

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Trabalho de Investigação

Igor Manuel Laranjeira Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado Integrado)

Orientador: Professor Doutor Miguel Castelo-Branco Sousa

maio de 2021

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro
Hospitalar Universitário Cova da Beira

Folha em branco

Dedicatória

“Cheio de Deus não temo o que virá.

Pois venha o que vier, nunca será

Maior do que a minha alma”

Fernando Pessoa

Aos que sabem que lhes é.

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro
Hospitalar Universitário Cova da Beira

Folha em branco

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Miguel Castelo-Branco por ter aceite o desafio de ser meu orientador, pelo seu espírito crítico, por toda a sua disponibilidade ao longo da realização deste trabalho e, sobretudo, pelo exemplo de profissionalismo e dedicação que representa. Sem ele, este trabalho não seria possível.

Ao *Master*, pela pronta disponibilidade, pela sua ínfima experiência partilhada, pelas orientações e retificações prestadas e, acima de tudo, pelo exemplo. Que o meu contributo e qualidade futuros, enquanto médico, sejam metade dos dele.

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, por me ter proporcionado as condições para me formar como médico e, principalmente, como pessoa.

A todas as pessoas cujos dados, usados para este estudo, lhes pertencem.

Aos meus pais. A eles devo tudo. É impossível agradecer em palavras o apoio incondicional que demonstraram ao longo de toda a minha vida, a educação, os valores transmitidos e pelo exemplo que são. Todo e qualquer sucesso que alcancei, ou que possa vir a alcançar na vida, grande parte se deverá, sempre, a eles.

À minha irmã, pelo compromisso que gera em mim em ser-lhe um exemplo. Também ela o é para mim, mais do que aquilo que ela supõe.

Aos meus avós, aos de cá e ao de lá, por todo o carinho, contribuição e enorme orgulho na formação académica dos seus netos. A vida é tão mais bela e simples convosco.

À “Pitoquinha”, por todo o suporte, presença, companheirismo, carinho e sabedoria.

À restante família, sem exceção, por todo o apoio, felicidade e orgulho.

A todos os meus amigos sem exceção, mas sobretudo aos TBM, por terem sido um exemplo e apoio durante todas as adversidades que o curso e a cidade me apresentaram, assim como por todos os momentos de convívio e festa que juntos vivemos. No meu coração levo experiências jamais esquecíveis que, certamente, relembremos durante anos. Uma palavra especial ao Fabito, por toda a convivência e companheirismo ao longo de todos os 6 anos de curso.

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro
Hospitalar Universitário Cova da Beira

Folha em branco

Resumo

Introdução: A triagem de prioridades representa uma etapa fundamental na abordagem e gestão de situações em que o número de doentes excede a capacidade de resposta das equipas de socorro, classificando-os por diferentes níveis de gravidade, o que proporciona uma observação mais rápida, pelas equipas médicas, aos mais graves. Contudo, independentemente do número absoluto de doentes, a triagem pode ser útil na gestão de risco do doente individual. O Sistema de Triagem de Manchester é o sistema usado em Portugal, alocando os doentes em uma das cinco categorias de urgência, que determinam o máximo de tempo até ao primeiro contacto com um médico. Para além disso, estudos apontam para a sua capacidade em prever a evolução dos doentes durante a sua permanência hospitalar, ou seja, mostrou-se uma ferramenta muito poderosa para discriminar, entre outros, o risco de morte, necessidade de internamento hospitalar e consumo de recursos.

É com base nisto, e também pela evidente necessidade de mais estudos que validem a crucial fiabilidade e reprodutibilidade do Sistema de Triagem de Manchester, que a relevância deste trabalho surge.

Objetivo: Com este estudo pretende-se validar a eficácia do Sistema de Triagem de Manchester em diferenciar e responder, convenientemente, às situações de urgência, enquanto no seu uso na realidade específica do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Metodologia: Constitui-se como um estudo observacional, analítico e retrospectivo, cuja população-alvo são os doentes classificados de “Muito Urgentes” – Pulseira Laranja, e os classificados de “Pouco Urgentes” – Pulseira Verde, pelo Sistema de Triagem de Manchester, desde o dia 1 de janeiro de 2019 ao dia 12 de agosto de 2019, admitidos na Urgência Geral do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, o que perfaz uma amostra de 3503 casos. Posteriormente, à extração dos dados que interessavam do sistema operativo *ALERT*, realizou-se a análise estatística recorrendo-se ao programa *SPSS*®.

Resultados: Identificaram-se diferenças significativas entre os dois níveis de prioridade clínica analisados. Mais concretamente, observou-se uma menor carga de trabalho associada aos cuidados prestados, menor intervalo de tempo desde o momento de entrada nos administrativos até ao momento da primeira observação médica, menor

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

intervalo de tempo desde o momento do fim da triagem até ao momento da primeira observação médica, tempo de permanência no Serviço de Urgência superior e gravidade do destino dos doentes maior, com conseqüente maior percentagem de óbitos e de internados em Unidade de Cuidados Intensivos, nos casos triados como Pulseira Laranja por comparação com os Triados com Pulseira Verde. Verificou-se, também, similaridade na velocidade de resposta dos processos administrativos e de triagem por parte dos enfermeiros, para os dois níveis de urgência em estudo.

Conclusão: Evidenciaram-se resultados que validam o uso do Sistema da Triagem de Manchester na realidade específica do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. Assim sendo, a maioria das hipóteses, inicialmente, postuladas foram confirmadas. Ademais, identificaram-se elementos em que a intervenção em prol da melhoria é necessária, sobretudo no que se refere ao número de especialidades médicas que observam os Pulseira Verde, pela evidência de um maior número de especialidades médicas que observaram estes casos face aos Pulseira Laranja.

Palavras-chave

Sistema de Triagem de Manchester; Serviço de Urgência; Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira; Muito Urgentes; Pouco Urgentes; Validação

Abstract

Introduction: Priority triage is a key step in the approach and management of situations in which the number of patients exceeds the response capacity of the rescue teams, classifying them by different levels of severity, which provides faster observation by medical teams of the most severe patients. However, regardless of the absolute number of patients, triage can be useful in individual patient risk management. The Manchester Triage System is the system used in Portugal, allocating patients to one of five emergency categories, which determine the maximum time until first contact with a physician. In addition, studies point to its ability to predict the evolution of patients during their hospital stay, that is, it has proven to be a very powerful tool to discriminate, among others, the risk of death, the need for hospitalization and resource consumption. It is on this basis, and also due to the evident need for further studies to validate the crucial reliability and reproducibility of the Manchester Triage System, that the relevance of this work arises.

Objective: This study aims to validate the effectiveness of the Manchester Triage System in differentiating and responding appropriately to emergency situations, while using it in the specific reality of the Cova da Beira University Hospital Center.

Methodology: This is an observational, analytical and retrospective study, whose target population are the patients classified as "Very Urgent" - Orange Color, and those classified as "Less Urgent" - Green Color, by the Manchester Triage System, from January 1, 2019 to August 12, 2019, admitted to the General Emergency Department of the Cova da Beira University Hospital Center, which amounts to a sample of 3503 cases. After extracting the relevant data from the ALERT operating system, statistical analysis was performed using the SPSS® software.

Results: Significant differences were identified between the two levels of clinical priority analyzed. More specifically, we observed a lower workload associated with the care provided, a shorter time interval from the moment of admission to the administrative department until the first medical observation, a lower time interval from the end of triage until the moment of the first medical observation, a longer length of stay in the Emergency Department and a higher severity of patient outcome, with a consequent higher percentage of deaths and admissions to the Intensive Care Unit in cases triaged as Orange Color compared to those triaged with Green Color. A similarity

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

was also found in the speed of response of administrative processes and triage by nurses, for both levels of urgency in this study.

Conclusion: Results were found to validate the use of the Manchester Triage System in the specific reality of the Cova da Beira University Hospital Center. Thus, most of the hypotheses initially postulated were confirmed. Furthermore, elements were identified where intervention for improvement is needed, particularly with regard to the number of medical specialties observing Green Color cases, by the evidence of a greater number of medical specialties observing these cases compared to Orange Color cases.

Keywords

Manchester Triage System; Emergency Service; Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira; Very Urgent; Less Urgent; Validation

Índice

1. Introdução	1
1.1. O Sistema de Triagem de Manchester (STM)	1
1.2. A capacidade preditora do STM.....	2
1.3. Os objetivos da presente linha de investigação	3
1.3.1. Objetivo central	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.3.2.1. O primeiro objetivo específico: Analisar a classificação de prioridade do STM dos doentes do SU do CHUCB face ao intervalo de tempo desde o momento de entrada nos administrativos até ao momento da alta administrativa (Tempo de Permanência no SU / Tempo de Rotatividade)	3
1.3.2.2. O segundo objetivo específico: Analisar a classificação de prioridade do STM dos doentes do SU do CHUCB face ao intervalo de tempo desde o momento do fim da triagem até ao momento da primeira observação médica.....	3
1.3.2.3. O terceiro objetivo específico: Analisar a classificação de prioridade do STM dos doentes do SU do CHUCB face ao intervalo de tempo desde o momento de entrada nos administrativos até ao momento da primeira observação médica.....	3
1.3.2.4. O quarto objetivo específico: Analisar a classificação de prioridade do STM dos doentes do SU do CHUCB face ao número de especialidades envolvidas nos cuidados prestados	4
1.3.2.5. O quinto objetivo específico: Analisar a classificação de prioridade do STM dos doentes do SU do CHUCB face ao seu destino	4
1.3.3. Hipóteses a testar	4
2. Materiais e Métodos	5
2.1. Tipo de Estudo	5
2.2. Seleção da Amostra	5
2.3. Procedimento	5
2.4. Análise Estatística	6
2.5. Considerações Éticas	7
2.6. Limitações e Dificuldades	7
3. Apresentação dos Resultados	9
3.1. O primeiro objetivo específico	9
3.2. O segundo objetivo específico	13

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro
Hospitalar Universitário Cova da Beira

