo de três minutos



Fonte: Elaboração Própria

No que respeita à adequação do guião das entrevistas que torna possível a sua realização no tempo máximo de três minutos, 23% tiveram uma opinião negativa, enquanto que apenas 15% se revelou muito satisfeito. Como referido anteriormente, surge assim a necessidade de realizar uma revisão do guião, de forma a que seja exequível um tempo de resposta inferior a 3 minutos.

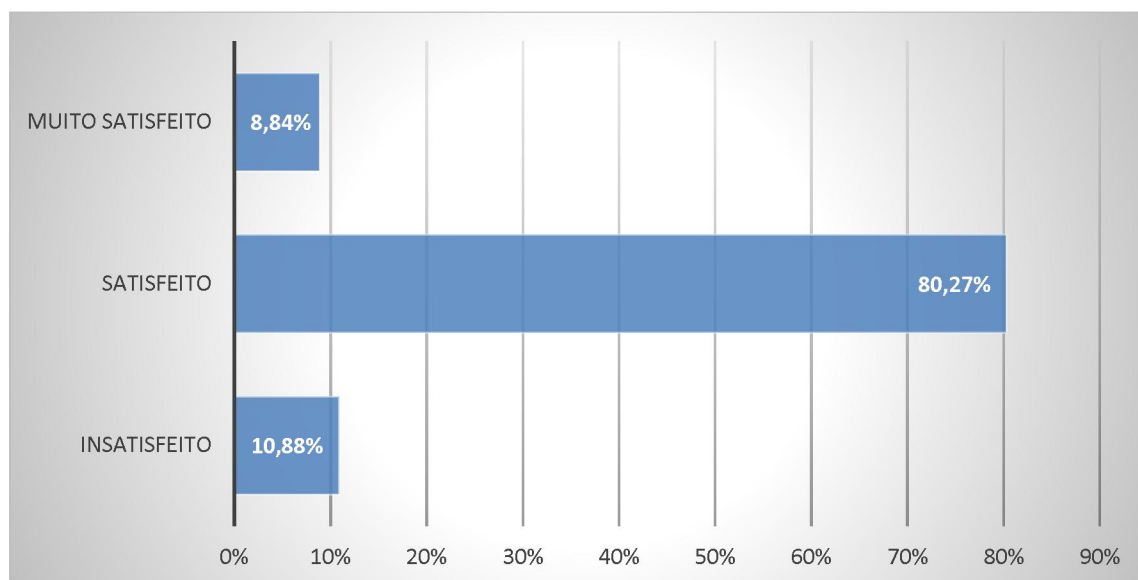
Figura 17 – Fiabilidade do processo de triagem



Fonte: Elaboração Própria

No tocante à fiabilidade do processo de triagem, os inquiridos 13% revelam que é pouco ou nada fiável, e, apenas 10% responderam muito fiável. Tais resultados confirmam o referido anteriormente, quanto à necessidade de revisão do guião.

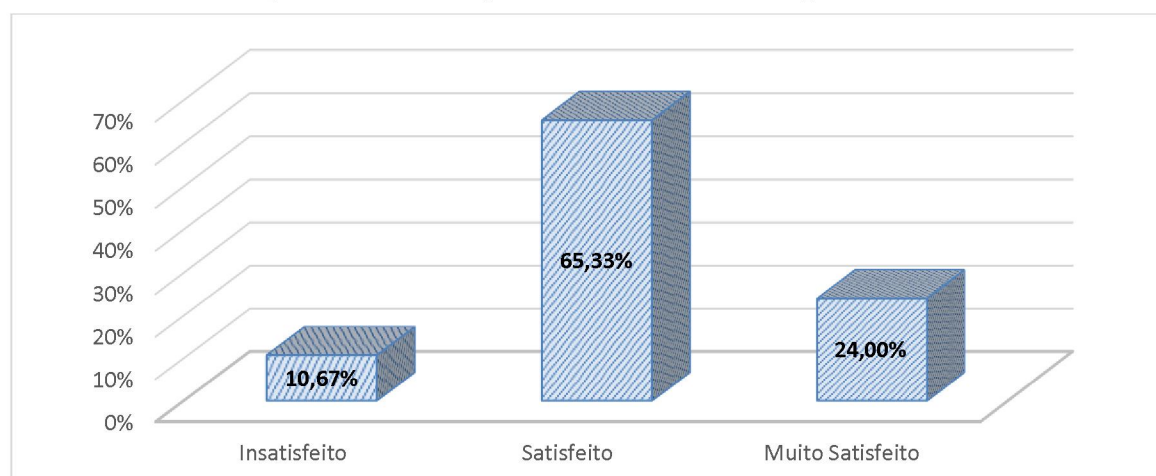
Figura 18 - Grau de satisfação do profissional



Fonte: Elaboração Própria

O nível de satisfação do profissional com o processo de triagem de Manchester, mostrou-se positivo, mas sem um grau de satisfação muito elevado. De realçar que 11% mostraram-se insatisfeitos.

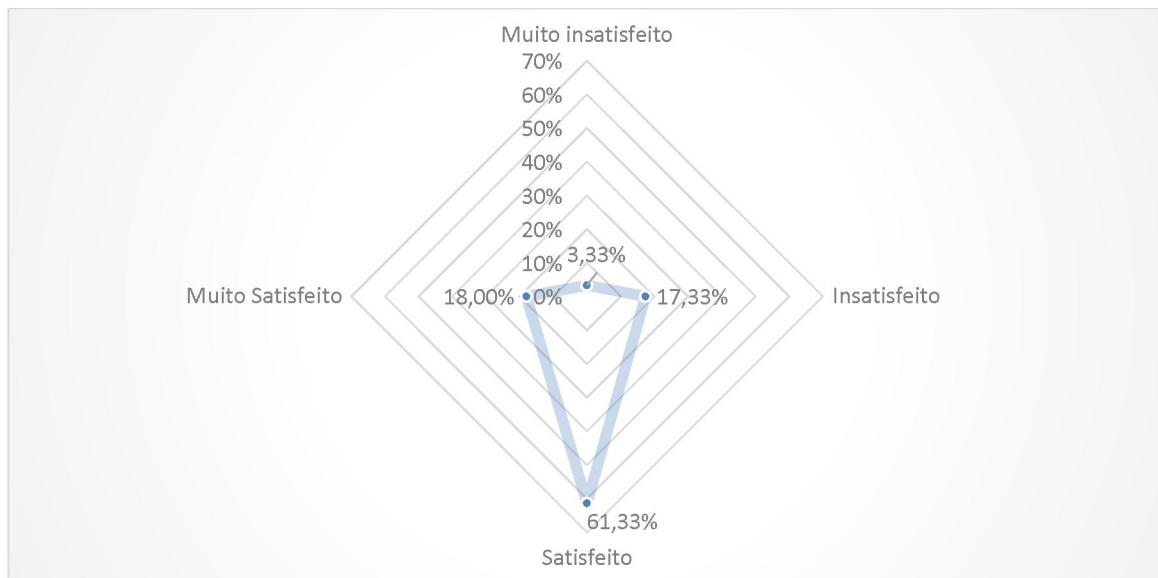
Figura 19 - Benefício para os utentes, na visão do profissional



Fonte: Elaboração Própria

Do ponto de vista dos profissionais, o processo de triagem de Manchester mostra-se positivo. Considerando que 65% estão “apenas” satisfeitos e 11% estão insatisfeitos, existe margem de melhoria em todo o processo.

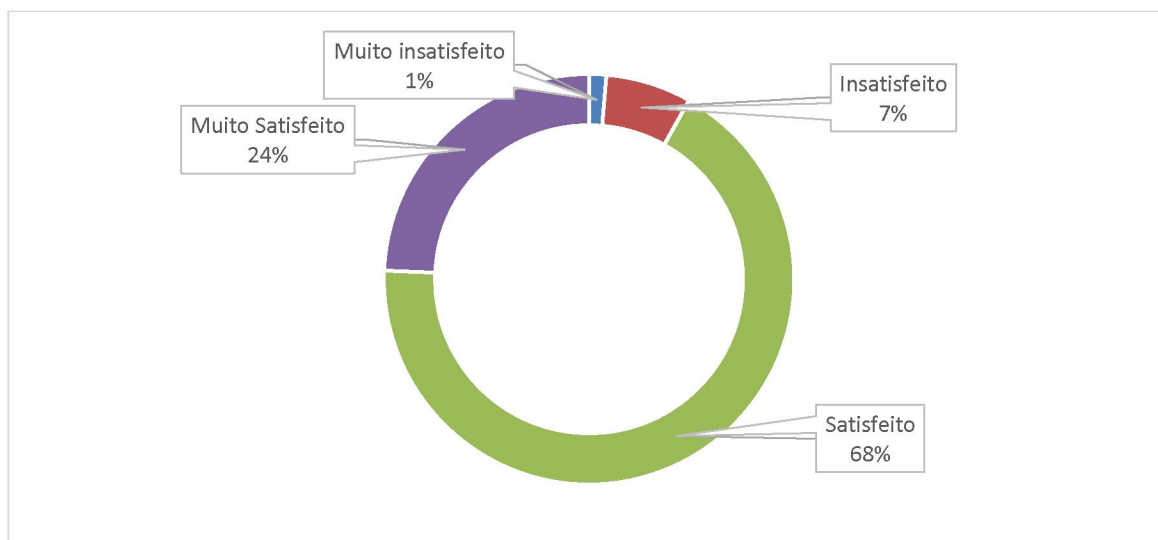
Figura 20 - Adaptação à realidade do Serviço de Urgência do Hospital



Fonte: Elaboração Própria

Como todos os processos, é necessário adaptar a teoria à realidade concreta da instituição e dos serviços em causa, assim, 20% dos profissionais demonstraram a sua insatisfação com essa adaptação do modelo à realidade do Serviço de Urgência do Hospital. Apenas 18% estavam muito satisfeitos. Surge assim a necessidade de um esforço na adaptabilidade do modelo à realidade concreta deste Hospital.

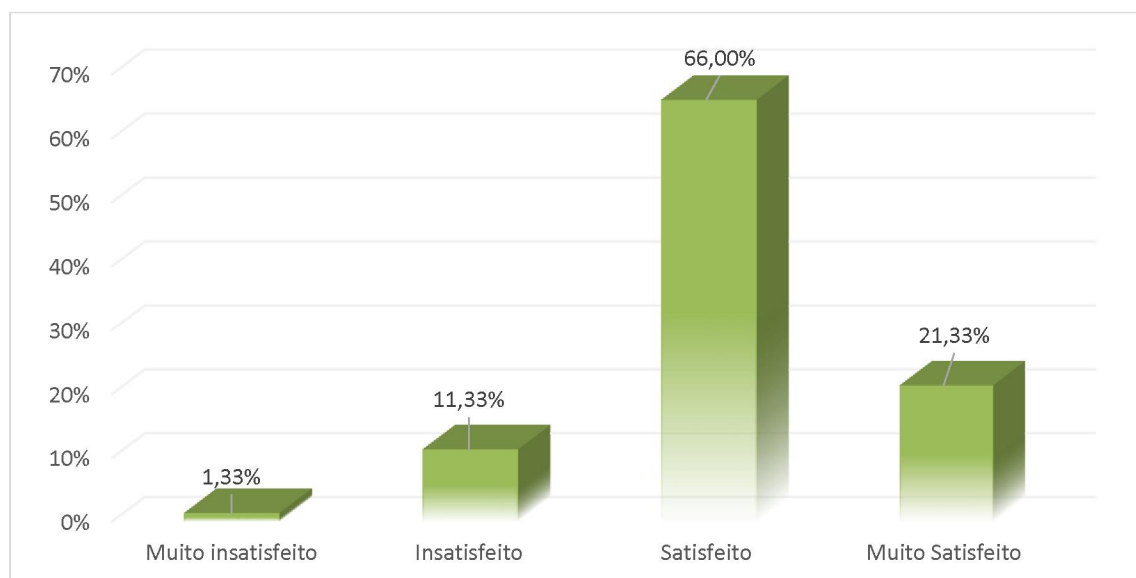
Figura 21 - Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço



Fonte: Elaboração Própria

As respostas negativas diminuem o seu peso, quando se trata do contributo para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço, em que apenas 8% têm uma visão negativa. Realça-se que 24% estão muito satisfeitos, existindo assim, oportunidade de melhoria, também, neste âmbito.

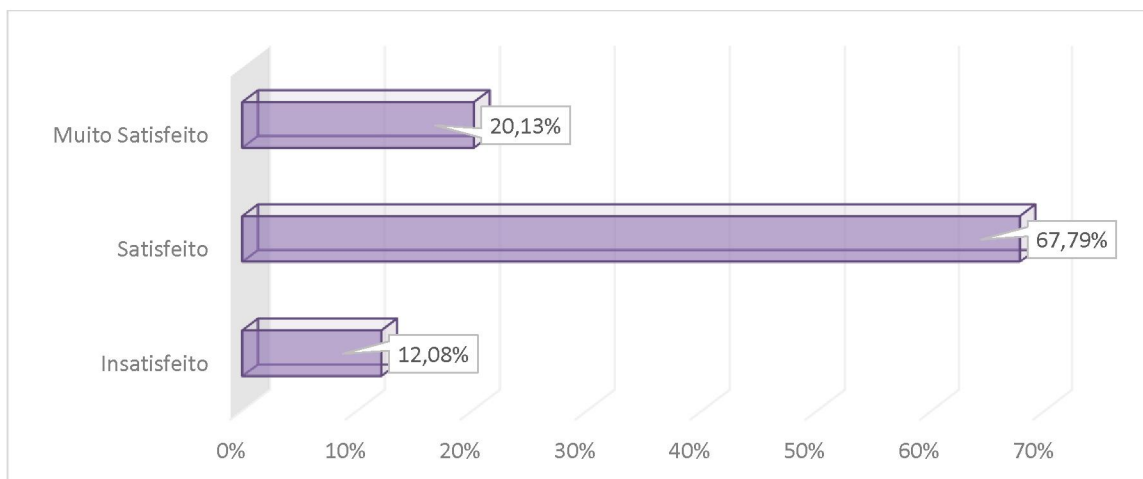
Figura 22 - Contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência



Fonte: Elaboração Própria

No que toca à contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência, 13% responderam que o contributo era negativo. 66% mostraram-se satisfeitos e 21% muito satisfeitos.