3.3. O terceiro objetivo específico.....	16
3.4. O quarto objetivo específico.....	19
3.5. O quinto objetivo específico.....	21
4. Discussão	23
4.1. O primeiro objetivo específico	23
4.2. O segundo objetivo específico	26
4.3. O terceiro objetivo específico	28
4.4. O quarto objetivo específico	29
4.5. O quinto objetivo específico	32
4.6. O culminar	34
5. Conclusão	35
6. Bibliografia	37
7. Anexos	40
7.1. Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior	40

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Categorias do STM	2
Tabela 2 – Caracterização da amostra quanto à classificação de prioridade do STM	9
Tabela 3 – Estatística descritiva do intervalo de tempo entre a alta clínica e a alta administrativa.....	9
Tabela 4 – Intervalo de tempo entre entrada nos administrativos e alta administrativa e classificação, face à classificação de prioridade do STM	10
Tabela 5 – Correlação entre intervalo de tempo entre entrada nos administrativos e alta administrativa e classificação de prioridade do STM.....	11
Tabela 6 – Estatística descritiva do intervalo de tempo entre a entrada nos administrativos e a alta administrativa, dos “Muito Urgentes”	11
Tabela 7 – Estatística descritiva do intervalo de tempo entre a entrada nos administrativos e a alta administrativa, dos “Pouco Urgentes”	12
Tabela 8 – Intervalo de tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica, face à classificação de prioridade do STM	13
Tabela 9 – Correlação entre intervalo de tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica e classificação de prioridade do STM.....	14
Tabela 10 – Estatística descritiva do intervalo de tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica, dos “Muito Urgentes”	14
Tabela 11 – Estatística descritiva do intervalo de tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica, dos “Pouco Urgentes”	15
Tabela 12 – Intervalo de tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica, face à classificação de prioridade “Muito Urgentes” do STM.....	15
Tabela 13 – Intervalo de tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica, face à classificação de prioridade “Pouco Urgentes” do STM.....	15
Tabela 14 – Intervalo de tempo entre a entrada nos administrativos e a primeira observação médica, face à classificação de prioridade do STM	16
Tabela 15 – Correlação entre intervalo de tempo entre a entrada nos administrativos e a primeira observação médica e classificação de prioridade do STM.....	17
Tabela 16 – Estatística descritiva do intervalo de tempo entre a entrada nos administrativos e a primeira observação médica, dos “Muito Urgentes”	17
Tabela 17 – Estatística descritiva do intervalo de tempo entre a entrada nos administrativos e a primeira observação médica, dos “Pouco Urgentes”	18
Tabela 18 – Número de especialidades médicas que observaram, face à classificação de prioridade do STM.....	19
Tabela 19 – Correlação entre número de especialidades médicas que observaram e classificação de prioridade do STM	20

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro
Hospitalar Universitário Cova da Beira

Tabela 20 – Destino dos doentes	21
Tabela 21 – Destino dos doentes, face à classificação de prioridade do STM	22
Tabela 22 – Correlação entre destino dos doentes e classificação de prioridade do STM	22

Lista de Acrónimos

CHUCB	Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
CSP	Cuidados de Saúde Primários
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
ECG	Eletrocardiograma
SNS	Serviço Nacional de Saúde
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SU	Serviço de Urgência
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro
Hospitalar Universitário Cova da Beira

Folha em branco

1. Introdução

O SU é considerado serviço de ação médica hospitalar, multidisciplinar e multiprofissional que tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas. São consideradas situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata (1).

A sobrelotação dos SU é um problema nacional e com tendência crescente. Neste panorama, a classificação de risco visa sinalizar de forma rápida e eficiente os doentes em risco de morte e, mediante a definição de um circuito de doentes pós-triagem, identificar a área de tratamento adequada, otimizar o fluxo de doentes, assegurar a reavaliação frequente, comunicar com os doentes e famílias o estado do processo de prestação de cuidados, garantir que a priorização é operacionalizada, levantar informação pertinente ao serviço e cingir-se ao atendimento, por oposição ao diagnóstico (2).

Assim, todos os SU na rede hospitalar pública e num número crescente de atendimentos permanentes no sistema privado, possuem um sistema de triagem para facilitar a priorização dos utentes. Nos últimos anos, várias escalas formais de triagem foram desenvolvidas para padronizar a abordagem da triagem (3). O ganho primário e efetivo da triagem, num SU, é a rápida identificação e observação médica de doentes que se encontram em situações que implicam risco iminente de vida (4).

1. O Sistema de Triagem de Manchester (STM)

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) surgiu no Reino Unido em 1996 (5), pela necessidade de assegurar um atendimento médico no SU por meio de critérios de gravidade clínica e não de ordem de chegada (6). Em Portugal, o STM foi implementado pela primeira vez em 2000, pelos hospitais Fernando Fonseca (Amadora) e Hospital Santo António (Porto), alargando a novos horizontes a gestão do Serviço de Urgência e a gestão do risco clínico (7, 8). Atualmente, encontra-se universalmente instalado nos SU do SNS e, de uma forma crescente, nas outras unidades do Sistema Nacional de Saúde português (7), atuando no CHUCB desde 2004 (9).

O STM é um método de triagem inicial dos utentes que recorrem ao SU, que consiste na identificação da queixa inicial (de apresentação) do utente, com análise sequencial de um

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

conjunto de sinais, sintomas ou enquadramentos que fazem a discriminação entre as prioridades clínicas. As perguntas constantes em cada algoritmo, são apresentadas na forma de fluxogramas para cada condição apresentada (existem 52 fluxogramas no total). Assim sendo, a pergunta que tiver uma resposta positiva ou que não consegue ser negada, constitui o discriminador. Por norma, não existe a identificação de diagnósticos, mas de prioridades clínicas. Constituem exceções: Asma e Diabetes Mellitus, como diagnósticos previamente estabelecidos, que os doentes conseguem facilmente identificar. Posto isto, o STM aloca o utente em 5 categorias, em que cada uma está associada a uma prioridade clínica, cor e tempo alvo de espera, em segurança, até à primeira observação médica (Tabela 1) (8, 10).

Tabela 1 – Categorias do STM.

Prioridade Clínica	Cor	Tempo alvo até 1ª observação médica (min)
Não Urgente	Azul	240
Pouco urgente	Verde	120
Urgente	Amarelo	60
Muito urgente	Laranja	10
Emergente	Vermelho	0 (Imediata)

Atualmente, em Portugal, encontra-se em vigor a segunda versão do STM (11, 12), sendo que, em breve, será implementada a terceira versão. Todos os SU com o STM implementado devem executar auditorias internas mensais, como garante da qualidade da triagem que é efetuada nos seus serviços, bem como, devem, por imperativo legislativo, pelo menos anualmente, ser alvo de auditoria externa (12).

2. A capacidade preditora do STM

Existem estudos internacionais que concluíram que o STM, além de priorizar o atendimento de doentes no SU, é capaz de prever a evolução dos doentes durante a sua permanência hospitalar. Isto é, mostrou-se uma ferramenta muito poderosa para distinguir, entre outros, o risco de morte (5, 10, 13-16) a necessidade de internamento hospitalar (10, 13-16) o uso de meios complementares de diagnóstico (10, 16, 17) assim como, o consumo de recursos médicos (número de observações médicas) (10, 16).

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Sublinhe-se, contudo, que a finalidade deste método de triagem de prioridades clínicas é, unicamente, a categorização de prioridades no atendimento, pelo que a sincronia encontrada entre as categorias mais prioritárias/urgentes e a necessidade de maior alocação de recursos são relativamente atuais e bastante pertinentes no âmbito da gestão do serviço enquanto organização, que pretende ser uma estrutura viva e interativa com o afluxo de utentes (16).

3. Os objetivos da presente linha de investigação

Em Portugal, existem oportunidades para o crescente estudo do STM e para a sua, consequente, validação. Os hospitais aderiram, amplamente, à sua implementação, contudo são, ainda, escassos os trabalhos publicados. Considera-se, assim, necessário mais estudos acerca da validade, reprodutibilidade, resultados, custos, ganhos, alterações inerentes ao seu uso, satisfação de doentes e satisfação de profissionais.

Na tentativa de contribuir para o colmatar deste défice, promovendo o enriquecimento científico desta, crucial, área do Sistema de Saúde português, objetiva-se um trabalho que sirva vários interesses práticos:

3.1 Objetivo central:

Validação do STM, no seu uso na realidade específica da Covilhã, no CHUCB.

3.2. Objetivos específicos:

1. Analisar a classificação de prioridade do STM dos doentes do SU do CHUCB face ao intervalo de tempo desde o momento de entrada nos administrativos até ao momento da alta administrativa (Tempo de Permanência no SU / Tempo de Rotatividade);
2. Analisar a classificação de prioridade do STM dos doentes do SU do CHUCB face ao intervalo de tempo desde o momento do fim da triagem até ao momento da primeira observação médica;
3. Analisar a classificação de prioridade do STM dos doentes do SU do CHUCB face ao intervalo de tempo desde o momento de entrada nos administrativos até ao momento da primeira observação médica;

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

4. Analisar a classificação de prioridade do STM dos doentes do SU do CHUCB face ao número de especialidades envolvidas nos cuidados prestados;
5. Analisar a classificação de prioridade do STM dos doentes do SU do CHUCB face ao seu destino.

3.3 Hipóteses a testar:

Antecipa-se que classificações de prioridade do STM dos doentes do SU do CHUCB mais altas (neste caso em específico, os Pulseira Laranja) estejam associadas a maior carga de trabalho associada aos cuidados prestados, menor intervalo de tempo desde o momento de entrada nos administrativos até ao momento da primeira observação médica e menor intervalo de tempo desde o momento do fim da triagem até ao momento da primeira observação médica.

Além disto, será expectável validar que a classificação de prioridade do STM dos doentes do SU do CHUCB se coadune com tempos adequados de resposta médica e gestão clínica no contexto de triagem do STM, assim como do tempo de rotatividade no SU e face ao destino dos doentes. Ou seja, espera-se que os doentes “Muito Urgentes” apresentem mais óbitos, mais internamentos, inclusive em UCI, menos altas para ambulatório e tempos de permanência no SU mais longos.

2. Materiais e Métodos

1. Tipo de Estudo

O trabalho realizado constitui-se como um estudo observacional, analítico e retrospectivo.

É observacional pois os dados são recolhidos sem intervenção ou modificação por parte do investigador.

Tem um carácter analítico uma vez que os elementos da amostra são examinados com o objetivo de expor algumas associações entre as variáveis, embora apresente também uma apreciável componente descritiva.

É ainda considerado um estudo retrospectivo uma vez que os dados foram recolhidos a partir de informações de processos referentes a episódios de SU que ocorreram previamente à realização do estudo (18).

2. Seleção da Amostra

Para este estudo selecionou-se como população-alvo os doentes classificados de “Muito Urgentes” – Pulseira Laranja, e os classificados de “Pouco Urgentes” – Pulseira Verde, pelo STM, desde o dia 1 de janeiro de 2019 ao dia 12 de agosto de 2019, admitidos na Urgência Geral do CHUCB. O intervalo de tempo escolhido, justifica-se por ser aquele que, sem descorar a representatividade, tanto casuística como temporal, da amostra, permitiu a extração dos dados mais recentes possíveis e necessários, através, unicamente, do programa informático *ALERT*, que deixou desde então de estar em uso no CHUCB.

3. Procedimento

Para a realização deste trabalho procedeu-se ao acesso aos dados, de uma forma confidencial, garantindo, que nem a identificação pessoal dos admitidos, nem o seu número de processo atribuído ao episódio de urgência, foram utilizados e expostos no presente trabalho.

A extração dos dados foi obtida através do sistema operativo informático/base de dados: *ALERT*, com auxílio do Serviço de Informática – Sistemas, Tecnologias da Informação

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

do CHUCB, e introduzidos em folha *EXCEL* única sem qualquer tipo de identificação direta/nominal dos doentes ou indireta/número de processo atribuído na urgência.

A informação constante dos processos foi registada pelos profissionais de saúde, do CHUCB, durante a sua prática clínica diária através do programa informático *ALERT*.

Realizou-se apenas a extração dos dados com interesse prático para a análise dos objetivos específicos superexpostos, no intervalo de tempo supracitado.

A considerar:

- Pulseira Verde / “Pouco Urgentes” (identificados como número 4, no *ALERT*): número de observações médicas por episódio; momento de entrada nos administrativos; momento do fim da triagem; momento da primeira observação médica; momento da alta clínica; momento da alta administrativa; destino final.

- Pulseira Laranja / “Muito Urgentes” (identificados como número 2, no *ALERT*): número de observações médicas por episódio; momento de entrada nos administrativos; momento do fim da triagem; momento da primeira observação médica; momento da alta clínica; momento da alta administrativa; destino final.

No que concerne aos Destinos, e uma vez que a dispersão de destinos finais era muito vasta, os dados foram reunidos com vista numa análise mais prática, considerando-se, assim, as “Altas para ambulatório” os doentes que tiveram como destino as consultas externas, o direcionamento para centro de saúde e o exterior não referenciado.

4. Análise Estatística

Com os dados obtidos e agrupados em uma folha de *EXCEL* única, foi feita uma análise descritiva e estatística dos resultados.

Para a realização da análise estatística recorreu-se ao programa *SPSS*® para *Windows* (versão 25) e foi utilizado o teste do qui-quadrado para fazer a comparação entre variáveis. O nível de significância considerado foi de 5%, o que significa que sempre que o valor $p < 0,05\%$ ocorre associação entre variáveis. Este teste aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter. O valor esperado obtém-se multiplicando o número total das 2 variáveis e dividindo pelo número total de observações. Os valores residuais são dados pela diferença entre os valores observados e os esperados.

5. Considerações Éticas

Posteriormente ao início do presente estudo, submeteu-se o projeto à Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, tendo sido dada a anuência necessária, pela mesma, em reunião do dia 19 de maio de 2020 (anexo 1).

Assegurou-se o anonimato dos doentes que participaram, bem como, a confidencialidade dos dados recolhidos.

Cumpriu-se as normas vigentes no âmbito dos trabalhos de investigação.

6. Limitações e Dificuldades

A principal dificuldade encontrada na realização deste estudo prendeu-se com a forma desacoplada e sem integração de dados fornecidos que, inicialmente, se intencionava introduzir como variáveis deste estudo. Particularmente, no que concerne aos dados referentes aos meios complementares de diagnóstico (ECG; Troponinas; TC-ce), verificou-se uma ausência de sistematização informática que permitisse o cruzamento de todos os dados, pelo que se exigiam técnicas informáticas que permitissem o cruzamento dos mesmos, com base em elemento comum, de forma a possibilitar o tratamento estatístico.

Existindo, atualmente, instrumentos tecnológicos que permitem a interoperabilidade entre sistemas de informação, deseja-se que em breve não seja tão necessária a inevitável conjugação de dados provenientes de várias aplicações, criadas por entidades diferentes, muitas vezes sem a coordenação de um elemento único que sincronize a capacidade de resposta às questões dos vários utilizadores.

Refira-se, também, a possibilidade de existência de algum viés no que respeita aos próprios dados, sobretudo no que concerne aos elementos temporais e ao número de especialidades que observaram o doente. Em relação aos primeiros, sendo operacionalizados pelos profissionais de saúde, durante a fase de observação, é legítimo supor que, nem sempre condizem com os reais tempos, na medida em que, frequentemente, se observa o doente e, posteriormente, se processa o registo. Em relação aos segundos, é possível que, no seio de um SU com elevado movimento assistencial,

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

possam existir pareceres médicos que não fiquem registados informaticamente e de forma individualizada, por se tratarem de atos de apoio informal a outros colegas de trabalho.

3. Apresentação dos resultados

Em relação à distribuição da amostra em estudo, existiu, no total 3503 casos, sendo que em 1771 foram atribuídas Pulseira Laranja, o que corresponde a 50,6% da amostra, enquanto nos restantes 1732 casos foram triados com Pulseira Verde (49,4%).

Tabela 2 – **Caracterização da amostra quanto à classificação de prioridade do STM.**

Cor da pulseira	N	%
Laranja	1771	50,5
Verde	1732	49,4
Total	3503	100,0

1. O primeiro objetivo específico

O intervalo de tempo desde o momento da alta clínica até ao momento da alta administrativa é analisado com o intuito de perceber se é desprezível o suficiente de forma a assumir-se apenas o momento de alta administrativa para cálculo do Tempo de Rotatividade (que mede o tempo de permanência do doente, no episódio, no SU) (10).

Em média, o intervalo entre a alta clínica e a alta administrativa foi de 9 minutos, sendo que 50% dos doentes apresentaram um intervalo inferior a 4 minutos. Contudo, o doente que demorou mais tempo demorou cerca de 07h31. Os dados são assimétricos positivamente, dado que predominam os mais reduzidos, ou seja, predomina o reduzido intervalo entre as altas.

Tabela 3 - **Estatística descritiva do intervalo de tempo entre a alta clínica e a alta administrativa.**

Intervalo entre altas		
N	Válido	3503
	Ausente	0
Média		00:09:19
Mediana		00:04:11
Erro padrão		00:22:43
Assimetria		11,533
Mínimo		00:00:00
Máximo		07:31:54

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

A situação descrita, constante na tabela anterior, permite concluir que o intervalo de tempo não foi exagerado para a generalidade dos doentes, embora existam alguns com esse problema detetado. Contudo pode-se assumir como desprezível, pelo que é legítimo supor que para o cálculo do Tempo de Rotatividade, pode-se assumir apenas o momento da alta administrativa.

O intervalo de tempo desde o momento de entrada nos administrativos até ao momento da alta administrativa foi analisado cruzando com a cor das pulseiras dadas aos doentes, na medida em que tal facto apresenta interesse para avaliar o tempo total no SU, importante para avaliar o tempo de rotatividade.

A tabela seguinte permite concluir que, entre os doentes com Pulseira Verde, a maioria (24,8%) demorou mais de 6 horas entre estes dois momentos, enquanto 22,3% demoraram mais de 1h30 embora menos de 3h00. Relativamente aos doentes que receberam Pulseira Laranja, a maioria (36,7%) demorou mais de 6 horas, sendo que 21,2% demorou ente 3h00 e 04h30.

Tabela 4 – Intervalo de tempo entre entrada nos administrativos e alta administrativa e classificação, face à classificação de prioridade do STM.

Intervalo tempo entre alta administrativa e entrada nos administrativos e cor da pulseira	Cor da Pulseira			
	Laranja		Verde	
	N	%	N	%
0:00 - 01:30	118	6,7%	354	20,4%
01:31 - 03:00	364	20,6%	387	22,3%
03:01 - 04:30	375	21,2%	356	20,6%
04:31 - 06:00	264	14,9%	205	11,8%
> 06:00	650	36,7%	430	24,8%

Para um nível de significância de 5%, conclui-se que existe uma correlação significativa entre a cor da pulseira dada ao doente e o intervalo entre a alta e a entrada, conforme verificado na análise de correlação constante na tabela seguinte.

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Tabela 5 - **Correlação entre intervalo de tempo entre entrada nos administrativos e alta administrativa e classificação de prioridade do STM.**

Correlação		Cor da Pulseira	Intervalo entre alta e entrada
Cor da Pulseira	Correlações de coeficiente	1,000	-0,174
	Sig. (2 extremidades)		,000
Intervalo entre alta e entrada	Correlações de coeficiente	-0,174	1,000
	Sig. (2 extremidades)	,000	

Mais especificamente, nos indivíduos com Pulseira Laranja, o intervalo de tempo médio entre a entrada nos administrativos e a alta administrativa foi de cerca de 6 horas e 36 minutos, sendo que em 50% dos casos este intervalo foi superior a 4 horas e 39 minutos. O desvio padrão surge acentuado, dado que ultrapassa as 5 horas e 50 minutos. O doente que apresentou um intervalo mais reduzido demorou cerca de 10 minutos, enquanto o que demorou mais tempo levou cerca de 18 horas e 21 minutos. Os dados são muito assimétricos positivamente, dado que predominam os intervalos de tempo mais reduzidos comparativamente aos mais longos.