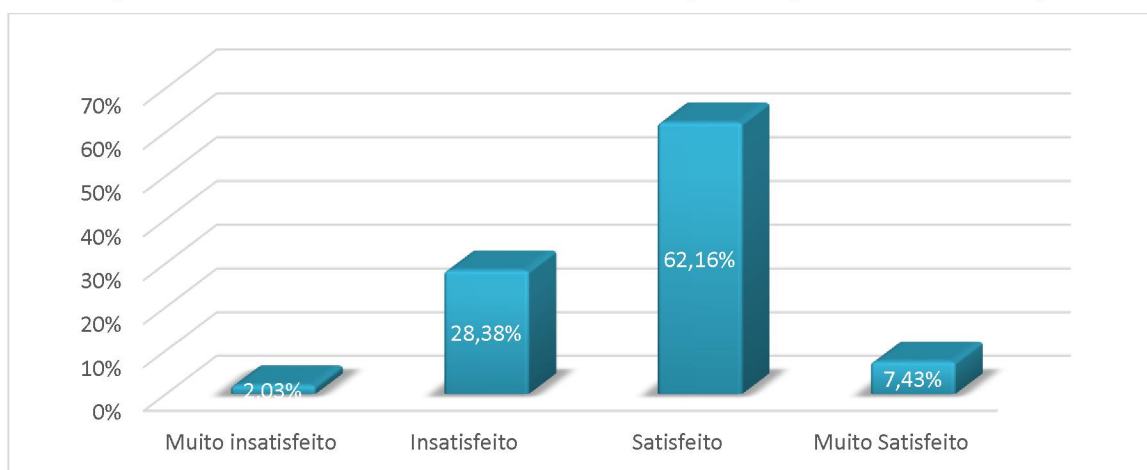
Figura 23 - Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados



Fonte: Elaboração Própria

Os resultados referidos no item anterior, não divergem da contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, com 12% de insatisfeitos, 68 satisfeitos e 20% muito satisfeitos.

Figura 24 - Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem

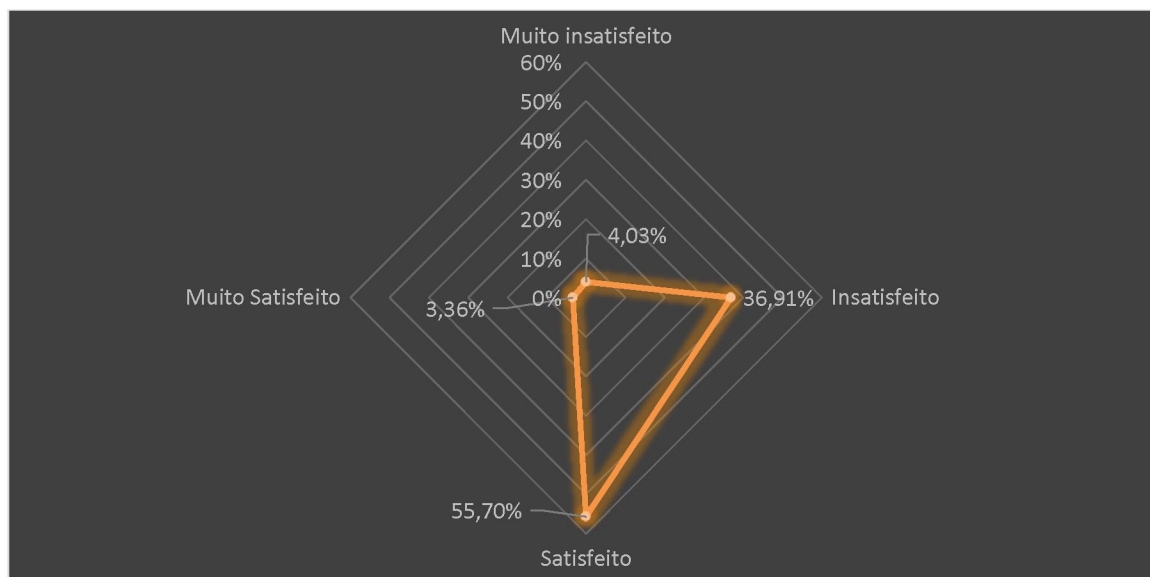


Fonte: Elaboração Própria

Do ponto de vista dos profissionais, a aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem é insatisfatório ou muito insatisfatório em 30% dos casos. 62% estão

satisfeitos e apenas 7% estão muito satisfeitos. Isto significa uma necessidade de fazer diminuir os tempos de espera definidos no processo de triagem.

Figura 25 - Conhecimentos dos utentes acerca da triagem



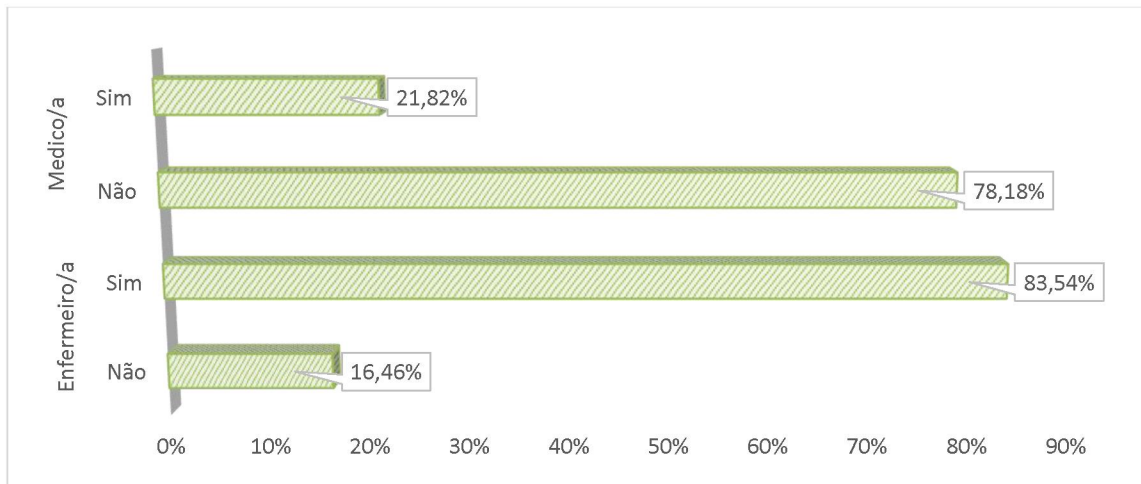
Fonte: Elaboração Própria

Segundo os inquiridos, os conhecimentos dos utentes acerca da triagem são claramente insuficientes, com 40% com uma opinião negativa acerca deste facto. Torna-se assim imprescindível uma maior (in)formação dos utentes neste sentido.

4.1.2. Análise Combinada

Neste ponto, são relacionados os distintos indicadores referidos anteriormente, na procura de tendências, e assim encontrar nichos pormenorizados de potencial melhoramento.

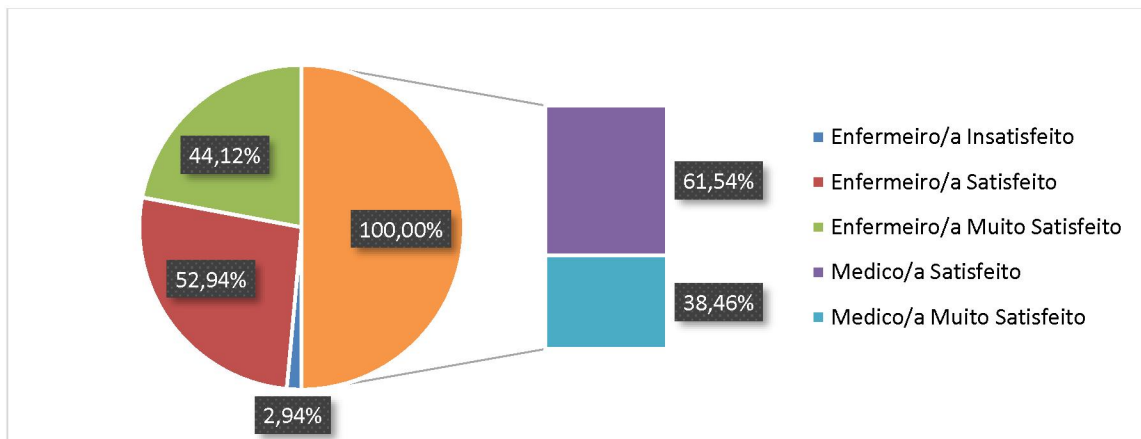
Figura 26 - Curso de Formação em Triagem



Fonte: Elaboração Própria

Após uma análise combinada, nota-se que são os enfermeiros os profissionais que mais formação receberam em triagem com 84% face a 22% dos médicos. Adicionalmente ainda existem 17 dos enfermeiros sem formação nesta área. Recomenda-se assim, uma aposta na formação dos profissionais, de forma a uniformizar os critérios do processo de triagem, e tornar o processo de serviço ao utente mais eficiente e eficaz.

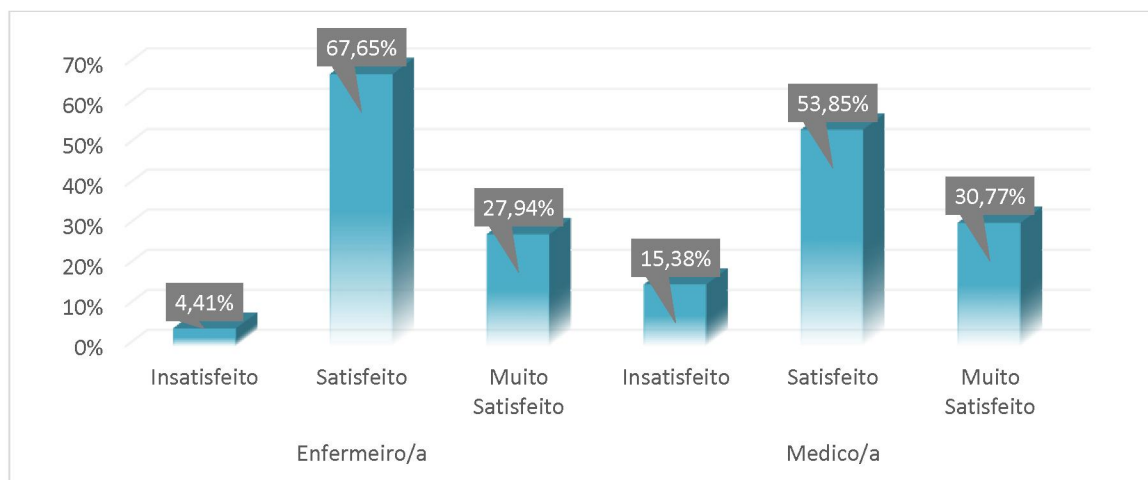
Figura 27 - Adequação da formação frequentada



Fonte: Elaboração Própria

Os médicos que receberam formação, geralmente apresentam-se satisfeitos com a formação. A mesma tendência acontece com os enfermeiros, em que apenas uma minoria destes últimos (3%), se mostraram insatisfeitos.

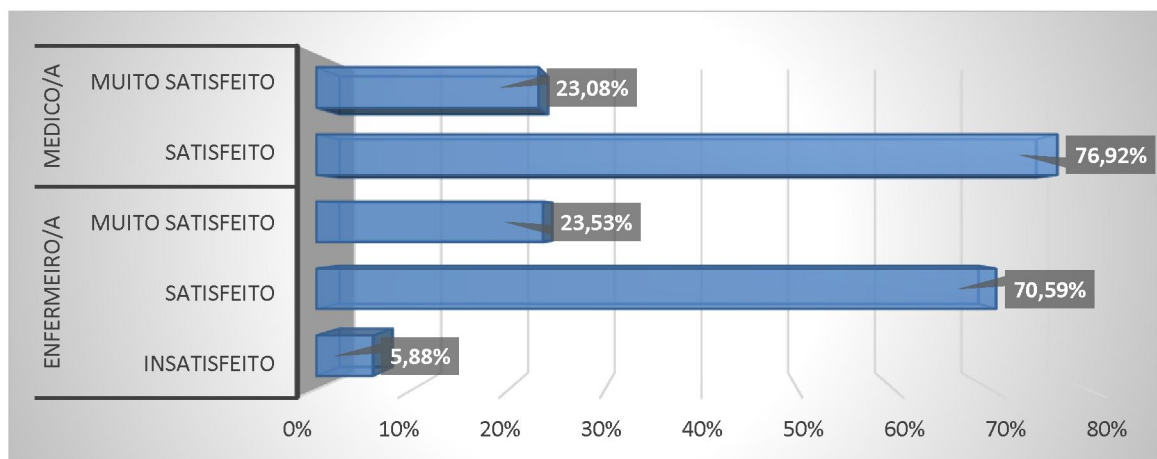
Figura 28 - Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica



Fonte: Elaboração Própria

Segundo 15% dos médicos e 4% dos enfermeiros, a segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica é insatisfatória. Existe uma satisfação elevada em 28% dos enfermeiros e 31% dos médicos.

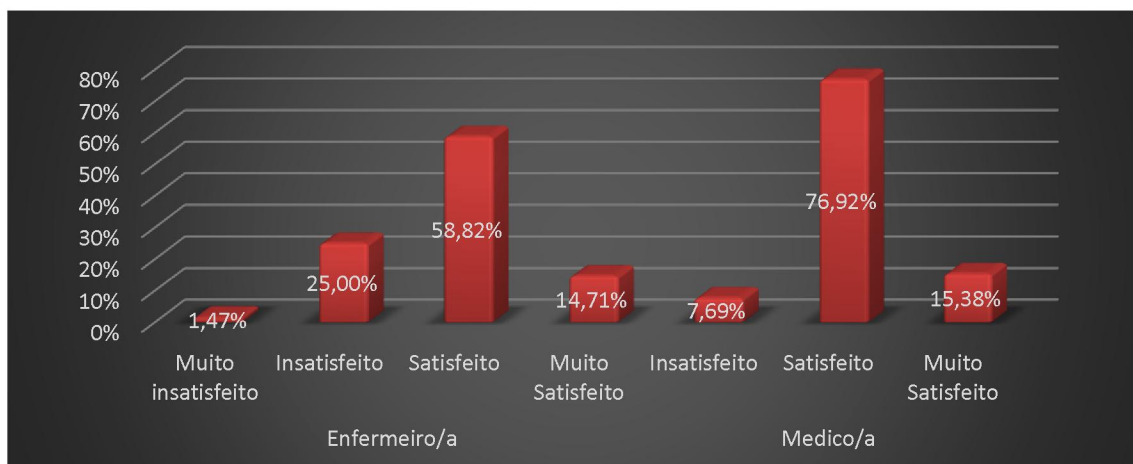
Figura 29 - Sequenciação do guião das entrevistas da triagem



Fonte: Elaboração Própria

A sequência do guião das entrevistas da triagem é mais satisfatória para os médicos do que para os enfermeiros. 6% deste últimos, mostram-se inclusivamente insatisfeitos.

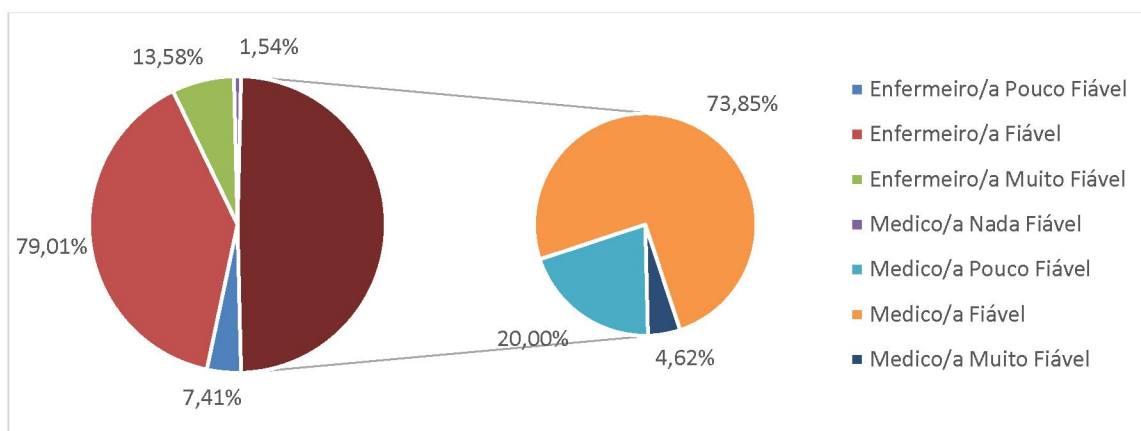
Figura 30 - Adequação do guião das entrevistas que torna possível a sua realização no tempo máximo de três minutos



Fonte: Elaboração Própria

Na adequação do guião das entrevistas que torna possível a sua realização no tempo máximo de três minutos, os médicos estão mais insatisfeitos que os enfermeiros, 26% face a 8% respetivamente. Tal como referido anteriormente, esta é uma área de melhoria.

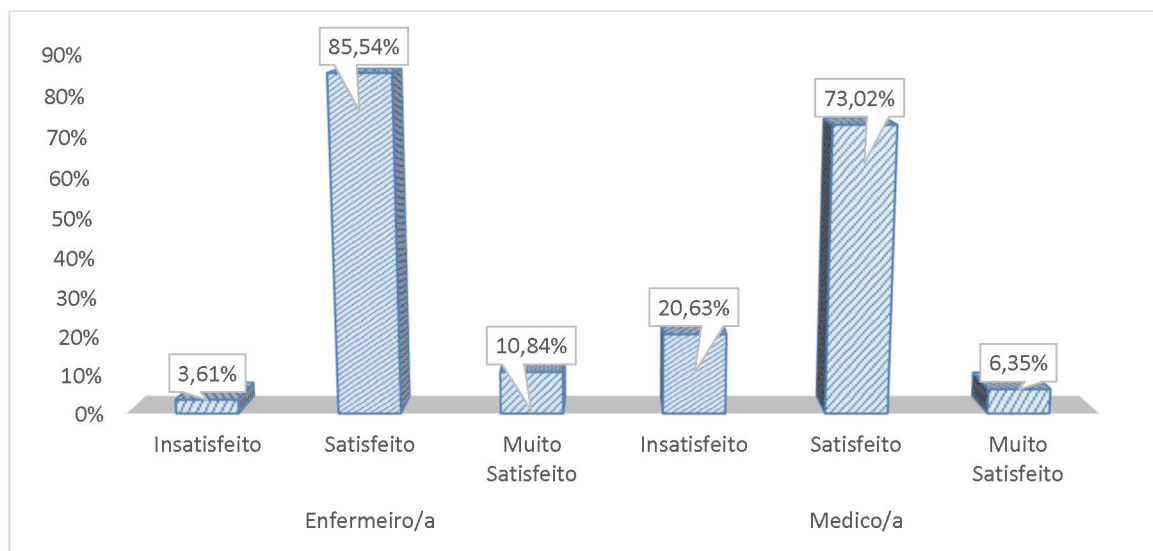
Figura 31 - Fiabilidade do processo de triagem



Fonte: Elaboração Própria

A fiabilidade do processo de triagem é considerada insuficiente por 20% dos médicos e por 7% dos enfermeiros.

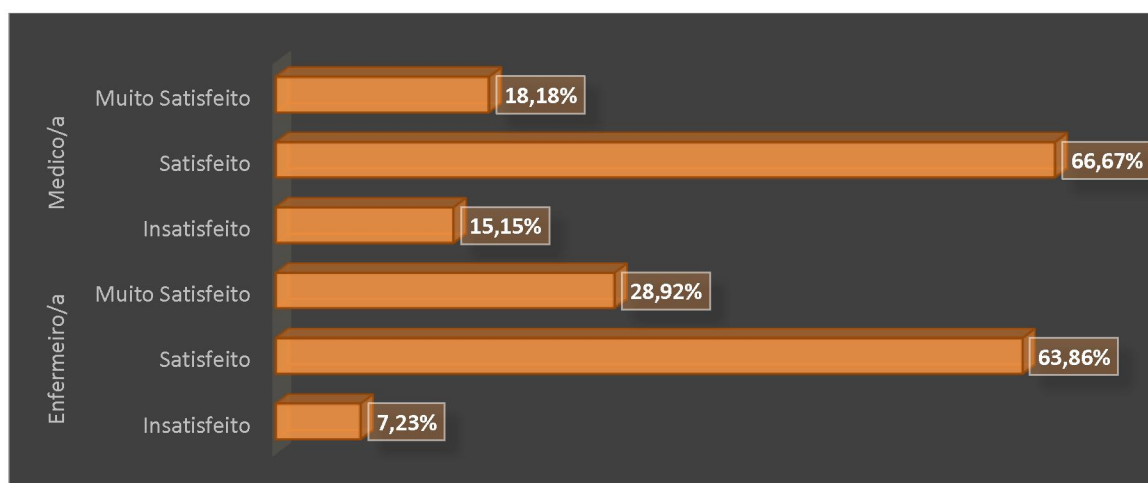
Figura 32 - Grau de Satisfação dos Profissionais, com o sistema de triagem, por Profissão



Fonte: Elaboração Própria

Grau de insatisfação dos médicos atinge 21% por 4% dos enfermeiros. As respostas “muito satisfeito” atingem apenas 11% nos enfermeiros e 6% dos médicos. Confirma-se assim a necessidade de revisão do processo de triagem.

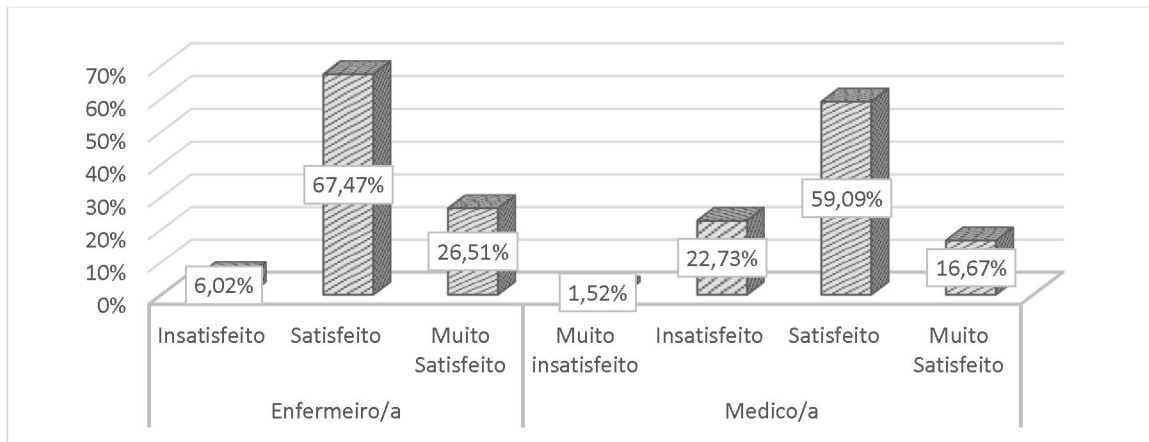
Figura 33 - Benefício para os utentes na visão do profissional



Fonte: Elaboração Própria

Segundo 15% dos médicos, o benefício para os utentes não é positivo, por apenas 7% dos enfermeiros. Estes últimos mostram-se mais satisfeitos com 30% dos inquiridos cuja resposta foi “muito satisfeito”.

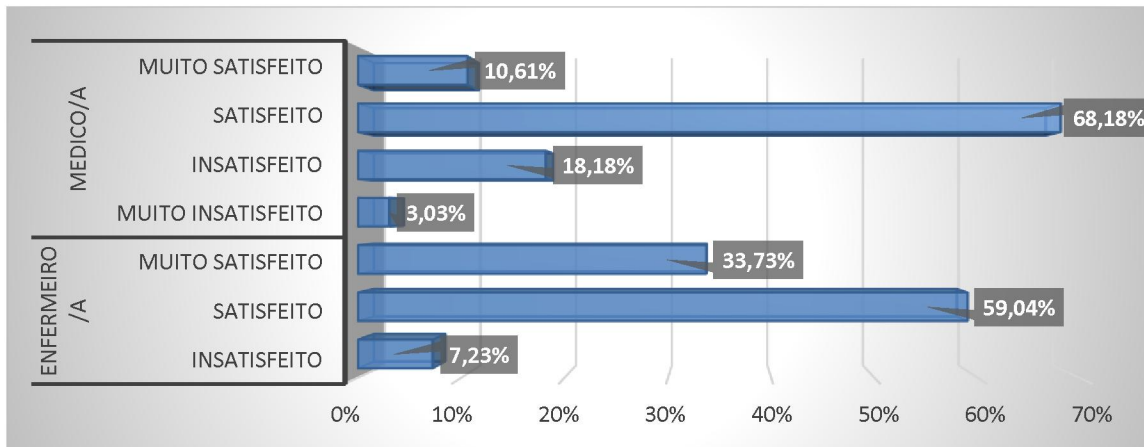
Figura 34 - Benefício para os profissionais



Fonte: Elaboração Própria

Na sequência de indicadores anteriores, 24% dos médicos mostram-se claramente insatisfeitos com o benefício para si, do sistema de triagem em vigor. Os enfermeiros surgem com um grau da satisfação maior, mas sem atingir índices de satisfação muito altos.

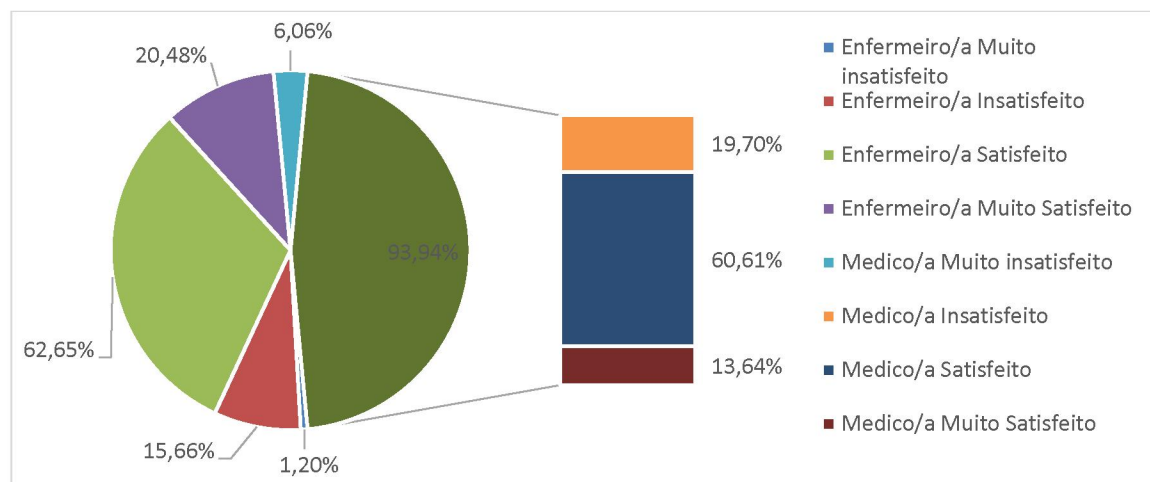
Figura 35 - Organização do trabalho do profissional



Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito à organização do trabalho do profissional, novamente são os médicos aqueles que mais insatisfeitos estão atingindo 21% destes profissionais. À semelhança do indicador anterior, os enfermeiros vêm mais virtudes no sistema de triagem atual.

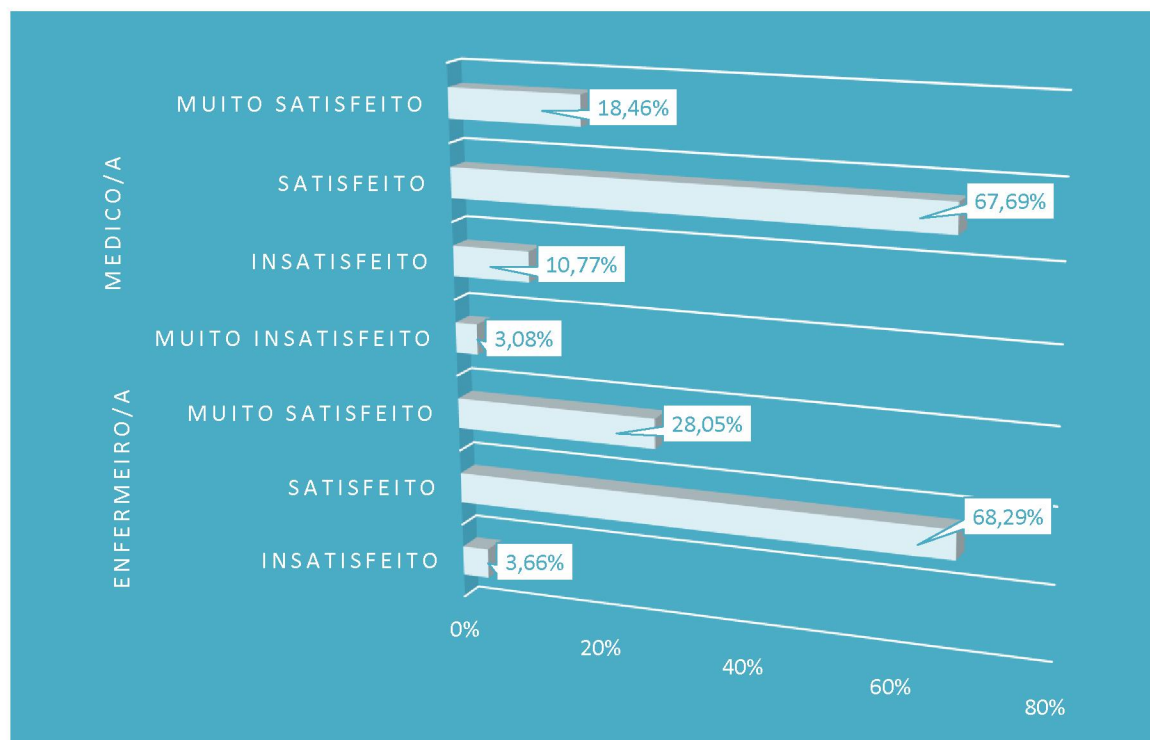
Figura 36 - Adaptação à realidade do Serviço de Urgência do Hospital



Fonte: Elaboração Própria

Na adaptação à realidade do Serviço de Urgência do Hospital, 18% dos enfermeiros têm uma opinião negativa acerca deste indicador, por 20% dos médicos. Taxas elevadas que refletem a já referida necessidade de revisão do processo.