Tabela 6 - **Estatística descritiva do intervalo de tempo entre a entrada nos administrativos e a alta administrativa, dos “Muito Urgentes” (Pulseira Laranja)**

Intervalo entre a admissão e a alta administrativa	Laranja
Média	06:36:33
Mediana	04:39:20
Desvio padrão	05:50:52
Mínimo	00:10:24
Máximo	18:21:18
Assimetria	1,956

No que se refere aos indivíduos com Pulseira Verde, o intervalo de tempo médio entre o momento de entrada nos administrativos e a alta administrativa foi de cerca de 4 horas e 34 minutos, sendo que em 50% dos casos este intervalo foi superior a 3 horas e 26 minutos. O desvio padrão surge acentuado, dado que ultrapassa as 5 horas e 29 minutos. O doente que apresentou um intervalo mais reduzido demorou cerca de 9 minutos, enquanto o que demorou mais tempo levou cerca de 16 horas e 51 minutos. Os dados são muito assimétricos positivamente, dado que predominam os intervalos de tempo mais reduzidos comparativamente aos mais longos.

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Tabela 7 - Estatística descritiva do intervalo de tempo entre a entrada nos administrativos e a alta administrativa, dos “Pouco Urgentes”
(Pulseira Verde)

Intervalo entre a admissão e a alta administrativa	Verde
Média	04:34:27
Mediana	03:26:24
Desvio padrão	05:29:31
Mínimo	00:09:12
Máximo	16:51:00
Assimetria	10,292

2. O segundo objetivo específico

O intervalo de tempo desde o momento do fim da triagem até ao momento da primeira observação médica é analisado cruzando com a cor das pulseiras dadas aos doentes, na medida em que tal facto permite avaliar a capacidade de resposta médica, excluindo aqui os intervalos de tempo referentes à atividade administrativa e atividade de triagem dos enfermeiros.

A tabela seguinte permite concluir que, entre os doentes com Pulseira Laranja, a maioria (99,8%) demorou menos de 1h30 entre estes dois momentos, enquanto os restantes demoraram mais de 1h30, embora menos de 04h30. Assim, verifica-se a existência de assimetria positiva acentuada nestes dados, respeitantes aos doentes “Muito Urgentes”. Relativamente aos doentes que receberam Pulseira Verde, a maioria (61,7%) demorou menos de 1h30, sendo que 19,9% demorou entre 01h30 e 3h e os restantes demoraram mais de 3h.

A situação descreve que o intervalo de tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica tende a ser maior nos doentes de pulseira verde.

Tabela 8 - Intervalo de tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica, face à classificação de prioridade do STM.

Intervalo tempo Fim triagem e 1ª observação e cor da pulseira		Cor da Pulseira			
		Laranja		Verde	
		N	%	N	%
Intervalo tempo Fim triagem e 1ª observação	0:00 - 01:30	1768	99,8%	1068	61,7%
	01:31 - 03:00	1	,1%	344	19,9%
	03:01 - 04:30	2	0,1%	181	10,5%
	04:31 - 06:00	0	0,0%	98	5,7%
	> 06:00	0	0,0%	41	2,4%

Para um nível de significância de 5%, conclui-se que existe uma correlação significativa entre a cor da pulseira dada ao doente e o intervalo de tempo decorrido entre o fim da triagem e a primeira observação médica, sendo que os doentes com Pulseira Verde tendem a ter um intervalo de tempo superior, conforme verificado na análise de correlação constante na tabela seguinte.

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Tabela 9 – **Correlação entre intervalo de tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica e classificação de prioridade do STM.**

Correlação		Cor da Pulseira	Intervalo tempo Fim triagem e 1ª observação
Cor da Pulseira	Correlações de coeficiente	1,000	,469**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	3503	3503
Intervalo tempo Fim triagem e 1ª observação	Correlações de coeficiente	,469**	1,000
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	3503	3503

Mais propriamente, no que se refere aos indivíduos com Pulseira Laranja, o intervalo de tempo médio entre o fim da triagem e a primeira observação médica foi de cerca de 12 minutos, sendo que em 50% dos casos este intervalo foi inferior a 8 minutos. O desvio padrão surge acentuado, dado que ultrapassa os 13 minutos. O doente que apresentou um intervalo mais reduzido foi um caso em que os dois momentos coincidiram, enquanto o que demorou mais tempo levou cerca de 4 horas e 23 minutos. Os dados são muito assimétricos positivamente, dado que predominam os intervalos de tempo mais reduzidos comparativamente aos mais longos.

Tabela 10 - **Estatística descritiva do intervalo de tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica, dos “Muito Urgentes” (Pulseira Laranja)**

Intervalo entre o fim da triagem e 1ª observação	Laranja
Média	00:12:10
Mediana	00:08:32
Desvio padrão	00:13:53
Mínimo	00:00:00
Máximo	04:23:37
Assimetria	6,130

No caso dos indivíduos com Pulseira Verde, o intervalo de tempo médio entre o fim da triagem e a primeira observação médica foi cerca de 1 hora e 37 minutos, sendo que em 50% dos casos este intervalo é inferior a 58 minutos. O desvio padrão surge acentuado, dado que ultrapassa a 1 hora e 42 minutos. O doente que apresenta um intervalo mais reduzido foi um caso em que os dois momentos coincidiram, enquanto o que demorou mais tempo levou cerca de 14 horas e 19 minutos. Os dados são muito assimétricos

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

positivamente, dado que predominam os intervalos de tempo mais reduzidos comparativamente aos mais longos.

Tabela 11 - Estatística descritiva do intervalo de tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica, dos “Pouco Urgentes” (Pulseira Verde)

Intervalo entre o fim da triagem e 1ª observação	Verde
Média	01:37:04
Mediana	00:58:23
Desvio padrão	01:42:10
Mínimo	00:00:00
Máximo	14:19:28
Assimetria	1,628

Numa outra análise, relativamente ao tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica, nos Pulseira Laranja, 57,4% demoraram menos de 10 minutos, enquanto 42,6% demoram mais tempo que o tempo-alvo preconizado para este tipo de urgência (10).

Tabela 12 - Intervalo de tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica, face à classificação de prioridade “Muito Urgentes” do STM. (Pulseira Laranja)

Intervalo tempo Fim triagem e 1ª observação e cor da pulseira	Cor da Pulseira	
	Laranja	
	N	%
0:00 - 00:10	1017	57,4%
Mais de 00:10	754	42,6%

Em relação ao tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica, nos Pulseira Verde, cerca de 69,1% dos doentes foram observados dentro do tempo-alvo preconizado de 120 minutos para este tipo de prioridade clínica (10).

Tabela 13 - Intervalo de tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica, face à classificação de prioridade “Pouco Urgentes” do STM. (Pulseira Verde)

Intervalo tempo Fim triagem e 1ª observação e cor da pulseira	Cor da Pulseira	
	Verde	
	N	%
0:00 - 02:00	1196	69,1%
Mais de 02:00	536	30,9%

3. O terceiro objetivo específico

O intervalo de tempo desde o momento de entrada nos administrativos até ao momento da primeira observação médica é analisado cruzando com a cor das pulseiras dadas aos doentes, na medida em que tal facto apresenta interesse para avaliar a eficiência do processo administrativo, da triagem dos enfermeiros e da gestão clínica.

A tabela seguinte permite concluir que, entre os doentes com Pulseira Laranja, a maioria (99,8%) demorou menos de 2h30 entre estes dois momentos, enquanto os restantes demoraram mais de 2h30, embora menos de 5h. Assim, verifica-se a existência de assimetria positiva acentuada nestes dados, respeitantes aos doentes “Muito Urgentes”. Relativamente aos doentes que receberam Pulseira Verde, a maioria (73,7%) demorou menos de 2h30, sendo que 20% demorou entre 02h30 e 5h e os restantes demoraram mais de 5h.

Tabela 14 – **Intervalo de tempo entre a entrada nos administrativos e a primeira observação médica, face à classificação de prioridade do STM.**

Intervalo de tempo entre entrada e 1ª observação e cor da pulseira		Cor da Pulseira			
		Laranja		Verde	
		N	%	N	%
Intervalo tempo Entrada e 1ª observação	0:00 - 02:30	1767	99,8%	1276	73,7%
	02:31 - 05:00	4	,2%	347	20,0%
	05:01 - 07:30	0	0,0%	99	5,7%
	07:31 - 10:00	0	0,0%	8	,5%
	10:01 - 12:30	0	0,0%	1	,1%
	> 12:30	0	0,0%	1	,1%

Para um nível de significância de 5%, conclui-se que existe uma correlação significativa entre a cor da pulseira dada ao doente e o intervalo de tempo decorrido entre a entrada nos administrativos e a primeira observação médica, sendo que os doentes com Pulseira Verde tendem a ter um intervalo de tempo superior, conforme verificado na análise de correlação constante na tabela seguinte.

Tabela 15 – Correlação entre intervalo de tempo entre a entrada nos administrativos e a primeira observação médica e classificação de prioridade do STM.

Correlação		Cor da Pulseira	Intervalo tempo Entrada e 1ª observação
Cor da Pulseira	Correlações de coeficiente	1,000	,381**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	3503	3503
Intervalo tempo Entrada e 1ª observação	Correlações de coeficiente	,381**	1,000
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	3503	3503

Mais especificamente, no caso dos indivíduos triados com Pulseira Laranja, o intervalo de tempo médio entre o momento de entrada nos administrativos e a primeira observação médica foi cerca de 20 minutos, sendo que em 50% dos casos este intervalo foi inferior a 16 minutos. O desvio padrão surge acentuado, dado que ultrapassa os 16 minutos. O doente que apresentou um intervalo mais reduzido demorou cerca de 1 minuto entre os dois momentos, enquanto o que demorou mais tempo levou cerca de 4 horas e meia. Os dados são muito assimétricos positivamente, dado que predominam os intervalos de tempo mais reduzidos comparativamente aos mais longos.