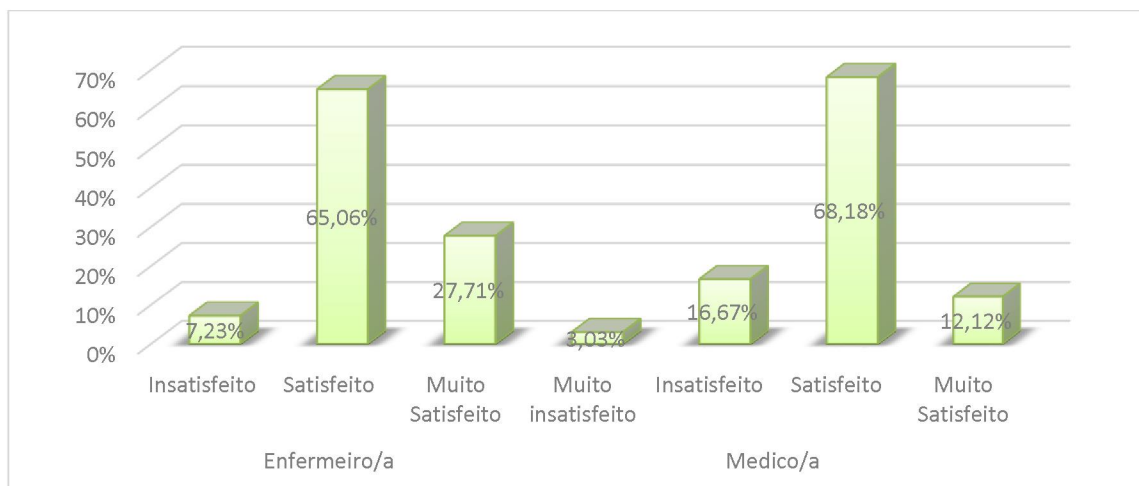
Figura 37 - Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço



Fonte: Elaboração Própria

A contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço revela-se insatisfatória para 14% dos médicos e 4% dos enfermeiros. Tendencialmente, em ambas as profissões a visão é positiva.

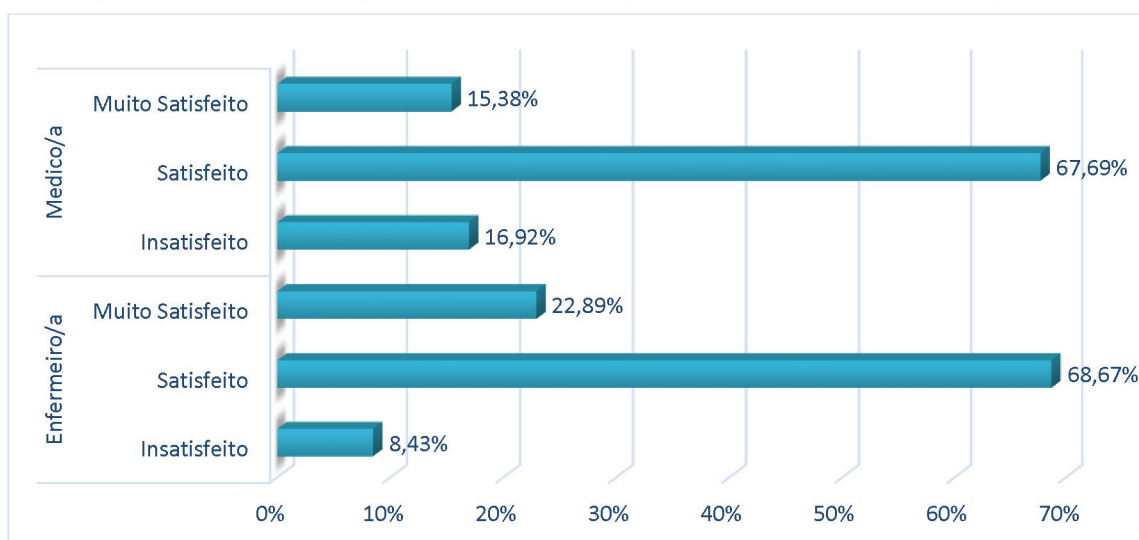
Figura 38 - Contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência



Fonte: Elaboração Própria

A contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência é negativa para 7% dos enfermeiros e 20% dos médicos, pelo que se verifica um ponto a melhorar no processo, uma vez que significa que uma parte considerável dos utentes não está a ser bem encaminhada.

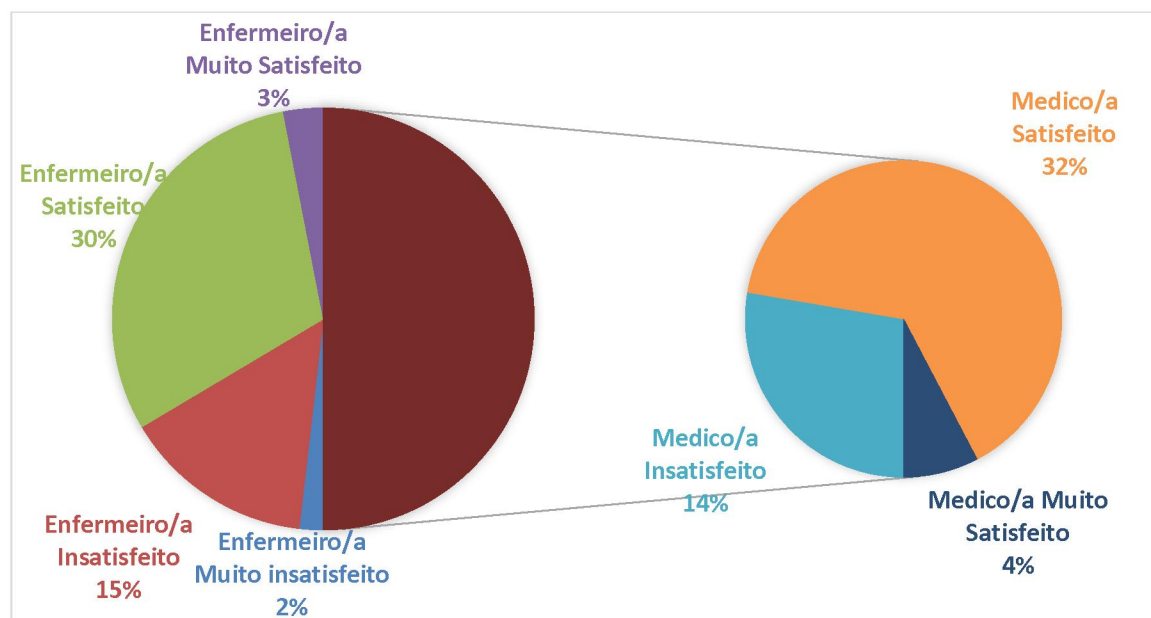
Figura 39 - Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados



Fonte: Elaboração Própria

A contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados é negativa para 17% dos enfermeiros e 8% dos médicos. As respostas “muito satisfeito” apenas são de 23% e 15% respetivamente.

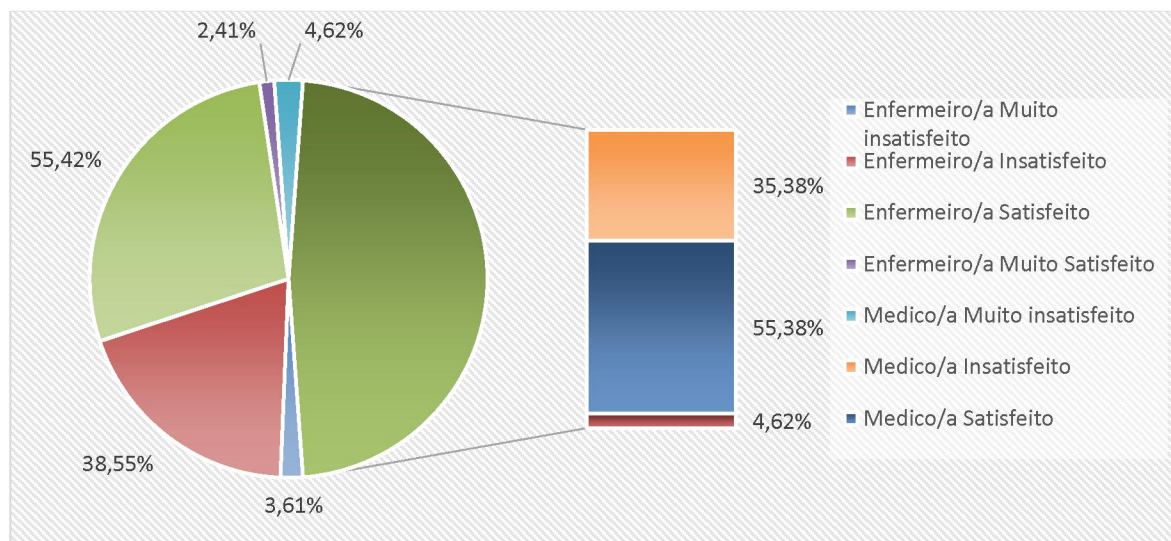
Figura 40 - Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem



Fonte: Elaboração Própria

A aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem, é negativa segundo 17% dos enfermeiros, e 14% dos médicos. Os níveis de muita satisfação são extremamente baixos com 2% e 4% respetivamente. Existe assim uma necessidade clara de melhorar os tempos de espera.

Figura 41 - Conhecimentos dos utentes acerca da triagem



Fonte: Elaboração Própria

Segundo os profissionais, existe uma lacuna evidente no que diz respeito acerca do conhecimento dos utentes acerca da triagem, em que 40% dos médicos e 42% dos enfermeiros revelam deficiências neste ponto. Torna-se assim fulcral uma maior informação transmitida ao utente, durante e antes de frequentar o Hospital, de forma a compreender melhor a realidade do processo de triagem.

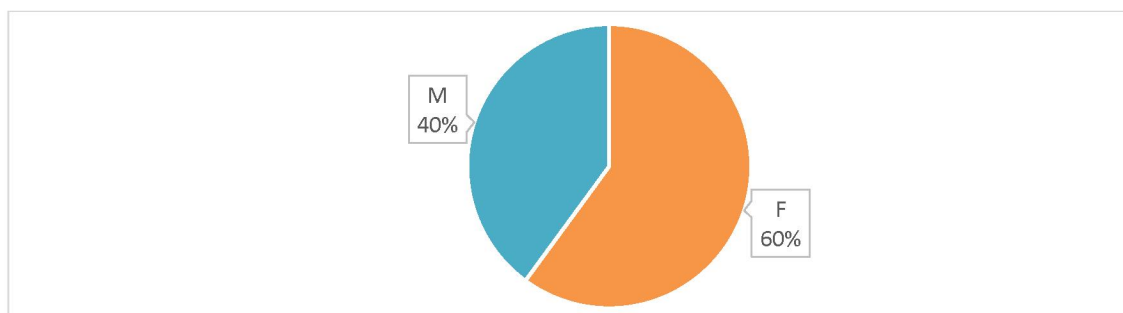
4.2. Utentes

Neste subcapítulo procede-se à análise de resultados do inquérito realizado aos utentes, num total de 151 respostas obtidas.

4.2.1. Análise Linear

De modo a caracterizar os inquiridos, recolheu-se primeiramente informação acerca das suas características, e posteriormente acerca do seu índice de satisfação com distintas variáveis.

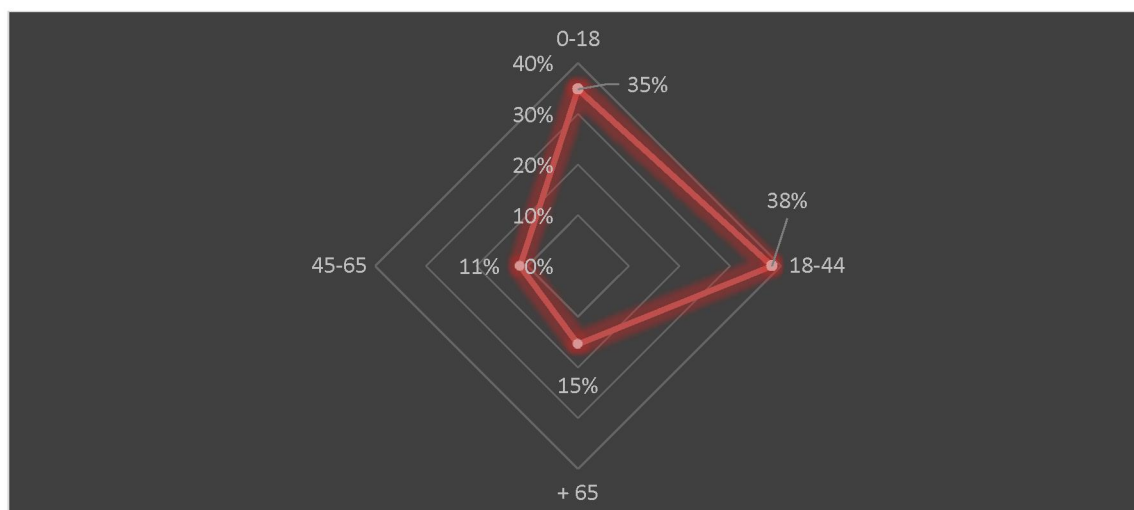
Figura 42 - % de utentes por género



Fonte: Elaboração Própria

Da amostra recolhida, 60% eram do género feminino e 40% do género masculino.

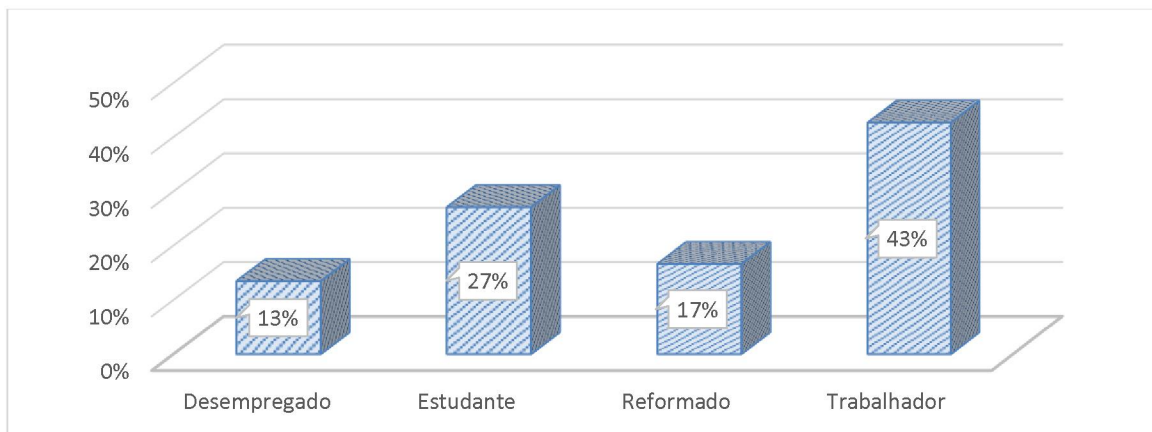
Figura 43 - % de utentes por faixa etária



Fonte: Elaboração Própria

A maior parte dos utentes inquiridos tinham entre 18 e 44 anos (38%) e 0 e 18 anos (35%). De realçar que no intervalo 0-18 incluem-se crianças, como utente, apesar de ter sido o acompanhante a responder ao questionário.

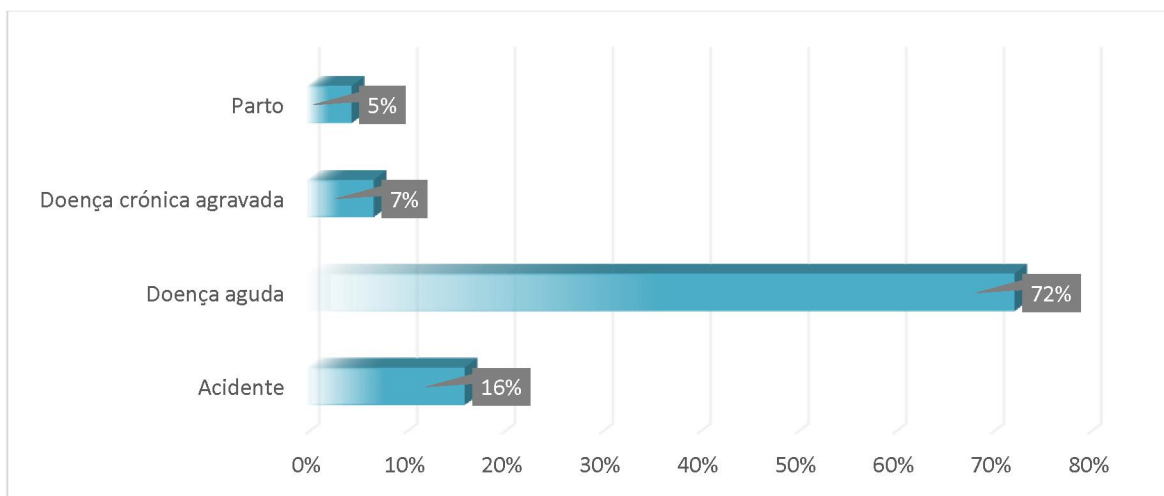
Figura 44 - % de utentes por situação profissional



Fonte: Elaboração Própria

A proporção mais significativa de utentes são trabalhadores, com 43%, face a 27% de estudantes e 17% de reformados. Os desempregados são aqueles que representam a menor fatia com 13%.

Figura 45 - % de utentes por motivo



Fonte: Elaboração Própria

O principal motivo que levou os utentes ao hospital foi uma dor aguda, com 72% dos casos. Com menor representatividade surgem os acidentes (16%), as doenças crónicas agravadas (7%) e os partos (5%).

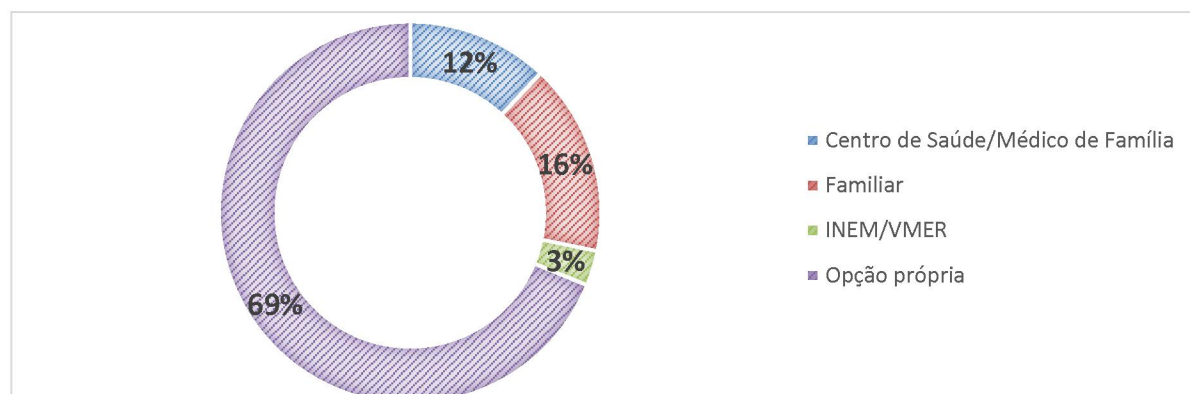
Tabela 6 - % de utentes por reincidência

1ª vez	Se não, quantas vezes	Se não, quantas vezes
Não		90%
	<5 vezes	75%
	5-10 vezes	18%
	>10 vezes	7%
Sim		10%
Total		100%

Fonte: Elaboração Própria

A tabela acima indica que apenas 10% recorreu ao hospital pela 1ª vez, face aos 90% que já são reincidentes. Destes, 75% compareceram menos de 5 vezes, 18% de 5 a 10 vezes e apenas 7% mais de 10 vezes.

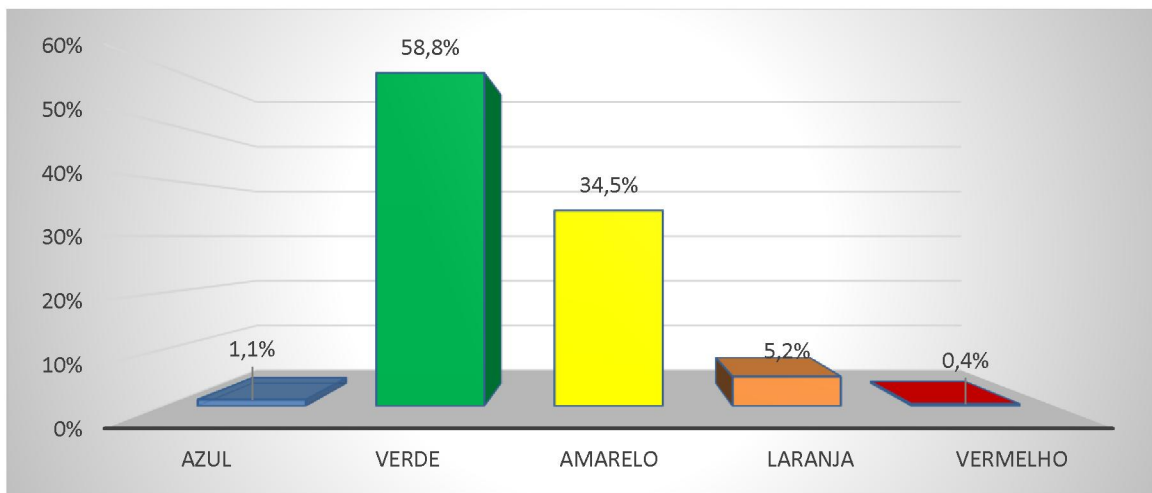
Figura 46 - % de utentes por quem aconselhou/recomendou



Fonte: Elaboração Própria

Dos inquiridos, 69% compareceu por opção própria, 16% por recomendação de um familiar, 12% por iniciativa do centro de saúde/médico de família, e apenas 3% pelo INEM/VMER.

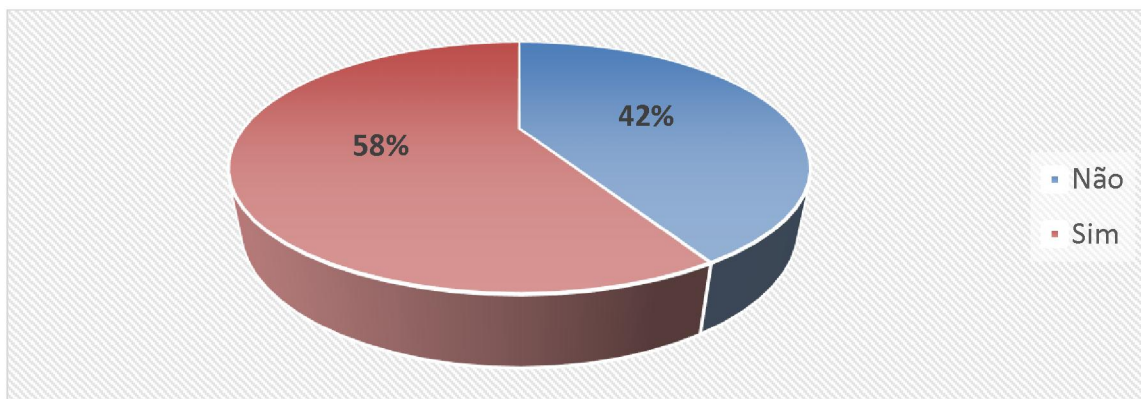
Figura 47 - % de utentes por prioridade



Fonte: Elaboração Própria

Dos inquiridos, 59% obtiveram prioridade verde, e 35% amarela. Os outros níveis de prioridade com exceção do laranja com 5%, praticamente não tiveram significância quantitativa nas respostas.

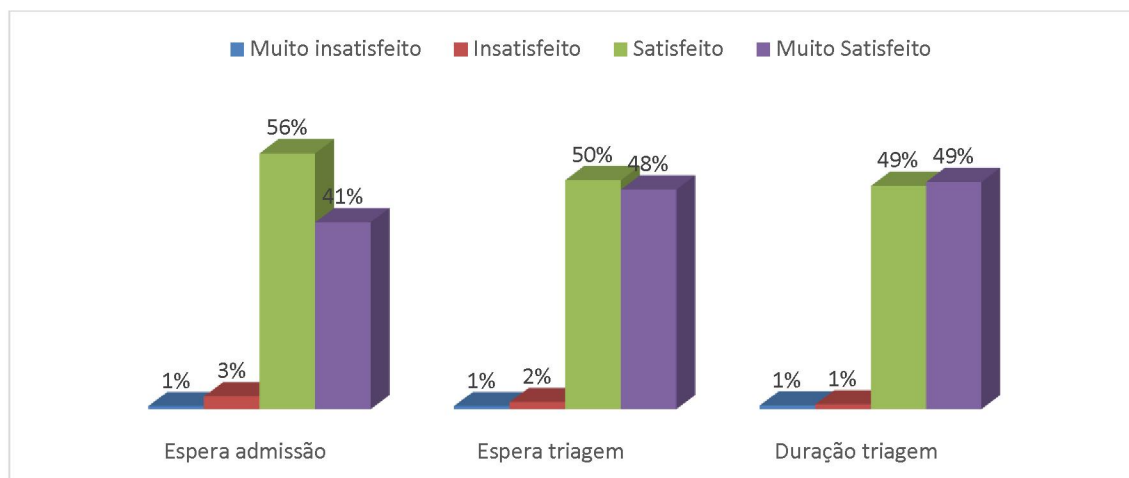
Figura 48 - % de utentes esclarecidos



Fonte: Elaboração Própria

Face às respostas dos utentes, verifica-se que apenas 58% estavam esclarecidos do processo de triagem, o que indica ainda algum desconhecimento deste processo. Tal preocupação, já referida também pelos profissionais, leva à também já indicada maior informação aos utentes do procedimento de triagem.

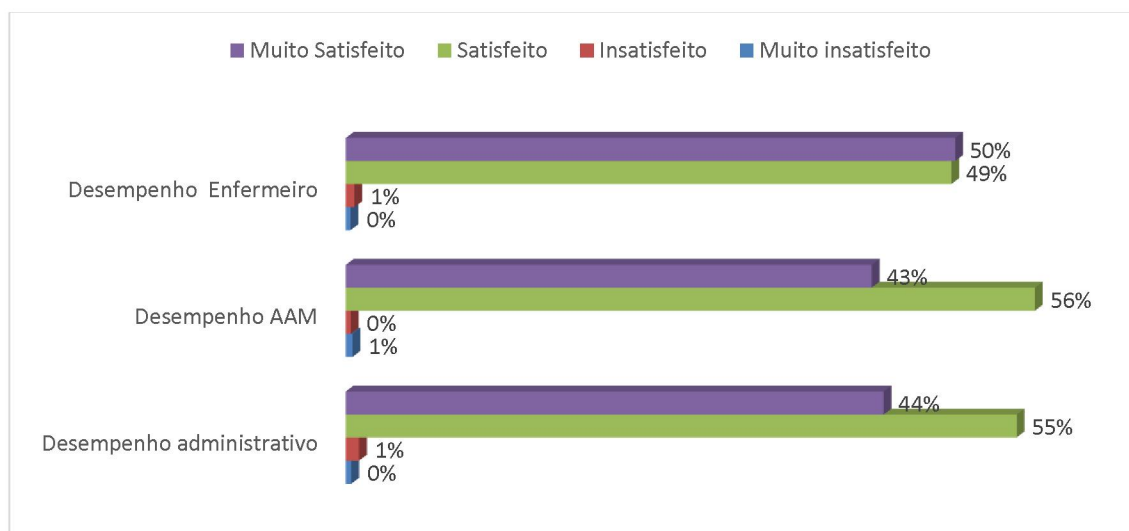
Figura 49 - Nível de satisfação com tempo de espera de admissão, espera pela triagem e duração da triagem



Fonte: Elaboração Própria

Segundo os utentes, o grau de insatisfação com o tempo de espera de admissão, espera pela triagem e duração da triagem é consideravelmente baixo, nunca superando os 4%. Ainda, os mesmos estão mais satisfeitos com a duração da triagem (49% muito satisfeito) do que com a espera na admissão (41% muito satisfeito).

Figura 50 - Nível de satisfação com desempenho dos profissionais

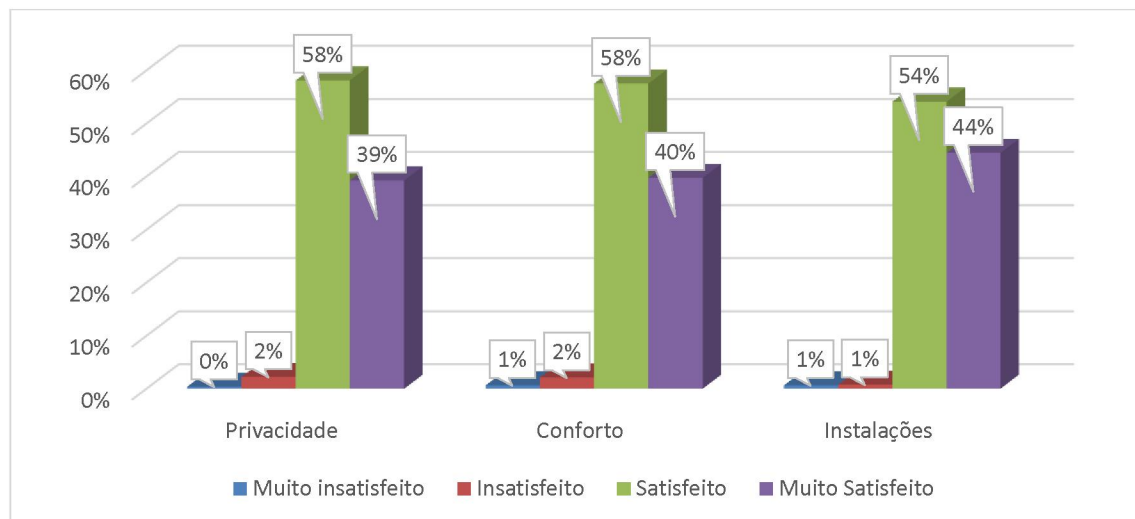


Fonte: Elaboração Própria

No que respeita ao desempenho dos profissionais, o grau de insatisfação é ainda menor que no ponto anterior, nunca superando 1%. Os utentes mostraram-se mais satisfeitos com

o desempenho do enfermeiro (50% muito satisfeito), do que com o AAM (43% muito satisfeito), ainda assim, com uma percentagem elevada.