Tabela 16 - Estatística descritiva do intervalo de tempo entre a entrada nos administrativos e a primeira observação médica, dos “Muito Urgentes” (Pulseira Laranja)

Intervalo entre a admissão nos administrativos e 1ª observação	Laranja
Média	00:19:55
Mediana	00:16:00
Desvio padrão	00:16:13
Mínimo	00:01:04
Máximo	04:32:31
Assimetria	4,850

Em relação aos indivíduos com Pulseira Verde, o intervalo de tempo médio entre o momento da entrada nos administrativos e a primeira observação médica foi de cerca de 1 hora e 44 minutos, sendo que em 50% dos casos este intervalo foi inferior a 1 hora e 4 minutos. O desvio padrão surge acentuado, dado que ultrapassa a 1 hora e 42 minutos. O doente que apresentou um intervalo mais reduzido demorou cerca de 3 minutos entre os dois momentos, enquanto o que demorou mais tempo levou cerca de 14 horas e 25

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

minutos. Os dados são assimétricos positivamente, dado que predominam os intervalos de tempo mais reduzidos comparativamente aos mais longos.

Tabela 17 - **Estatística descritiva do intervalo de tempo entre a entrada nos administrativos e a primeira observação médica, dos “Pouco Urgentes” (Pulseira Verde)**

Intervalo entre a admissão nos administrativos e 1ª observação	Verde
Média	01:44:48
Mediana	01:04:59
Desvio padrão	01:42:25
Mínimo	00:03:10
Máximo	14:25:24
Assimetria	1,630

4. O quarto objetivo específico

A carga de trabalho associada a determinado utente é inferida tendo em conta o número de especialidades médicas que observaram o doente (10). Esta variável é cruzada com a cor das pulseiras dadas aos doentes, na medida em que tal facto apresenta interesse para a gestão administrativa e global do hospital.

A tabela seguinte permite concluir que, entre os doentes com Pulseira Laranja, a maioria (57,1%) apenas passou por uma especialidade, enquanto 27,8% passaram por duas especialidades e 10,6% por três especialidades. O número de especialidades pelo qual passaram os doentes tende a ser reduzido, verificando a existência de assimetria positiva nestes dados, respeitantes aos Pulseira Laranja.

Relativamente aos doentes que receberam Pulseira Verde, a maioria (46,9%) passou apenas por uma especialidade, sendo que 30,9% passou por três especialidades e 14,4% por apenas duas. Neste caso o número de doentes que passaram por um elevado número de especialidades tende a ser maior, comparativamente aos doentes com Pulseira Laranja.

Observa-se, assim, que a percentagem de doentes triados com Pulseira Laranja observados por duas ou mais especialidades é de 42,9%, sendo, por isso, inferior aos 53% de doentes triados com Pulseira Verde que foram observados por duas ou mais especialidades médicas.

Tabela 18 – Número de especialidades médicas que observaram, face à classificação de prioridade do STM.

Nº de especialidades por cor da pulseira		Cor da Pulseira			
		Laranja		Verde	
		N	%	N	%
Nº de especialidades	1	1011	57,1%	813	46,9%
	2	492	27,8%	249	14,4%
	3	188	10,6%	536	30,9%
	4	57	3,2%	88	5,1%
	5	16	,9%	30	1,7%
	6	6	,3%	12	,7%
	7	1	,1%	2	,1%
	8	0	0,0%	2	,1%

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Para um nível de significância de 5%, conclui-se que existe uma correlação significativa entre a cor da pulseira dada ao doente e o número de especialidades, uma vez que os doentes com Pulseira Verde tendem a passar por um número superior de especialidades, conforme verificado na análise de correlação constante na tabela seguinte.

Tabela 19 – **Correlação entre número de especialidades médicas que observaram e classificação de prioridade do STM.**

Correlações		Nº de especialidades	Cor da Pulseira
Nº de especialidades	Correlações de coeficiente	1,000	,161**
	Sig.		,000
	N	3503	3503
Cor da Pulseira	Correlações de coeficiente	,161**	1,000
	Sig.	,000	
	N	3503	3503
** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).			

5. O quinto objetivo específico

Quanto ao destino dos doentes, em 0,6% foram registados óbitos, sendo que apenas 0,8% foram para uma UCI. As altas para ambulatório, tal como referido anteriormente, incluem as consultas externas, o direcionamento para centro de saúde e o exterior não referenciado e corresponderam a 88,3% dos casos, pelo que foi o destino predominante dos doentes em estudo.

Tabela 20 – Destino dos doentes.

Destino	N	%
Óbito	22	0,6%
Uci-Cuidados Intensivos	28	0,8%
Alta para ambulatório	3104	88,6%
Outros destinos	349	10,0%
Total	3503	100,0%

A tabela seguinte, analisa o destino dos doentes consoante as prioridades, e permite concluir que, entre os doentes com Pulseira Laranja, a maioria (82,5%) teve alta para ambulatório, enquanto 14,7% teve outros destinos, 1,6% teve internamento em UCI e apenas 1,2% foram óbitos. Relativamente aos doentes que receberam Pulseira Verde, a maioria (94,9%) teve alta para ambulatório, enquanto 5,1% teve outros destinos. Neste caso não foram registados óbitos nem internamentos em UCI, pelo que também estas variáveis se correlacionam com o seu grau de urgência inferior.

Tabela 21 – Destino dos doentes, face à classificação de prioridade do STM.

Destino por cor da pulseira		Cor da Pulseira			
		Laranja		Verde	
		N	%	N	%
Destino	Óbito	22	1,2%	0	0,0%
	Uci-Cuidados Intensivos	28	1,6%	0	0,0%
	Alta para ambulatório	1461	82,5%	1643	94,9%
	Outros destinos	260	14,7%	89	5,1%
	Total	1771	100,0%	1732	100,0%

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Para um nível de significância de 5%, conclui-se que existe uma correlação significativa entre a cor da pulseira dada ao doente e o destino final do mesmo, conforme verificado na análise de correlação constante na tabela seguinte.

Tabela 22 – **Correlação entre destino dos doentes e classificação de prioridade do STM.**

Correlação		Cor da Pulseira	Destino Final
Cor da Pulseira	Correlações de coeficiente	1,000	-0,226
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	3503	3503
Destino Final	Correlações de coeficiente	-0,226	1,000
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	3503	3503

4. Discussão

No respeitante à distribuição da amostra a evidência aqui apresentada assemelha-se à retratada na bibliografia existente (10), pelo que os SU tendem a ter ocorrências, no que concerne a estes dois tipos de gravidade clínica, semelhantes em número, com ligeira tendência para o predomínio dos Pulseira Laranja.

Esta análise, permite de uma forma rápida perceber a grande similaridade entre o número de casos de ambas as cores, pelo que numa perspetiva de gestão hospitalar, facilita a preparação dos SU para a receção de doentes destes dois tipos de grau de urgência clínica bastante díspar, mas com casuísticas que se aproximam.

1. O primeiro objetivo específico

O principal motivo de reclamações nos SU é o tempo de espera. Isto, deve-se, muitas vezes, aos engarrafamentos ou constrangimentos inerentes a todos os processos que ocorrem desde o momento que o doente é admitido nos administrativos até ao momento em que recebe alta administrativa (10). Posto isto, analisar o tempo médio como medida de performance global é uma possibilidade, mas deveras insuficiente. Importa, por isso, a decomposição dos tempos, tal como será realizado, em parte, no segundo e terceiro objetivos específicos deste trabalho, assim como outros (por exemplo, tempos médios até realização de determinados meios complementares de diagnóstico ou terapêuticos), de forma a obter-se uma apreciação mais minuciosa e correções mais precisas nos pontos de maior evidência de ineficiência. De realçar, que em Inglaterra, o referencial para o tempo de permanência no SU é de 240 minutos (10), o que equivale a 4 horas.

Na situação descrita, o tempo de rotatividade, que representa o tempo de permanência no SU desde o momento de admissão nos administrativos até ao momento de alta administrativa (10), tende a ser maior nos doentes Pulseira Laranja, face aos Pulseira Verde, o que será congruente com a presumível maior gravidade clínica e necessidade de cuidados mais complexos e, por conseguinte, mais demorados (13), neste tipo de doentes. Posto isto, é legítimo antecipar-se, também, um maior consumo e, por conseguinte, uma necessidade de maior preparação para tal, de todos os recursos diretos e indiretos, inerentes a uma permanência mais prolongada num SU.

Analisando com maior pormenor, os resultados evidenciados anunciam que cerca de 36,7% dos Pulseira Laranja em estudo permaneceram mais de 6 horas no SU do CHUCB, tendo sido a média de aproximadamente 6 horas e 36 minutos, o que equivale a 396

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

minutos, contudo 50% dos casos permaneceram menos de 4 horas e 39 minutos nos SU, quando olhamos para a mediana. Face a estudos semelhantes, que apresentaram, percentagens, relativamente aos “Muito Urgentes”, de cerca de 29% com mais de 6 horas (10, 16) e médias de 263 minutos (10), de tempo de rotatividade no SU, no ano com melhores resultados, estes tempos apresentam-se consideravelmente prolongados.

Também, verificou-se que cerca de 24, 8% dos “Pouco Urgentes”, deste estudo, permaneceram por mais de 6 horas no SU do CHUCB, tendo sido a média de cerca de 4 horas e 34 minutos, o que perfaz 274 minutos, com uma mediana de 3 horas e 26 minutos. Isto, comparado com os mesmos estudos, que evidenciaram, percentagens, de 4, 9% para os Pulseira Verde que permaneceram mais 6 horas no SU (10, 16) e médias de 171 minutos (10), no ano com melhores resultados, evidenciam-se tempos, uma vez mais, aumentados.

A justificação para tal, poderá prender-se com a diferença na dimensão da disponibilidade de recursos do CHUCB, para os hospitais implicados nos estudos comparados que, se antecipa, mais vasta. Será dedutível que, em meios com recursos mais limitados, doentes com o mesmo nível de gravidade clínica ou, até mesmo, com a mesma patologia, terão ao seu dispor um sistema mais restrito de meios e abordagens que poderão implicar demoras nos variados processos inerentes à sua permanência no SU. Posto isto, seria vantajoso que estudos que avaliem estes mesmos tempos, fossem realizados em realidades hospitalares que se aproximam mais da do CHUCB. Também, uma vez mais, se evidencia a necessidade de um escrutínio mais pormenorizado naquilo que são os intervalos de tempo entre todos os diferentes momentos existentes neste sistema.