Figura 51 - Nível de satisfação da privacidade, conforto e instalações



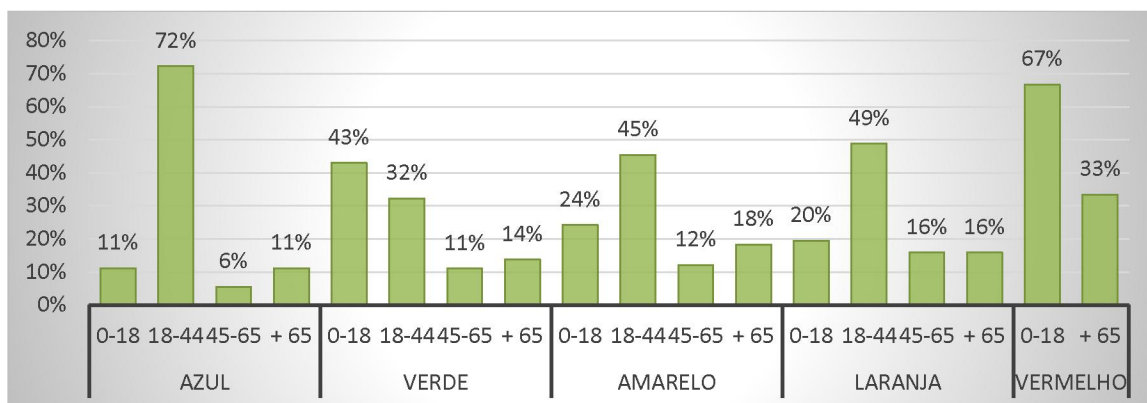
Fonte: Elaboração Própria

O nível de satisfação da privacidade, conforto e instalações foi muito semelhante na privacidade e no conforto, com um grau de muita satisfação de 39% e 40% respetivamente. As instalações foram as que obtiveram melhor classificação com 44% muito satisfeitos. O nível de insatisfação nunca superou os 3%.

4.2.2. Análise Combinada

Neste ponto, são relacionados os distintos indicadores referidos anteriormente, na procura de tendências, e assim encontrar nichos pormenorizados de potencial melhoramento.

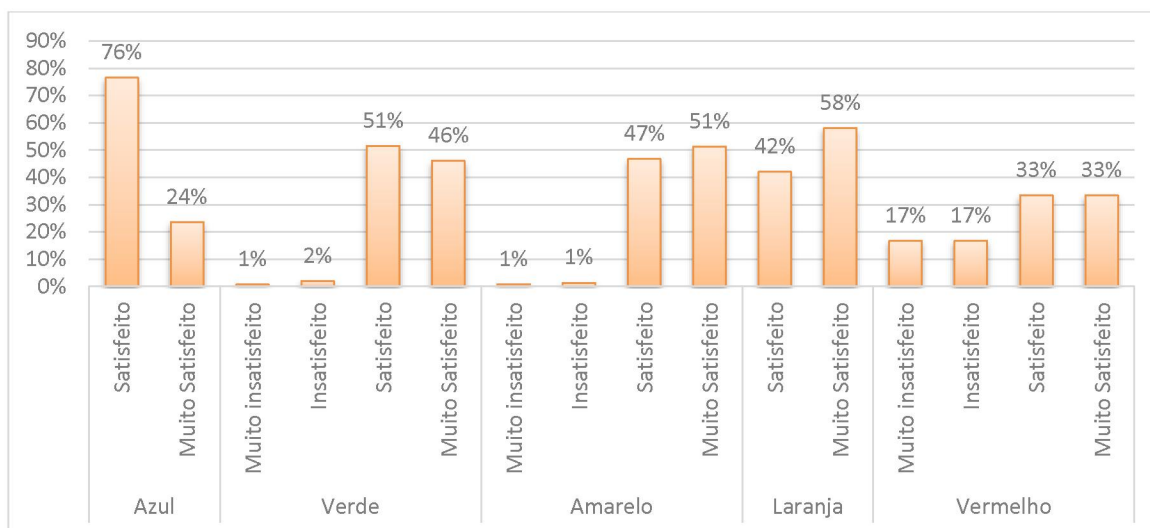
Figura 52 - Proporção da idade dos utentes em cada prioridade



Fonte: Elaboração Própria

Verifica-se que a prioridade azul foi distribuída essencialmente a pessoas entre os 18 e os 44 anos de idade (72%). No que respeita à prioridade verde, forma os utentes entre os 0 e 18 anos os que mais se destacam com 43%. Tanto na prioridade amarela como laranja, é na faixa etária dos 18 aos 44 a mais representativa com 45% e 49% respetivamente. A prioridade vermelha foi atribuída essencialmente a utentes até aos 18 anos.

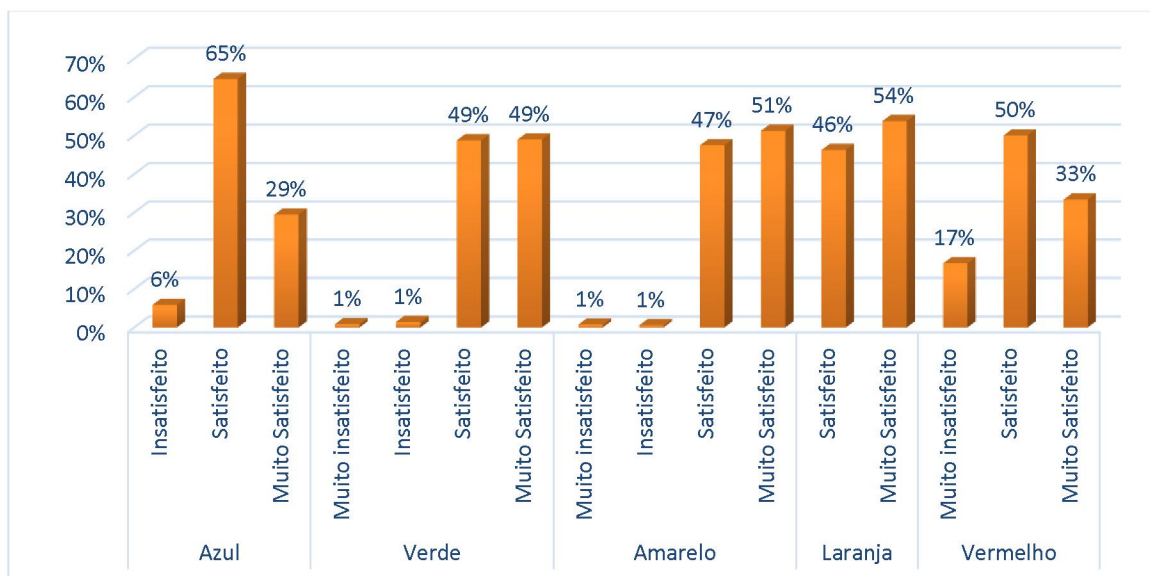
Figura 53 - Proporção do nível satisfação de espera pela triagem dos utentes, em cada prioridade



Fonte: Elaboração Própria

O nível de satisfação do tempo de espera, diverge conforme a prioridade atribuída aos utentes. A prioridade vermelha é aquela que gera mais insatisfação com 34% dos inquiridos. Em contraposição, a prioridade laranja é aquela que obtém maior satisfação com 58% muito satisfeitos.

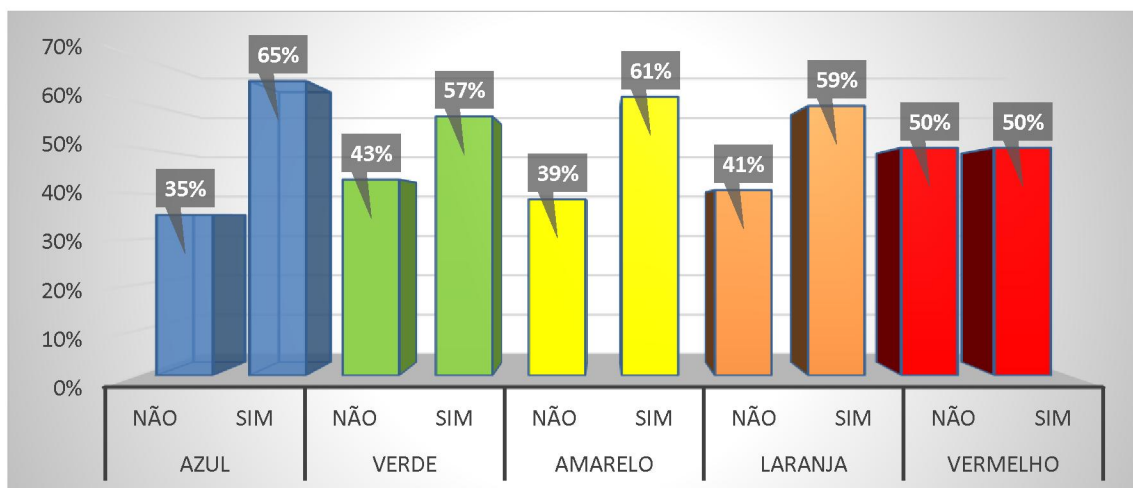
Figura 54 - Proporção do nível satisfação de duração da triagem dos utentes, em cada prioridade



Fonte: Elaboração Própria

No que respeita à duração da triagem dos utentes é a prioridade vermelha aquela que apresenta maior grau de insatisfação com 17% muito insatisfeitos, seguida da senha azul com 6% de insatisfeitos. Por outro lado, o maior índice de satisfação ocorre na prioridade laranja, com 54% muito satisfeito.

Figura 55 - Proporção de utentes esclarecidos, em cada prioridade

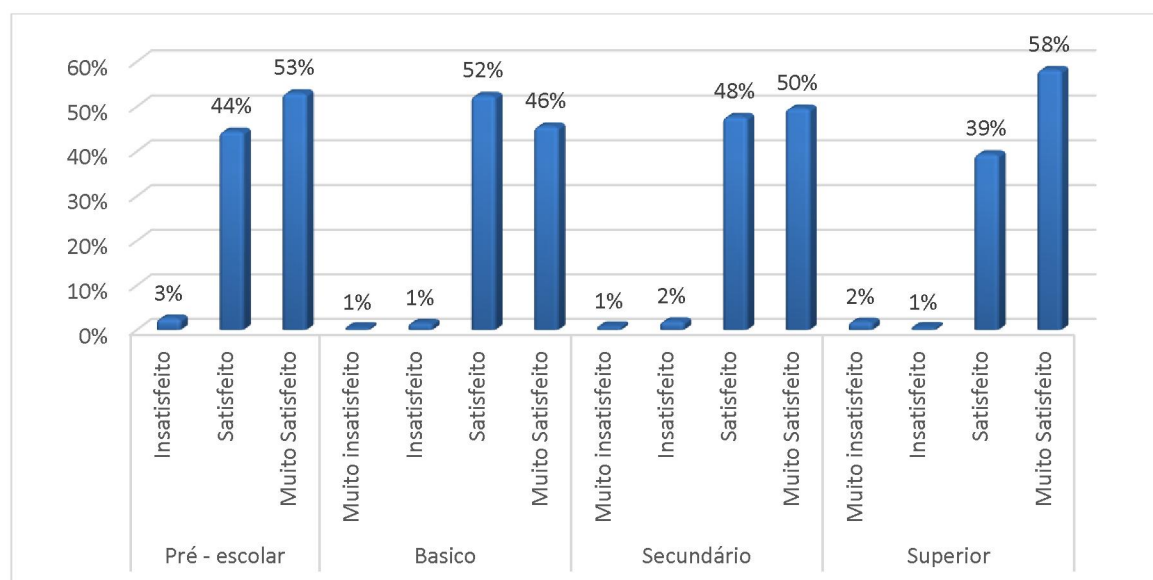


Fonte: Elaboração Própria

Perante a análise de proporção de utentes esclarecidos, em cada prioridade, nota-se que é a senha vermelha aquela que suscita as duvidas nos utentes com 50% deste tipo de prioridade. Os mais esclarecidos são os utentes com prioridade azul, com 65%. No entanto, identifica-

se uma ligeira tendência para que quase metade dos utentes (entre 40% e 45%) não está esclarecido do sistema de triagem, o que obriga a um esforço adicional na informação aos utentes do processo de triagem.

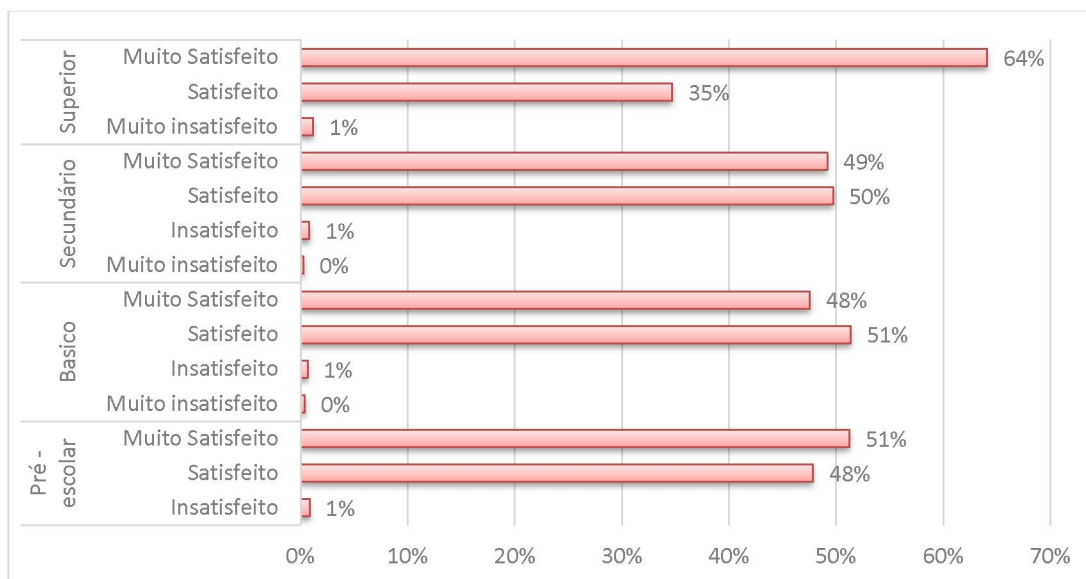
Figura 56 - Proporção do nível satisfação de espera pela triagem dos utentes, por nível de escolaridade



Fonte: Elaboração Própria

Verifica-se que são os utentes com nível de escolaridade superior, aqueles que têm um maior índice de satisfação de espera pela triagem, com 58% muitos satisfeitos, face a aos do ensino básico, com 46% muito satisfeitos. Em todos os níveis de escolaridade, o grau de insatisfeitos atinge 3%.