Não obstante, por comparação com os outros estudos realizados, o CHUCB também apresenta casuísticas inferiores em ambos os níveis de prioridade. Por este facto, seria interessante, no futuro, calcular-se determinados rácios, de forma a obter-se conclusões mais realistas. Ou seja, seria mais esclarecedor se se calculassem rácios tais como, número médio de médicos no SU por número médio de doentes observados, num mesmo intervalo de tempo e para a mesma prioridade clínica, o que permitiria perceber quais as equipas médicas mais eficientes intra-hospital e quais os hospitais com as equipas médicas mais eficientes por comparação inter-hospitalar. Poder-se-ia, também, realizar estes cálculos com outras variáveis, tais como, estudo das diferentes especialidades, para perceber se a ineficiência está a surgir, sobretudo, fruto de determinada área e, dentro dessa área, se relacionada com determinada prioridade clínica. Permitir-se-ia, assim, um

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

ajuste mais direcionado. E até, num cenário intra-hospitalar, poder-se-ia ir ao caso particular do estudo das prestações de determinado médico, de forma a um trato ainda mais fino.

Outras razões que poderão, empiricamente, estar na base deste achado, prender-se-ão com os próprios constrangimentos pessoais (entre profissionais), que resultam em incapacidades de decisão em tempo útil (adiamento de decisão) que, como se calcula, variará de hospital para hospital, conforme as equipas médicas que os configuram. Também, deve-se contemplar a hipótese da impossibilidade do próprio hospital não conseguir dar resposta a determinados casos. Mais propriamente, o carácter social inerente a certos casos é, muitas vezes, um bloqueio à celeridade de decisão e eventual internamento ou encaminhamento para as instituições competentes. Sobretudo, numa zona do país cuja população é particularmente envelhecida e, que possui, regularmente, redes de suporte familiar ténues, muito fruto da mobilização dos familiares mais jovens para outras zonas do país ou do mundo. Como resultado, é no SU que este tipo de doentes irá aguardar por um desfecho, alargando os intervalos de tempo em estudo. Seria, por exemplo, interessante uma averiguação à própria capacidade de resposta das várias instituições competentes da área social para receber estes doentes, de forma a perceber a sua capacidade de absorver os encaminhamentos realizados pelo CHUCB e de colmatar alguma da debilidade encontrada nas populações das áreas cobertas pelo CHUCB a este nível.

Pelo evidenciado, afigura-se de uma importância real, uma avaliação mais detalhada dos episódios de urgência, sobretudo os com durações superiores a seis horas, por serem intervalos de tempo, considerados, excessivos.

2. O segundo objetivo específico

Em primeira instância, existe interesse na análise conjunta dos dois próximos objetivos específicos. Isto, deve-se à facilidade que produz na comparação entre dois intervalos de tempo que se intersectam. Em segundo lugar, a relevância efetiva desta análise conjunta detém-se na capacidade que gera em decompor os pequenos processos que ocorrem num SU, neste conjunto em específico, desde que o doente é admitido nos administrativos até ao momento em que é observado a primeira vez por um médico que, no fundo, é o ganho primário efetivo do processo de triagem e o grande mote da resolução do problema. Por esta razão, decidiu-se seccionar de igual forma, contudo, na discussão do terceiro objetivo específico existirão referências ao que será exposto de seguida.

Posto isto, a situação descrita aponta que os intervalos de tempo entre o momento do fim da triagem até ao momento da primeira observação médica tendem a ser maiores nos doentes triados com Pulseira Verde. Este facto apresenta sentido em termos práticos, na medida em que o nível de urgência, pressupõem-se, superior nos doentes com Pulseira Laranja, pelo que se antecipam respostas mais ágeis por parte dos profissionais implicados. Com isto, de grosso modo, pode-se assumir uma tendência para a eficiência da gestão clínica perante a triagem realizada.

Numa abordagem mais rigorosa, relativamente ao tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica, nos Pulseira Laranja, cerca de 57,4 % dos doentes foram observados dentro do tempo-alvo preconizado de 10 minutos para este tipo de prioridade clínica (10), tendo sido, 50% dos casos, observados em menos de aproximadamente 8 minutos e meio. Posto isto, pode-se afirmar de que existe uma propensão para uma velocidade na resposta médica que respeite os objetivos deste nível de prioridade clínica.

Olhando, também, para a média, de cerca de 12 minutos, verifica-se que é próxima do valor alvo, assim como, por comparação com outros dados já existentes (10), é consideravelmente positiva. Refira-se, contudo, que existe referência a um tempo máximo de cerca de 4 horas e 23 minutos que, para o nível de gravidade presumível, é imensamente excessivo. A razão para este último ponto, sendo impossível de ser confirmada neste estudo, poderá dever-se a um registo informático errado por parte do profissional de saúde que, pressupõe-se, ter prestado assistência a este caso de uma forma mais atempada. Por exemplo, por algum motivo, poderá ter existido uma chamada informal do doente por parte do médico que, só posteriormente, à prestação de cuidados, procedeu ao registo no sistema operativo. Independentemente de ter sido esta a causa,

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

será de reforçar a importância da consciencialização dos profissionais de saúde para registos informáticos corretos e atempados, que sustentem uma adequada monitorização do sistema, em prol de melhores, mais sustentáveis e mais céleres cuidados de saúde para os doentes e de melhores condições para os profissionais.

Por outro lado, no que diz respeito ao tempo entre o fim da triagem e a primeira observação médica, nos Pulseira Verde, cerca de 69,1 % dos doentes foram observados dentro do tempo-alvo preconizado de 120 minutos para este tipo de prioridade clínica (10). Olhando para a mediana de 58 minutos, será apropriado realçar a celeridade existente na primeira observação médica deste tipo de prioridade.

Comparando, novamente, a média apresentada neste intervalo de tempo, que rondou os 97 minutos, com outras referências bibliográficas (10), apercebemo-nos que, apesar de ligeiramente superior, respeita o tempo alvo. Assim, é admitido aferir-se uma apropriada resposta a este tipo de doentes.

Perante as evidências analisadas, nota-se um sistema que, não sendo perfeito, evidencia uma tendência para respeitar o protocolo de triagem vigente no CHUCB. Contudo, algumas sugestões em prol de uma, ainda melhor resposta, poderão ser prestadas. Em primeiro lugar, poderia ser feita uma análise, tanto por especialidade como de forma individualizada, à capacidade de resposta dos profissionais de saúde que já pertencem ao CHUCB como forma de perceber os pontos de fragilidade, o que facilitaria o processo de potencialização posterior. Depois, se se analisaria o que estava menos bem, também seria interessante analisar o que estava bem, premiando-se as especialidades e os próprios profissionais que melhor respeitavam os parâmetros indicados pelo STM. Sublinhe-se, que todo esta análise assume-se como já existente nas consultorias internas realizadas periodicamente por parte dos órgãos do Conselho de Administração. Após otimizar o que já é interno, se ainda assim, insuficiente, poderia tentar-se o reforço no número de médicos prestadores de serviços, sobretudo especialistas, de forma a uma resposta mais esclarecida.

Em suma, os intervalos de espera analisados constituem indicadores de desempenho centrais no âmbito da gestão dos SU e da implementação do STM, refletindo a eficácia do seu funcionamento.

3. O terceiro objetivo específico

No que respeita aos resultados dos intervalos de tempo desde a entrada nos administrativos até à primeira observação médica, em ambas as prioridades clínicas e, por comparação com os intervalos de tempo observados no objetivo específico anterior, nota-se uma elevada simetria naquilo que é a extensão temporal produzida pelo processo desde a entrada nos administrativos até ao fim da triagem dos enfermeiros.

Mais especificamente, em ambos os níveis de triagem analisados no presente trabalho, existe uma constância para que o intervalo de tempo desde a admissão nos administrativos até ao fim da triagem ronde os 8 minutos o que reflete uma uniforme resposta por parte dos profissionais envolvidos neste fluxo de acontecimentos. Isto faz sentido em termos práticos, uma vez que o processo de averiguação de gravidade só ocorre no final deste intervalo de tempo, pelo que até aí, todo o doente deve ser encarado com o máximo de urgência.

Não existem referências claras que indiquem uma meta para o intervalo de tempo desde a entrada nos administrativos até ao fim da triagem, no entanto, por comparação com estudos que analisaram a média, geral, deste mesmo intervalo de tempo noutros hospitais (10), os resultados que surgiram nesta investigação apontam para uma resposta mais rápida no CHUCB. Face ao exposto, é honesto admitir que estamos perante um SU cujos seus recursos administrativos e de processo de triagem, demonstraram capacidade de resposta face ao volume e diversidade de doentes que lhes recorre.

Mais se conclui que, tanto pela celeridade como pela uniformidade evidenciada entre os dois níveis de prioridade, no que concerne ao intervalo de tempo entre a entrada nos administrativos e o fim da triagem, não será este um processo diferenciador da prontidão com que são observados a primeira vez pelo médico.

4. O quarto objetivo específico

Considera-se que avaliar a validade do STM não poderá passar apenas por escrutínios, meramente, cronométricos, pelo que também deverão ser analisados os resultados finais, efetivos e a curto-prazo da triagem realizada, assim como, a eficiência do sistema. É lógico que a celeridade dos processos é determinante, contudo a eficácia com que é realizada a abordagem médica é também crucial para o desfecho do doente.

Posto isto, em relação à carga de trabalho, e como abordagem ao quarto objetivo específico do presente estudo, o panorama descrito evidencia que tende a ser menor nos doentes de Pulseira Laranja, comparativamente aos de Pulseira Verde, facto que se assume pela passagem por um menor número de especialidades médicas. Assim, a gestão do hospital pode concluir que, no caso particular do CHUCB, a atribuição de prioridades mais urgentes se correlaciona com uma menor necessidade quantitativa de especialidades médicas.

De uma forma mais teórica, uma triagem eficaz com recurso ao STM evidenciar-se-ia pelo facto dos doentes mais críticos passarem por menos especialidades e implicarem menos carga de trabalho do ponto de vista assistencial. Tal, por sua vez, possibilitaria, também, que os restantes doentes tivessem períodos de espera mais reduzidos, promovendo um ambiente seguro, tendendo a evitar a duplicação de funções, fomentar um melhor planeamento e organização, melhorar a qualidade dos serviços, otimizar o uso de recursos, aumentar a satisfação dos doentes com o SU, entre outros benefícios (19).

Contudo, se por um lado, esta evidência se poderia alinhar com alguma da bibliografia que aponta a triagem, e o STM em específico, como um instrumento determinante na sinalização de casos potencialmente mais graves para uma ação médica rápida e precisa (20). Por outro lado, em termos reais, não é o expectável considerando outros estudos realizados previamente que apontam os doentes mais prioritários, como os que consomem mais recursos médicos (10, 16). Mais especificamente, existe evidência bibliográfica que aponta os casos triados com Pulseira Laranja, como aqueles que apresentavam a maior percentagem de observações por dois ou mais médicos (10, 16), entre todas as 5 categorias do STM.

Numa análise mais estrita, verifica-se que a percentagem de doentes “Muito Urgentes” que, na realidade analisada neste estudo, foram observados por duas ou mais

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

especialidades médicas é ligeiramente inferior à apresentada em outros estudos previamente realizados. Concretamente, no presente estudo, esta percentagem rondou os 42,9% face aos cerca de 55,6 % apresentados noutros estudos (10, 16).

Algumas pressuposições poderão ser deduzidas perante estes resultados, não obstante, importa frisar que não sendo fundamentadas pelo vigente trabalho, carecem de averiguações mais específicas e direcionadas para a realidade da dimensão do CHUCB. Posto isto, interessa esclarecer que os doentes triados como “Muito Urgentes” inserem-se muitas das vezes nas Vias Verdes que, sustentadas por algoritmos de atuação mais objetivos e esclarecidos, facilitam o direcionamento dos doentes para abordagens diagnósticas mais eficazes e céleres, resultando, contudo, frequentemente, em terapêuticas realizadas em outros hospitais, por ausência de determinadas valências no CHUCB. Perante isto, pode-se prever que, dentro do CHUCB, este tipo de doentes possa passar por um menor número de especialidades médicas, quando comparado com hospitais mais capacitados, cujo todo o processo de admissão, triagem, observação médica, diagnóstico e terapêutica ocorre dentro da mesma estrutura hospitalar.

De outro modo, pode-se assumir que os doentes triados como “Pouco Urgentes” apresentam percentagens demasiado elevadas de observações médicas, acarretando com isso uma excessiva carga de trabalho face ao grau de gravidade clínica, supostamente, inerente. Tal como se pode observar noutros estudos, a percentagem de observações por dois ou mais médicos, no que concerne aos doentes triados com Pulseira Verde pelo STM, ronda os 17,6% (10, 16), em comparação com os 53% observados neste estudo.

Revela-se, assim, uma área de atuação para a equipa responsável pela gestão clínica do SU do CHUCB, pois o alocar de recursos médicos em excesso para o grau, presumível, de necessidade, poderá comprometer a disponibilidade necessária desses mesmos recursos para situações mais urgentes que careçam de respostas mais rápidas e multidisciplinares.

Na tentativa de levantar algumas hipóteses para o evidenciado, é necessário compreender que o STM categoriza em graus de prioridade clínica regendo-se pelos sintomas que os doentes referem aquando o momento da triagem, pelo que se pressupõe que doentes triados como “Pouco Urgentes” apresentem quadros clínicos mais frustes que, posteriormente, poderão criar ambiguidades ao clínico que os observa, o que poderá resultar numa maior tendência para consecutivos pareceres clínicos, o que culmina em mais observações médicas. Contudo, a ser este o motivo do problema, seria específico da realidade do CHUCB. Isto porque, os algoritmos do STM pretendem-se ser os mesmos

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

em todas as instituições que os aplicam, a homogenia dos quadros clínicos dos doentes triados como pouco urgentes, pressupõe-se, existir, logo, a única variância, possível, dentro deste sistema, será a equipa de profissionais de saúde que intervém no processo.

Outra justificação, presumível, para este achado, poderá dever-se ao facto das equipas médicas que, tendencialmente, observam os doentes “Pouco Urgentes”, serem menos experientes ou diferenciadas, o que poderá incorrer numa maior tendência para solicitarem apoio de uma forma mais constante, aumentando assim o número de especialidades médicas que observaram o doente. Recorde-se que a possibilidade de médicos indiferenciados poderem exercer nos SU do SNS é relativamente recente, não existindo aquando a realização da maioria dos estudos que abordaram esta correlação de variáveis, em específico. Sublinhe-se também que o grande volume de doentes que estes médicos observam nos SU, são os triados com Pulseira Verde.

Assim, considera-se, crucial a avaliação da causa desta tendência, de forma a triar também os recursos médicos em conformidade com a triagem de gravidade clínica realizada aos doentes, caso a mesma esteja a ser corretamente realizada. Seria, de igual modo, interessante a busca por uma solução que visasse encaminhar este tipo de doentes para os CSP, pois será neste nível de prioridade clínica que, grande parte dos doentes que procuram os serviços hospitalares como substituto do seu médico assistente, se encontram. Ressalve-se, por fim, que poderá, este facto, também, estar na base do longo tempo de permanência, dos Pulseira Verde, no SU do CHUCB, observado no primeiro objetivo específico.

5. O quinto objetivo específico

No tocante ao destino dos doentes, como forma de analisar o quinto objetivo proposto deste trabalho e por comparação com estudos semelhantes realizados anteriormente, é expectável que os óbitos ocorram sobretudo nos doentes triados como mais urgentes (5, 10, 13-16), neste caso concreto, os triados como Pulseira Laranja, assim como os internamentos hospitalares (13-15), mesmo no que se confere a internamentos numa UCI (10, 16), factos que se verificaram neste estudo. Por outro lado, as altas para ambulatório devem predominar nos doentes com prioridades mais baixas do STM (13), facto que, também, se observou neste estudo. Para além disso, é expectável a existência quase nula ou nula de óbitos nos doentes com Pulseira Verde (10, 13), facto que igualmente se confirmou.

No entanto, entende-se oportuno revelar que, por comparação com outros estudos já realizados (10, 16), tanto a percentagem de mortalidade como a de internamentos em UCI apresentadas, no presente estudo, nos doentes triados com Pulseira Laranja é consideravelmente superior às apresentadas noutros hospitais para o mesmo nível de prioridade clínica.

A justificação para esta evidência transcende, uma vez mais, os objetivos propostos para este estudo, contudo algumas hipóteses explicativas poderão e deverão ser deduzidas. Para isso, recorde-se, novamente, que um grande volume dos doentes que são inseridos nas Vias Verdes dos SU é triado como “Muito Urgente”. Para além disso, sublinhe-se, de novo, o facto de algumas das abordagens terapêuticas necessárias neste tipo de doentes, não serem realizadas no CHUCB, pelo que acarreta, inevitavelmente, uma maior demora na prestação de cuidados ao doente. A título de exemplo, um doente com critérios para ser admitido numa Via Verde Coronária, que entre no SU do CHUCB com um EAM com supradesnivelamento de ST, ao ECG, necessita de ser transferido de uma forma emergente para um hospital com a valência de hemodinâmica/cardiologia de intervenção, para conseqüente cateterismo cardíaco. Assim, é justo antecipar-se que, dentro de todo este processo, ocorra uma suplementar extensão temporal que potencialize desfechos menos favoráveis para o doente, tais como, morte ou internamento em UCI. Posto isto, importa referir que todos os estudos realizados e que serviram de comparação para a presente investigação, foram realizados em hospitais considerados centrais, com inúmeras valências médicas e técnicas, o que de certa forma os capacita para uma intervenção mais célere ao doente “Muito Urgente”. Tendo em consideração todo o exposto, considera-se oportuno que num futuro próximo novas

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

investigações, que avaliem estas mesmas variáveis, surjam aplicadas à realidade da dimensão de um hospital periférico, como é o caso do CHUCB. Também, seria proveitoso, aferir-se o impacto potencial que a introdução de mais valências, implicadas na resposta diagnóstica e terapêutica das Vias Verdes, poderiam ter em hospitais localizados em zonas do país mais descentralizadas.

Para além do supra-exposto, sublinhe-se, que a população abrangida pela área de atuação do CHUCB, por ser no interior do país, é tendencialmente mais envelhecida que a existente nas áreas de operação dos hospitais da maioria dos estudos já existentes, situados no litoral. Por este facto, levantam-se duas eventualidades passíveis de fundamentar estes achados. Por um lado, prevê-se que uma maior densidade de doentes Pulseira Laranja que recorrem ao SU do CHUCB possua mais comorbilidades que os doentes que recorrem a hospitais situados no litoral do país, pelo que poderá existir, aqui, uma potencialização adicional para resultados mais funestos. Por outro lado, populações mais envelhecidas, tendem a maior aliteracia em saúde, pelo que é justo prever-se, que exista uma maior tendência para uma relativização de sintomas de alarme, o que poderá resultar com que recorram mais tardiamente aos SU hospitalares, predispondo, uma vez mais, a piores prognósticos.

Outra hipótese passível de ser estudada futuramente, como justificativa da evidência apresentada no presente estudo, poderá prender-se com o facto de tanto a rede de transportes de doentes urgentes, como os próprios acessos rodoviários, existentes no interior do país, serem mais limitados que os existentes no litoral. É legítimo, por isso, antecipar, uma maior demora, tanto na primeira abordagem médica ao doente como no próprio processo de transporte para o hospital, o que, poderá, uma vez mais, promover os resultados evidenciados.

No respeitante à elevada percentagem de doentes “Pouco Urgentes” com alta para ambulatório, poderá reforça-se, de novo, a, ainda existente, elevada quantidade de doentes que recorrem aos SU de uma forma inapropriada pela gravidade clínica que, em tese, apresentam, podendo, muitas vezes, provocar um consumo direto de recursos desproporcional para o seu grau de gravidade clínica, tal como foi evidenciado neste estudo, pela quantidade de especialidades médicas que observaram este tipo de doentes. Assim, uma vez mais, pretende-se instigar os interessados a desenvolver projetos que visem colmatar esta tendência, otimizando a canalização de recursos hospitalares para doentes verdadeiramente urgentes.

6. O culminar

Para concluir, é claro e lógico que a associação entre a classificação de risco do STM e os resultados a curto prazo do paciente sejam proporcionais. O nível de gravidade da situação clínica poderá ser preditor, sobretudo dos resultados para o paciente, mas também para o, inevitável, consumo de recursos inerentes à sua permanência no SU. Neste sentido, o STM pode ser entendido como, além de uma ferramenta de triagem, um meio para discriminar entre doentes com alto e baixo risco não ajustado de morte a curto prazo, tempo de permanência no prestador de serviços de saúde, probabilidade de internamento hospitalar e de alta para ambulatório, entre outros indicadores associados ao sucesso direto da prestação de cuidados face à condição do indivíduo (10, 13).

Uma atenção final, para o exemplo de todos os outros países que já possuem a especialidade de Medicina de Urgência e Emergência o que, no nosso país, ainda não se observou. Não se sabe por quanto tempo mais, contudo, neste momento, somos a exceção face aquilo que é o panorama na grande maioria dos países Europeus. Não obstante, dado o cenário que se constata na gestão dos recursos humanos que participam nas escalas dos SU nacionais, crê-se ser profícuo a implementação desta valência, pelo menos inicialmente, em determinadas zonas, como garante de equipas dedicadas em exclusividade e de uma forma contínua.

A avaliação de todos estes parâmetros contribuiu para a validação do Sistema de Prioridade Clínica em uso no caso concreto do CHUCB e para a eficiência da equipa multidisciplinar e multiprofissional do SU, do CHUCB, na gestão global do doente urgente.

5. Conclusão

Na generalidade, considera-se que os objetivos do estudo foram alcançados. Contudo, não menos importante e quase como um ponto de partida, novas questões, passíveis de futuras investigações, foram levantadas, em prol de uma melhor abordagem ao doente urgente, em meio hospitalar, sobretudo, no que respeita a estudos realizados em realidades hospitalares mais idênticas à do CHUCB.

No que concerne ao primeiro objetivo específico, que avaliou o intervalo de tempo desde a admissão nos administrativos até à alta administrativa, observou-se uma correlação direta entre o tempo de permanência no SU e o grau de prioridade clínica, segundo o STM, atribuída na triagem. Todavia, por se verificar intervalos de tempo excessivamente elevados, quando comparados com outros estudos já realizados, sublinha-se a relevância de um trato mais pormenorizado na busca das causas e de possíveis soluções para o evidenciado, principalmente no que respeita aos “Pouco Urgentes”.

Perante a análise dos resultados relativos ao segundo objetivo específico, que analisou o intervalo de tempo desde o fim da triagem até à primeira observação médica, verificou-se, a tendência para uma atempada primeira observação médica após o fim da triagem, perante o preconizado pelo STM, sobretudo nos casos triados como “Pouco Urgentes”.

Ademais, no que se refere ao terceiro objetivo específico, que examinou o intervalo de tempo entre a admissão nos administrativos e a primeira observação médica, constatou-se uma neutralidade na influência do processo administrativo e do processo de triagem realizado pelos enfermeiros face aos dois níveis de prioridade clínica, por apresentarem intervalos de tempo sobreponíveis. Para além do mais, observaram-se respostas consideravelmente atempadas.

Relativamente ao quarto objetivo específico, que estudou o número de especialidades médicas que observaram o doente, por nível de prioridade clínica, foi possível concluir que a atribuição de prioridades mais urgentes se associa com uma menor carga de trabalho. Assim, pelo facto de não se correlacionar com o expetável, por comparação com análises semelhantes que trabalharam as mesmas variáveis, algumas propostas justificativas foram apresentadas. No entanto, é um aspeto que não se considera passível de ser esclarecido pelo presente trabalho. Não obstante, propicia-se aqui uma janela de oportunidade para uma nova análise, mais específica, na pesquisa das possíveis causas incumbidas deste achado, tanto por futuras equipas de investigação científica, como pelo

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

próprio Conselho de Administração, que superintende a gestão clínica do SU do CHUCB, de forma a corrigir esta realidade, sobretudo no que respeita ao exagerado consumo de observações médicas por parte dos Pulseira Verde.

Por fim, na análise do quinto objetivo, que avaliou o destino dos doentes, por grau de prioridade clínica, evidenciou-se uma associação direta entre gravidade clínica, segundo a triagem realizada, e a gravidade dos resultados a curto prazo dos doentes. Em particular no que consta à percentagem de óbitos e admissão em UCI, que se revelou superior nos casos “Muito Urgentes” e nula nos casos “Pouco Urgentes”. Contudo, uma vez mais, pela desproporção dos resultados apresentados por comparação com outras investigações, propiciam-se circunstâncias para estudos futuros, mais esclarecedores que visem sustentar uma abordagem mais eficaz a este tipo de prioridade clínica. Para além disso, verificou-se que nos doentes triados como “Pouco Urgentes”, existe uma maior tendência para alta para o ambulatório. Aliada ao facto do verificado elevado consumo de especialidades médicas e um considerável período de permanência no SU, considera-se premente a tentativa da elaboração de soluções que visem dar resposta a este tipo de doentes num meio que, idealmente, não seja o hospitalar.

Em suma, a maioria das hipóteses postuladas previamente foram confirmadas. Não obstante, sobretudo, pelo indicador que não se coaduna com o esperado (número de observações médicas nos Pulseira Verde ser elevado e superior ao observado nos Pulseira Laranja), considera-se a identificação de elementos em que a intervenção em prol da melhoria é necessária.

Assim, o presente estudo encerra um contributo determinante para a validação do STM, sobretudo no seu uso na realidade específica do CHUCB, identificando-se resultados evidentes do seu sucesso, assim como achados carecedores de averiguação mais detalhada, sobretudo, por parte dos órgãos de decisão direta, tanto a nível nacional como a nível do CHUCB, em vista de, ainda, melhores resultados.

6. Bibliografia

1. Ministério da Saúde. Despacho Normativo n.º 11/2002. Diário da República n.º 55/2002, Série I-B de 2002-03-06. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/despnorm/11/2002/03/06/p/dre/pt/html> Acedido em: 10/09/2020
2. Jiménez JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergências. *Emergencias*. 2003; 15: 165-74.
3. Zachariasse JM, van der Hagen V, Seiger N, Mackway-Jones K, van Veen M, Moll HA. Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2019; 9.5: e026-471.
4. Toni, GAPM. Emergency Triage. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2007; 10: 43-45.
5. Santos AP, Freitas P, Martins HMG. Manchester Triage System version II and resource utilisation in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*. 2014; 31.2: 148-152.
6. Trigo J, Gago P, Mimoso J, Santos W, Marques N, Gomes V. Tempo de demora intra-hospitalar após triagem de Manchester nos Enfartes Agudos do Miocárdio com elevação de ST. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2008; 27: 1251-1259.
7. Grupo Português de Triagem. História da triagem de Manchester. 2015. Disponível em: <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/index.php/component/content/article/14-conteudos/91-historia-da-triagem-de-manchester> Acedido em: 20/09/2020
8. Direção Geral de Saúde. Norma - DGS - 9/1/2018 - Sistemas de Triagem dos SU e Referenciação Interna Imediata. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx> Acedido em: 20/09/2020

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

9. CHCB. Relatório e Contas. 2004. Disponível em: https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/o/Relat%C3%B3rioContasCHCB_2004.pdf Acedido em: 20/09/2020
10. Marques A, Freitas P. Triagem no Serviço de Urgência – Protocolo de Triagem de Manchester: Manual do Formando – 2ª versão. Grupo Português de Triagem. 2010.
11. Direção Geral de Saúde. Norma – DGS - 06/03/2015 - Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/triagem-manchester-DGS.pdf> Acedido em: 22/09/2020
12. Ministério da Saúde. Despacho Normativo nº 1057/2015. Diário da República n.º 22/2015, Série II de 2015-02-02. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/66396673/details/2/maximized?serie=II&dreId=66396637> Acedido em: 22/09/2020
13. Martins HMG, De Castro Dominguez Cuña LM, Freitas P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emergency Medicine Journal*. 2009; 26.3: 183-186.
14. Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2015; 68.1: 45-51.
15. Van der Wulp I, Schrijvers AJP, Van Stel HF. Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study. *Emergency Medicine Journal*. 2009; 26.7: 506-509.
16. Machado H. Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes. Universidade Nova de Lisboa. 2008.
17. Rebimbas CT. AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER. Universidade de Coimbra. 2013.

Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro
Hospitalar Universitário Cova da Beira

18. Oliveira A. Bioestatística, Epidemiologia e Investigação – Teoria e Aplicações. Lisboa: Lidel; 2009.
19. Cordeiro A, Silveira A, Raposo A. Triagem nos Serviços de Urgência Geral. Nursing. 2002; 2: 12-16.
20. Gerdtz M, Bucknall T. Australian triage nurses' decision-making and scope of practice." Australian Journal of Advanced Nursing. 2000; The 18.1: 24-33.

7. Anexos

7.1. Anexo 1. Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior



Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2020-036:ID1967

Na sua reunião de 19 de maio de 2020 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "Validação do Sistema de Triagem de Manchester na Realidade Local do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira" do proponente Igor Manuel Laranjeira Ferreira, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2020-036.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

O Presidente da Comissão de Ética

JOSÉ ANTÓNIO
MARTINEZ
SOUTO DE
OLIVEIRA

Assinado de forma digital por JOSÉ ANTÓNIO MARTINEZ SOUTO DE OLIVEIRA
Dados: 2020.05.25 12:33:51 +01'00'

(Professor Doutor José Martinez de Oliveira)
(Professor Emérito)