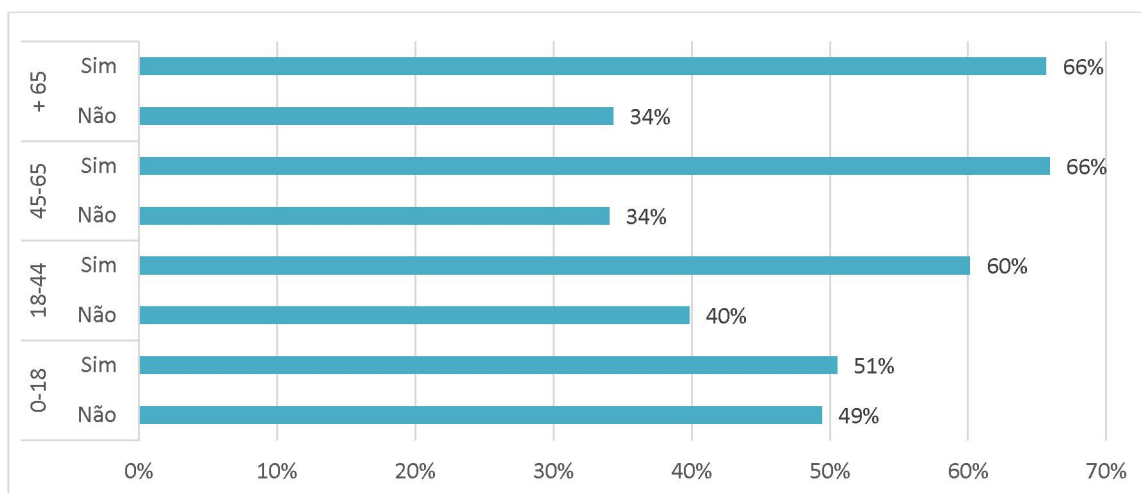
Figura 57 - Proporção do nível satisfação do desempenho do enfermeiro, por nível de escolaridade



Fonte: Elaboração Própria

Quanto ao nível de satisfação do desempenho do enfermeiro, novamente são os utentes do ensino superior os que se apresentam como muito satisfeitos com algum destaque (64%), face aos 48% do ensino básico.

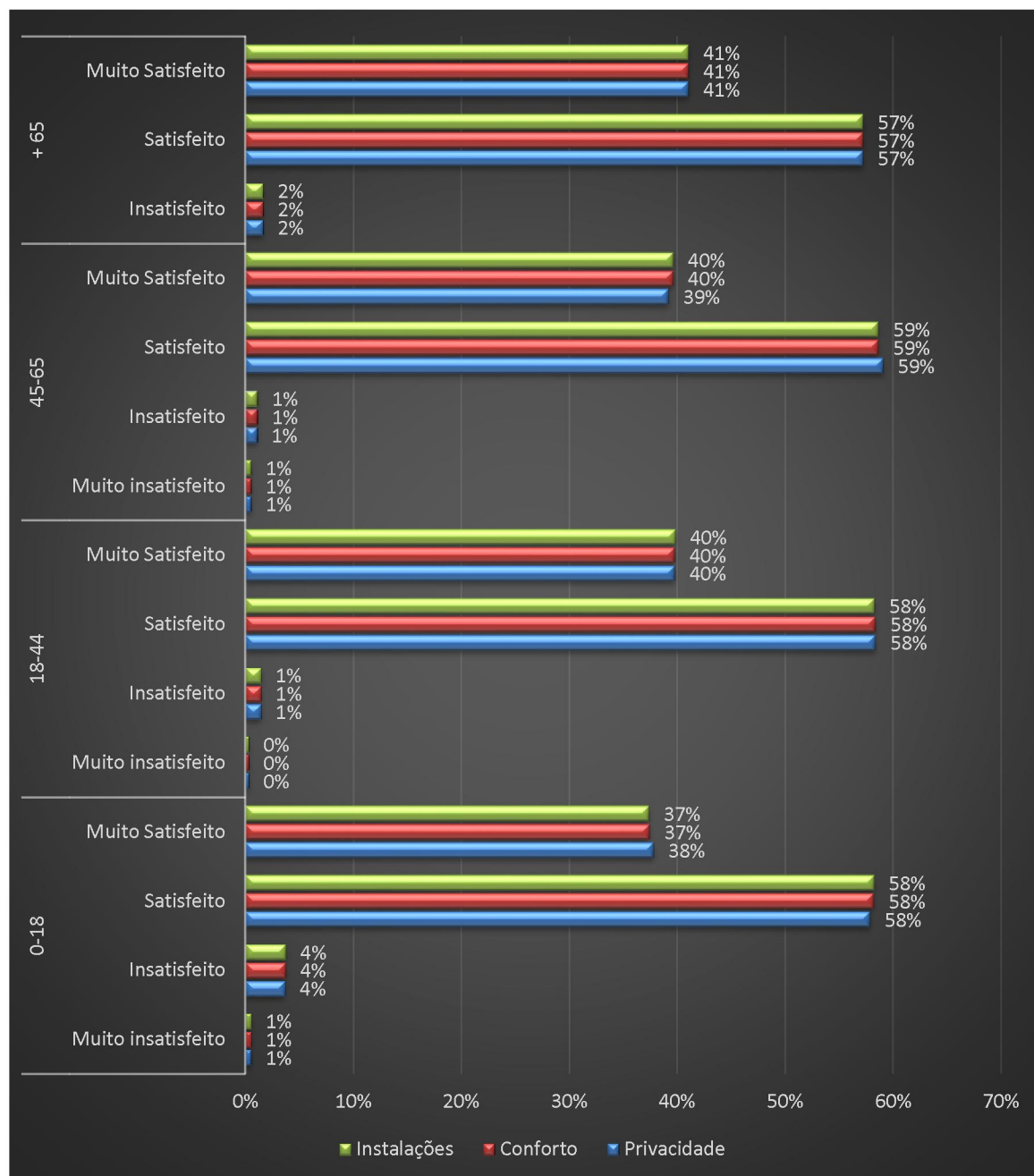
Figura 58 - % de utentes esclarecidos, por faixa etária



Fonte: Elaboração Própria

Atendendo à análise combinada dos utentes esclarecidos por faixa etária, verifica-se que são os utentes de maior idade, aqueles que se apresentam mais esclarecidos do processo de triagem. Nos utentes até aos 18 anos, praticamente metade não está esclarecido deste processo.

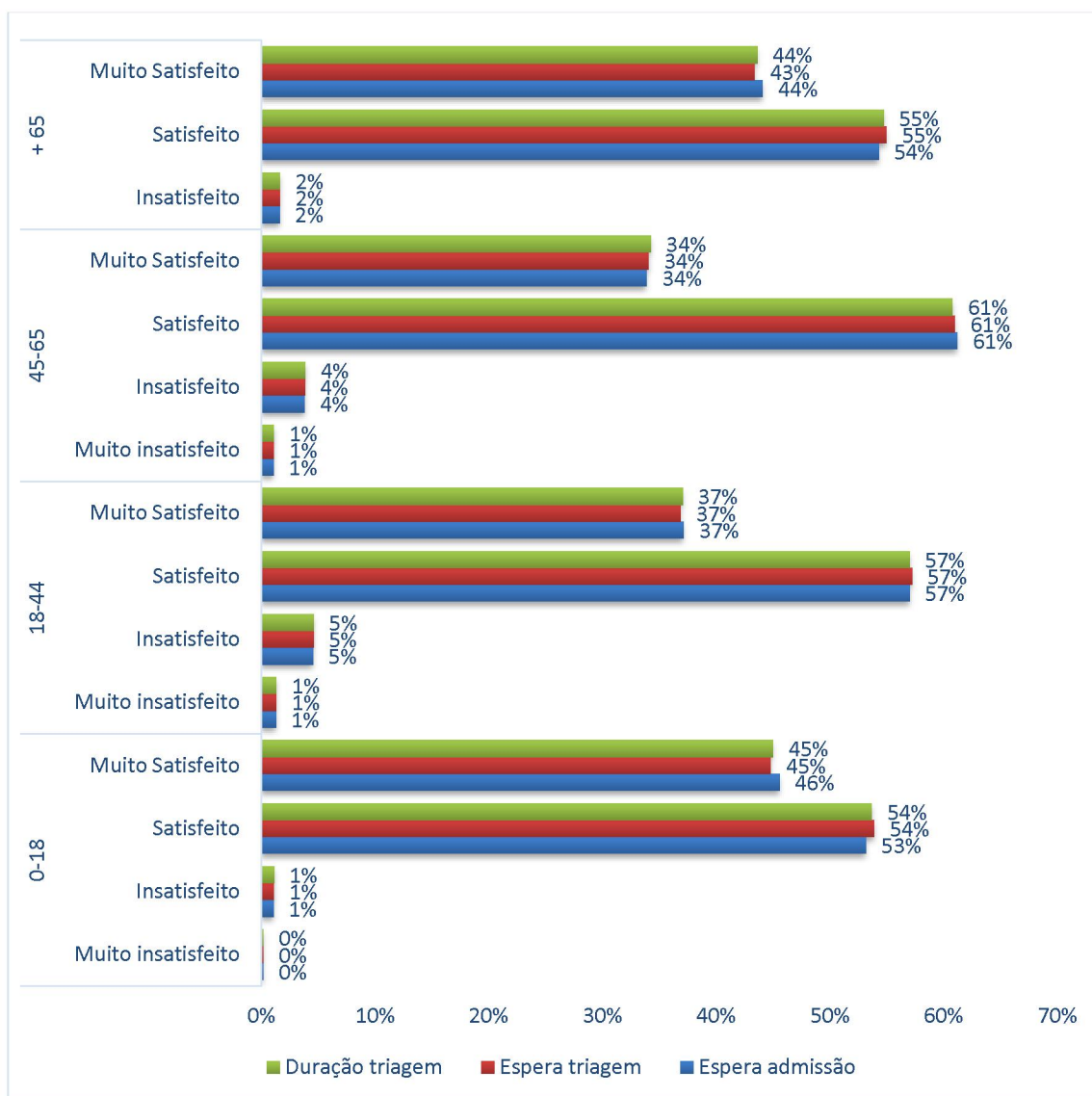
Figura 59 - Proporção do nível de satisfação de Privacidade, conforto e instalações, por faixa etária



Fonte: Elaboração Própria

As respostas do nível de satisfação de Privacidade, conforto e instalações foram muito homogêneas nos 3 indicadores. O conjunto de muito satisfeitos, em todas as faixas etárias variou entre 37% e 41%. Enquanto aos insatisfeitos são os mais jovens atingindo 5%.

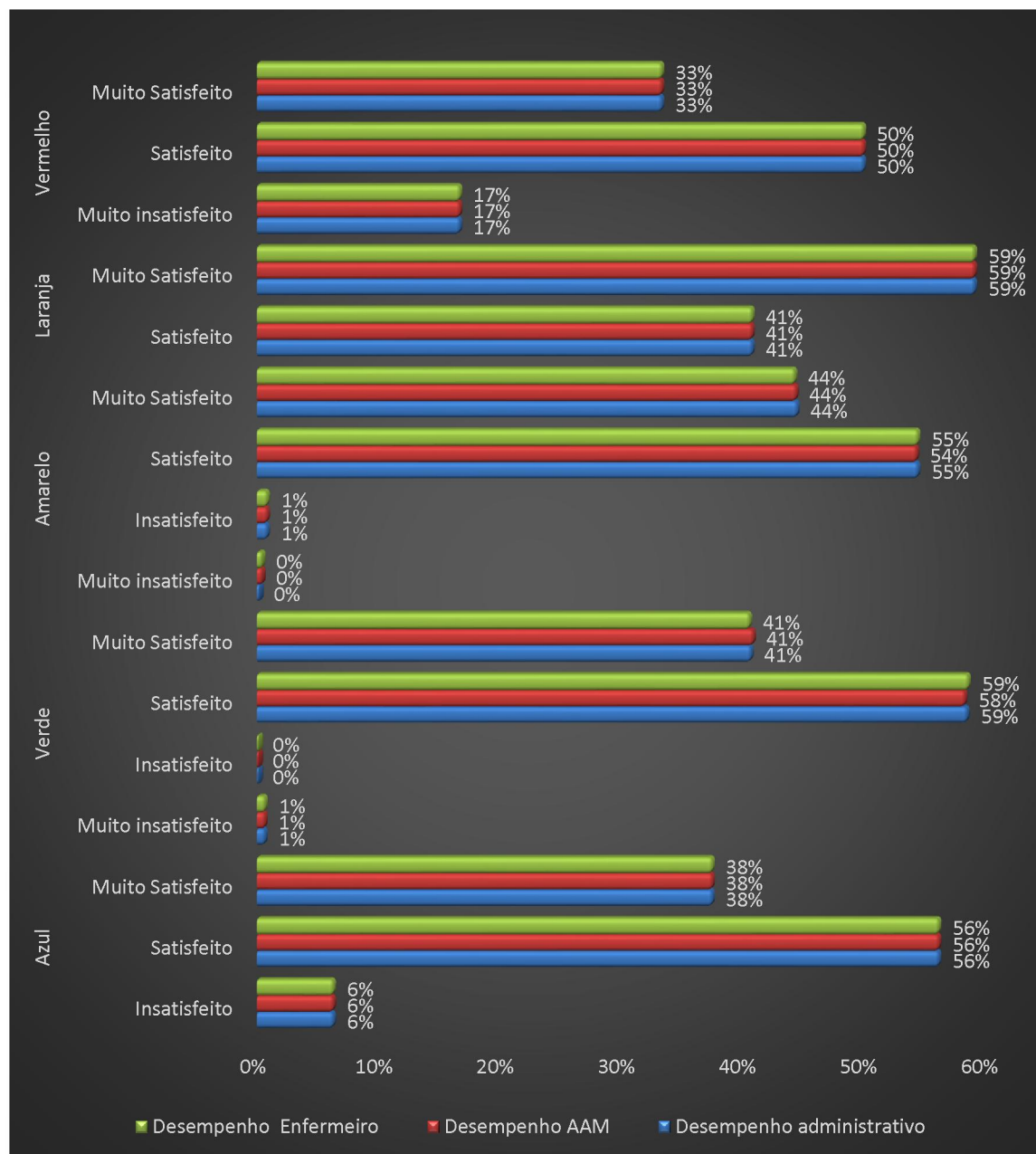
Figura 60 - Proporção do nível de satisfação de espera de admissão, de triagem e duração de triagem, por faixa etária



Fonte: Elaboração Própria

No nível de satisfação de espera de admissão, de triagem e duração de triagem, foram os mais jovens (0-18 anos) e os mais idosos (+65 anos) os que maior índice de satisfação reportaram, com 45/46% e 43/44% respetivamente, para os 3 indicadores. Este mesmo grau de satisfação (muito satisfeito) decresce até 37% na faixa 18-44 e 34% na faixa 45-65. Os mais insatisfeitos são os utentes compreendidos entre os 18 e os 44 anos (6%).

Figura 61 - Proporção do nível de satisfação do desempenho administrativo, do AAM e do enfermeiro, por prioridade



Fonte: Elaboração Própria

No que respeita ao nível de satisfação do desempenho administrativo, do AAM e do enfermeiro, foi a prioridade vermelha a que representou o maior grau de insatisfação com 17%, seguida da cor azul com 6%. Por outro lado foram os utentes com prioridade laranja

os que se apresentaram mais satisfeitos com 59% (muito satisfeitos), seguida da prioridade amarela (44%).

Conclusão

A triagem é uma fração fundamental da gestão do risco clínico, quando a carga assistencial supera a disponibilidade dos serviços. O Protocolo da Triagem de Manchester proporciona um sistema verificável que se pode ensinar, de como atribuir a prioridade clínica em contextos de urgência. Não é criado para julgar se os doentes estão, apropriadamente, no local de atendimento adequado, mas para certificar que os que precisam de cuidados urgentes e emergentes os recebem, de forma adequada e rápida. Pode ser utilizado para monitorizar cuidados e para identificar prioridades clínicas – que é determinado por prestações locais e disponibilidade real.

Verifica-se que apenas 58% teve um curso de triagem, um valor claramente insuficiente para uma uniformização de critérios e procedimentos de triagem, encaminhamento e tratamento mais eficaz. Sugere-se assim um esforço na formação de todos os profissionais envolvidos no tratamento urgente de utentes, criando condições para uma maior eficácia e eficiência em todo o processo.

Nota-se que 54% dos formandos ficaram satisfeitos com a formação. Aproximadamente 2.5% consideraram insatisfeitos, essa mesma formação. Cerca de 43% dos profissionais ficaram muito satisfeitos com a formação. Face a estes resultados apresenta-se uma oportunidade de melhoria no conteúdo das formações, adaptando-as e indo mais ao encontro das necessidades dos profissionais.

Na comparação entre a componente teórica e a própria aplicação da triagem em si, 6% dos profissionais mostram-se insatisfeitos, e apenas 28% muito satisfeitos, pelo que poderia ser uma área de estudo, o formato de implementação do sistema de triagem, segundo os pressupostos teóricos.

Atendendo às respostas obtidas, nota-se que o guião das entrevistas do inquérito é muito satisfatório em apenas 23% para os profissionais, existindo ainda 5% de insatisfeitos. Sugere-se assim uma possível revisão do guião, envolvendo os profissionais na sua elaboração.

No que respeita à adequação do guião das entrevistas que torna possível a sua realização no tempo máximo de três minutos, 23% tiveram uma opinião negativa, enquanto que

apenas 15% se revelou muito satisfeito. Como referido anteriormente, surge assim a necessidade de realizar uma revisão do guião, de forma a que seja exequível um tempo de resposta inferior a 3 minutos.

Como todos os processos, é necessário adaptar a teoria à realidade concreta da instituição e dos serviços em causa, assim, 20% dos profissionais demonstraram a sua insatisfação com essa adaptação do modelo à realidade do Serviço de Urgência do Hospital. Apenas 18% estavam muito satisfeitos. Surge assim a necessidade de um esforço na adaptabilidade do modelo à realidade concreta deste Hospital.

Do ponto de vista dos profissionais, a aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem é insatisfatório ou muito insatisfatório em 30% dos casos e apenas 7% estão muito satisfeitos. Isto significa uma necessidade de fazer diminuir os tempos de espera definidos no processo de triagem.

Segundo os inquiridos, os conhecimentos dos utentes acerca da triagem são claramente insuficientes, com 40% com uma opinião negativa acerca deste facto. Torna-se assim imprescindível uma maior (in)formação dos utentes neste sentido.

Após uma análise combinada, nota-se que são os enfermeiros os profissionais que mais formação receberam em triagem com 84% face a 22% dos médicos. Adicionalmente ainda existem 17 dos enfermeiros sem formação nesta área. Recomenda-se assim, uma aposta na formação dos profissionais, de forma a uniformizar os critérios do processo de triagem, e tornar o processo de serviço ao utente mais eficiente e eficaz.

A contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência é negativa para 7% dos enfermeiros e 20% dos médicos, pelo que se verifica um ponto a melhorar no processo, uma vez que significa que uma parte considerável dos utentes não está a ser bem encaminhada.

A aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem, é negativa segundo 17% dos enfermeiros, e 14% dos médicos. Os níveis de muita satisfação são extremamente baixos com 2% e 4% respetivamente. Existe assim uma necessidade clara de melhorar os tempos de espera.

Segundo os profissionais, existe uma lacuna evidente no que diz respeito acerca do conhecimento dos utentes acerca da triagem, em que 40% dos médicos e 42% dos enfermeiros revelam deficiências neste ponto. Torna-se assim fulcral uma maior informação transmitida ao utente, durante e antes de frequentar o Hospital, de forma a compreender melhor a realidade do processo de triagem.

Face às respostas dos utentes, verifica-se que apenas 58% estavam esclarecidos do processo de triagem, o que indica ainda algum desconhecimento deste processo. Tal preocupação, já referida também pelos profissionais, leva à também já indicada maior informação aos utentes do procedimento de triagem.

Perante a análise de proporção de utentes esclarecidos, em cada prioridade, nota-se que é a senha vermelha aquela que suscita as dúvidas nos utentes com 50% deste tipo de prioridade. Os mais esclarecidos são os utentes com prioridade azul, com 65%. No entanto, identifica-se uma ligeira tendência para que quase metade dos utentes (entre 40% e 45%) não está esclarecido do sistema de triagem, o que obriga a um esforço adicional na informação aos utentes do processo de triagem.

Atendendo à análise combinada dos utentes esclarecidos por faixa etária, verifica-se que são os utentes de maior idade, aqueles que se apresentam mais esclarecidos do processo de triagem. Nos utentes até aos 18 anos, praticamente metade não está esclarecido deste processo.

Face aos resultados obtidos verifica-se um nível de insatisfação maior nos profissionais do que nos utentes. Existem fatores que podem explicar esta perceção, como por exemplo o maior conhecimento dos profissionais dos distintos sistemas de triagem, e claro, no Sistema de triagem de Manchester, fazendo com que se precatem das carências atuais e das áreas de melhoria.

Espectativas/Resultados Esperados

O Sistema de Triagem de Manchester encontra-se hoje como uma ferramenta indispensável para o planeamento e gestão dos Serviços de Urgência em Portugal.

É de esperar que o Sistema de Triagem de Manchester tenha dado contributos positivos no âmbito do Serviço de Urgência para onde ele foi desenhado, principalmente no Serviço

de Urgência Geral (SUG), quanto ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), visto a utilização de uma escala de dor apropriada para crianças e adolescentes, espera-se também que tenha dado bons contributos neste sector, quanto ao Serviço de Urgência Obstetrícia Ginecológica (SUOG), o STM está implementado, mas atualmente ainda não dispõe de um fluxograma específico para Obstetrícia Ginecológica, irá encontrar-se "fluxogramas experimentais", que provavelmente irão servir como objeto de estudo para uma eventual criação de fluxogramas específicos para esta área.

Avanços em Conhecimento e Compreensão

A segurança e utilidade do Sistema de Triagem de Manchester tem sido verificada pela melhoria contínua do Sistema, isto devido a muitas mudanças no conhecimento científico e na reestruturação funcional, assim como nas tecnologias de informação dos Serviços de Urgência.

As motivações transcendem o objetivo para o qual este Sistema foi desenvolvido, sendo elas a estratificação de risco dos Utentes que recorrem à Urgência. E na mais recente edição considerou-se o avanço do conhecimento e valorizou-se o consenso internacional e as contribuições de muitos profissionais.

Valor Acrescentado

Espera-se que numa nova edição se cumpram todas as novas expectativas e que este projeto continue a dar contribuições crescentes ao Sistema de Saúde. O conceito de triagem (que determina a necessidade clínica como um método de gerir o risco clínico) é igualmente aplicável noutros contextos. Nalguns destes (por exemplo médico, cirúrgico ou unidades de avaliação pediátrica) o sistema pode ser implementado exatamente da mesma forma como no Serviço de Urgência. Noutros contextos (por exemplo unidades de cuidados primários), muitos contactos podem ser feitos por telefone.

Uma modificação do Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) pode ser usada para esse fim. A informação obtida durante o processo de triagem pode também ser usada de outras formas para melhorar os cuidados do doente. É importante, por exemplo, que os profissionais de saúde reconheçam qualquer agravamento no estado dos doentes o mais cedo possível. A valorização de sinais e sintomas podem ser aplicados em muitos contextos para formalizar esta função.

Bibliografia

- Baranano, A. (2008). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão - Manual de Apoio à realização de trabalhos de investigação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Bell, J. (2002). *Como Realizar um Projeto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.
- BPI Equity Research. (2014). *Espírito Santo Saúde*. Porto: BPI Equity Research.
- Christ, M. (2009). *Modern Triage in the Emergency Department*. . DeutschesArzteblatt International DtschArzblint.
- Diogo, C. (2009). *Impacto da Relação Cidadão – Sistema da Triagem de Manchester na Requalificação das Urgências do SNS*.
- Farrohknia, N., Castrén, M., & Ehrenberg. (2011). Emergency Department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scandinavian Journal Trauma Resusc Emerg Med*, 19:42.
- Fitzgerald, G. (1989). *Emergency department triage*. Brisbane, Australia: University of Queensland.
- FitzGerald, G., & Jelinek, G. (2010). Emergency department triage revisited. *Emerg Med J*, 86–92.
- Flik, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M., Côte, J., & Fillion, J. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, P., & Marques, A. (2009). *Triagem no Serviço de Urgência - Protocolo da Triagem de Manchester, manual do formando*. Lisboa: Grupo Português de Triagem.
- GPT. (2018). *Sistema de Triagem de Manchester*. Obtido de Grupo Portugues de Triagem: <http://www.grupoportuguestriagem.pt>
- Guerra, I. (1994). *Introdução à Metodologia de Projeto*. Lisboa: CET.

- HBA. (2018). *Hospital Beatriz Ângelo*. Obtido de <http://www.hbeatrizangelo.pt>
- Hospital Beatriz Ângelo. (2009). *Contrato de Gestão do Hospital Beatriz Ângelo*. HBA.
- Kaplan, R., & Norton, D. (2004). *Strategy Maps: converting intangible assets into tangible outcomes*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R., & Norton, D. (2006). *Alignment: using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies*. Boston: Harvard Business School Press.
- Mackway-Jones, K. (2009). *Emergency Triage, Advanced Life Support Group*. Blackwell Publishing.
- Martins, M., Cunha, M., & Freitas, P. (2009). Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Jornal Emergencia Medica* , 183–186.
- O'Neill, H. (2006). *Apontamentos de Sistemas de Informação*. Lisboa: INDEG/ISCTE.
- Pinto, D., Lunet, N., & Mendes, A. (2010). Sensivity and specificity of Manchester triage system for patients with acute coronary syndrome. *Rev Port Cardiol*, 961–987.
- Pinto, F. (2007). *Balanced Scorecard - alinhar mudanças, estratégia e performance nos serviços públicos*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do conhecimento Científico*. Lidel.
- Quivi, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora/LivPsic.
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência: Da teoria à Prática*. Loures.
- Sousa, M., & Baptista, C. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios, segundo Bolonha*. Pactor.

Webgrafia

www.acss.min-saude.pt

www.apcer.pt

www.arslvt.min-saude.pt

www.bpiequity.bpi.pt

www.dgs.pt

www.ers.pt

www.grupoportuguestriagem.pt

www.hbeatrizangelo.pt

www.ipq.pt

www.portaldasaude.pt

www.saude.pt.msn.com/saudeemedicina/educacaoparaasaude

Anexos

Questionário aos Profissionais

Número						
Género	M	F				
Idade						
Tempo de Serviço						
Med/Enf	Medico/a	Enfermeiro/a				
Especialidade	interno	MI	Cir Ger	Ortopedia	Pediatria	Outros
Outra especialidade						
Chefe de Equipa/ Coordenador de Turno	Sim	Não				
Vínculo ao HBA	Sim	Não				
Especialidade	Em formação	Adultos	Pediatria			
Coordenador de turno	Sim	Não				
Curso de Formação em Triagem	Sim	Não				
No serviço desde o início da Triagem	Sim	Não				
Adequação da formação frequentada	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Sequenciação do guião das entrevistas da triagem	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Adequação do guião das entrevistas que torna possível a sua realização no tempo máximo de três minutos	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
O processo de triagem é	Muito Fiável	Fiável	Pouco Fiável	Nada Fiável		
O seu grau de satisfação	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Benefício para os utentes	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Benefício para os profissionais	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Organização do seu trabalho	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Organização do seu serviço	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Trabalho em equipa	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Adaptação à realidade do Serviço de Urgência do Hospital	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Contribuição para o correcto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Conhecimentos dos utentes acerca da triagem	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		
Adequação do espaço físico	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito		

Questionário aos Utentes

Número

Género	M	F			
Idade					
Nível de Ensino	Pré - escolar (a partir dos 3 anos)	1º, 2º, 3º ou 4º ano (antiga instrução primária)	5º ou 6º ano (antigo ciclo preparatório)	7º, 8º ou 9º ano (antigo 3º, 4º e 5º liceal)	10º, 11º ou 12º ano (antigo 6º e 7º liceal/ano propedêutico)
	Ensino pós-secundário (Cursos de especialização tecnológica, nível IV)	Bacharelato (incl	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento

Situação Profissional	Desempregado	Reformado	Estudante	Trabalhador	
Motivo	Acidente	Parto	Doença aguda	Doença crónica agravada	
1ª vez	Sim	Não			
Se não, quantas vezes	<5 vezes	5-10 vezes	>10 vezes		
Quem aconselhou/recomendou	Centro de Saúde/Médico de Família	INEM/VMER	Familiar	Opção própria	
Prioridade	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul
Já tinha conhecimento	Sim	Não			
Foi esclarecido	Sim	Não			
Espera admissão	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito	
Espera triagem	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito	
Duração triagem	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito	
Desempenho administrativo	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito	
Desempenho AAM	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito	
Desempenho Enfermeiro	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito	
Privacidade	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito	
Conforto	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito	
Instalações	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito	